ENVELOPE 01

PROPOSTA DE TRABALHO

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE – POSSE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS

RUA S- 5 Nº 854 QUADRA S -19 LOTE -5 SALA 8 1º ANDAR, SETOR BELA VISTA, CEP: 74.823-460 GOIÂNIA - GO

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

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1. FA.1: ÁREA DE ATIVIDADE 15

1.1. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS 15

1.1.1. Implantação de fluxos individualizados ao perfil da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse 16

1.1.1.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas externas e internas 17

1.1.1.2. Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos 25

1.1.1.3. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados e roupas 37

1.1.1.4. Fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde 42

1.1.2. Implantação da gestão 47

1.1.2.1. Implantação de logística de suprimentos 47

1.1.2.2. Proposta para regimento interno da unidade 67

1.1.2.3. Proposta para regimento de serviço de enfermagem 103

1.1.2.4. Proposta de projetos de tecnologia de informação, com vista ao controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao usuário 111

1.1.2.5. Proposta para regimento do corpo clínico 118

1.1.3. Implantação de processos 126

1.1.3.1. Proposta de manual de protocolos assistenciais 126

1.1.3.2. Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos 203

1.1.3.3. Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio 210

1.1.3.4. Proposta de manual de rotinas administrativas para administração financeira 221

1.2. INCREMENTAÇÃO DE ATIVIDADES 232

1.2.1. Proposição de projetos assistenciais, de saúde e/ou sociais, dentro do custeio previsto para a unidade 233

1.2.1.1. Proposta de Implementação do Programa de Humanização na Assistência à Saúde (PHAS) 233

1.2.1.2. Projeto de Sustentabilidade Ambiental para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse 236

2. FA.2: ÁREA DE QUALIDADE 240

2.1. QUALIDADE OBJETIVA 241

2.1.1. Comissão de Ética Médica 241

2.1.1.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 242

2.1.1.2. Proposta de regimento interno 243

2.1.1.3. Cronograma de atividade anual 252

2.1.2. Comissão de Ética Multiprofissional 253

2.1.2.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 254

2.1.2.2. Proposta de regimento interno 256

2.1.2.3. Cronograma de atividade anual 268

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.3. Comissão de Biossegurança ... *269*
2.1.3.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 270
2.1.3.2. Proposta de regimento interno ... 273
2.1.3.3. Cronograma de atividade anual ... 279
2.1.4. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) ... *279*
2.1.4.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 280
2.1.4.2. Proposta de regimento interno ... 281
2.1.4.3. Cronograma de atividade anual ... 286
2.1.5. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários ... *287*
2.1.5.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 287
2.1.5.2. Proposta de regimento interno ... 288
2.1.5.3. Cronograma de atividade anual ... 294
2.1.6. Comissão de Acidentes Com Materiais Biológicos (CAMB) ... *295*
2.1.6.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 295
2.1.6.2. Proposta de regimento interno ... 297
2.1.6.3. Cronograma de atividade anual ... 302
2.1.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) ... *303*
2.1.7.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 304
2.1.7.2. Proposta de regimento interno ... 307
2.1.7.3. Cronograma de atividade anual ... 317
2.1.8. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT) 318
2.1.8.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 319
2.1.8.2. Proposta de regimento interno ... 320
2.1.8.3. Cronograma de atividade anual ... 327
2.1.9. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ... *328*
2.1.9.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 329
2.1.9.2. Proposta de regimento interno ... 330
2.1.9.3. Cronograma de atividade anual ... 336
2.1.10. Comissão de Proteção Radiológica ... *337*
2.1.10.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 338
2.1.10.2. Proposta de regimento interno ... 339
2.1.10.3. Cronograma de atividade anual ... 344
2.1.11. Comissão de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde ... *345*
2.1.11.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 346
2.1.11.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual ... 348
2.1.11.3. Cronograma de atividade anual ... 354
2.1.12. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) ... *355*
2.1.12.1. Proposta de Constituição membros, finalidade ... 356
2.1.12.2. Proposta de regimento interno ... 358

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.12.3. Cronograma de atividade anual 363
2.1.13. Comissão de Farmácia e Terapêutica 364
2.1.13.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 365
2.1.13.2. Proposta de regimento interno 367
2.1.13.3. Cronograma de atividade anual 373
2.1.14. Comitê de Compliance 374
2.1.14.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 375
2.1.14.2. Proposta de regimento interno 376
2.1.14.3. Cronograma de atividade anual 383
2.1.15. Outras Comissões 384
2.1.15.1. Comissão de Documentação Médica e Estatística 384
2.1.15.1.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 385
2.1.15.1.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual 385
2.1.15.1.3. Cronograma de atividade anual 390
2.1.15.2. Comissão de Humanização 390
2.1.15.2.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 391
2.1.15.2.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual 393
2.1.15.2.3. Cronograma de atividade anual 399
2.1.15.3. Comissão de Padronização de Insumos 400
2.1.15.3.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 400
2.1.15.3.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual 402
2.1.15.3.3. Cronograma de atividade anual 410
2.1.15.4. Comissão de Ética em Enfermagem 410
2.1.15.4.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 411
2.1.15.4.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual 412
2.1.15.4.3. Cronograma de atividade anual 423
2.1.15.5. Núcleo Interno de Regulação 425
2.1.15.5.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 425
2.1.15.5.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual 426
2.1.15.5.3. Cronograma de atividade anual 434
2.1.15.6. Núcleo de Educação Permanente 435
2.1.15.6.1. Proposta de Constituição membros, finalidade 435
2.1.15.6.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual 436
2.1.15.6.3. Cronograma de atividade anual 442
2.2. QUALIDADE SUBJETIVA 442
2.2.1. Acolhimento 443
2.2.1.1. Acolhimento humanizado 443
2.2.1.2. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica 444
2.2.1.3. Apoio Psicossocial aos Usuários e Acompanhantes 454
2.2.1.4. Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica 458

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.2.2. Atendimento *461*

2.2.2.1. Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário 470

2.2.2.2. Proposta de desenvolvimento das ações de ouvidoria, vinculada à SES, com pesquisa de satisfação 473

2.2.2.3. Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores 487

2.2.2.4. Proposta da ABEAS para Formas de Acomodação e Conduta para Acompanhantes, com Ênfase em Idosos, Crianças, Adolescentes e Pessoas com Necessidades Especiais, em Conformidade com a Legislação Vigente. 490

2.2.2.5. Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária 499

3. FA.3: QUALIDADE TÉCNICA 508

3.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DA PROPONENTE 508

3.1.1. Experiência da organização da sociedade civil. OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos. *508*

3.1.2. Experiência da organização da sociedade civil OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos *508*

3.1.3. Experiência da organização da sociedade civil OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar *509*

3.1.4. Certificado de acreditação ONA, Joint Commission Internacional que Qmentum da Canadá Accreditation Internacional, obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente ... *509*

3.2. ESTRUTURA DA GESTÃO 509

3.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 511

3.2.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar e ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência, que atuarão na unidade com documento comprobatório de interesse do titular. 521

3.2.3. Experiência mínima de 1 da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar que atuarão na unidade com documento comprobatório do interesse do titular *521*

3.2.4. Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas / AME / clínicas especializadas, etc.) *521*

3.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS DE FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR 521

3.3.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário *528*

3.3.2. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada *533*

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

3.3.3. Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica com incremento sem custos adicionais 533

3.3.3.1. Estimativa empregada para consultas médicas ambulatoriais de Primeira Consulta (Externo) por especialidade, conforme item 12.1.4., da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse 533

3.3.3.2. Equipe multiprofissional por procedimento 534

3.3.3.3. SADT 535

3.3.4. Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada 537

3.3.5. Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 537

3.4. IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS 541

3.4.1. Proposta para Implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse - Yoga, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Acupuntura . 541

3.4.2. Proposta para Implementação da Biodança na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse como Práticas Integrativas e Complementares (PIC) 544

3.4.3. Proposta para Funcionamento de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO II na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse 548

3.4.4. Proposta para Funcionamento da Clínica de Serviços Dialíticos na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse 557

3.4.5. Proposta para Implantação do Serviço de Telessaúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse 560

3.4.6. Proposta para Funcionamento do Serviço de Assistência Especializada (SAE) na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse 563

3.4.7. Instrução para Funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima 566

3.4.8. Normas para Funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima 570

3.4.9. Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica 573

3.4.10. Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial 578

3.5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS 591

3.5.1. Apresentação de projetos de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações 591

3.5.2. Apresentação de plano de cargos e salário 596

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

3.5.3. Proposta para o estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho, avaliação de desempenho, sugestão de conduta para combater absenteísmo dos profissionais, estimular a produção 603

3.5.4. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamento (férias e licenças)..... 610

3.6. METODOLOGIA DE PROJETOS.....615

3.6.1. Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronograma de execução, custos estimados e resultados factíveis..... 615

3.7. PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA.....619

4. ANEXOS..... 621

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Apresentação da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS)

Somos a ABEAS, Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social, uma instituição que administra e gerencia unidades de saúde públicas e privadas. Temos como objetivo promover a sustentabilidade através de uma gestão inovadora e de alta performance no setor de saúde e educação.

Somos uma associação civil de direito privado sem fins lucrativos, legalmente qualificada para atuar como Organização Social.

Fundada em 01/06/2001, tínhamos como finalidades, ser o órgão representativo das entidades de assistência social do Brasil, representando as entidades de assistência social perante os órgãos públicos, conselhos, instituições e empresas privadas, promovendo e promulgando a assistência social, contribuindo com o poder público para a melhoria e a ampliação das atividades de assistência social, promovendo a formação profissional e desenvolvendo o voluntariado.

Em 2015, a entidade se propôs a mudar suas finalidades e seus objetivos, elegendo sua nova diretoria estatutária, sendo eleito como presidente o Senhor Luiz Cesar dos Santos, com mandato de 2 anos, em 10 de outubro de 2015 altera seu estatuto social, a partir desta data a entidade passa a ser identificada como associação civil de direito privado sem fim lucrativo bem como a legalidade para atuar como uma Organização Social amparada pela constitucionalidade da Lei federal de nº 9.637 de maio de 1998 das organizações sociais.

Gestão do Hospital Porto de Trombetas

Realizamos a gestão completa do Hospital Porto de Trombetas (2021-2023), com a utilização de tecnologia avançada e excelência na prestação de serviços médicos.

Gestão do Hospital Tarquínio Lopes Filho

Realizamos a gestão completa do Hospital Tarquínio Lopes Filho, melhorando a qualidade e eficiência dos serviços prestados.

➤ Ética

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

✓ Elementos que compõe a nossa Ética: Honestidade, Transparência e Responsabilidade com a Sociedade

➤ Missão

✓ Fornecer uma gestão profissional nas áreas da Saúde e Educação

➤ Segurança

✓ Aplicação das melhores técnicas no desempenho Assistencial a todos os nossos Pacientes e Contratantes

➤ Qualidade

✓ Visamos melhorar o desempenho das pessoas, dos processos, dos produtos e serviços sob nossa Gestão

➤ Valores

✓ Ética, Segurança e Qualidade nos Serviços Prestados

➤ Visão

✓ Atuar em todo Território Nacional

Modelo Gerencial da ABEAS: Compromissos com o SUS e a Saúde Pública

A ABEAS adota um modelo gerencial que alinha seus princípios e diretrizes com a história do movimento sanitarista no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição está comprometida em oferecer gestão eficiente, transparente e ética nos serviços de saúde, respeitando os princípios da administração pública e reforçando o compromisso com a saúde pública no país.

História do Movimento Sanitarista no Brasil

O movimento sanitarista no Brasil remonta ao final do século XIX e início do século XX, quando o país passou por transformações urbanas significativas e enfrentou grandes desafios sanitários, como epidemias de febre amarela, varíola e malária. A figura de Oswaldo Cruz se destaca nesse contexto, com a implementação de campanhas de vacinação e ações de saneamento que foram cruciais para a modernização da saúde pública no Brasil.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Nas décadas seguintes, o movimento sanitarista continuou a se fortalecer, especialmente com a criação do Ministério da Saúde em 1953 e a expansão dos serviços públicos de saúde. Na década de 1970, durante a Ditadura Militar, o movimento sanitarista se organizou politicamente para lutar contra as desigualdades no acesso à saúde, sendo parte fundamental da luta pela redemocratização do Brasil.

A História do SUS: Conquista e Consolidação

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição de 1988 como uma das maiores conquistas da redemocratização brasileira. Ele surgiu como resposta à demanda social por uma saúde pública universal, integral e equitativa. Sua criação está diretamente relacionada ao movimento da Reforma Sanitária, que defendia a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

O SUS é estruturado em princípios e diretrizes que garantem a todos os cidadãos brasileiros o acesso a serviços de saúde de qualidade, gratuitos e em todos os níveis de complexidade. Esses princípios incluem:

Universalidade: Todos têm direito ao acesso integral, sem qualquer forma de discriminação.

Integralidade: O atendimento deve cobrir todas as necessidades de saúde, de prevenção a tratamentos.

Equidade: A distribuição dos serviços deve ser proporcional às necessidades da população, com foco em reduzir desigualdades.

Descentralização e Participação Social: As decisões são tomadas de maneira descentralizada, envolvendo a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde.

Compromissos da ABEAS com o SUS e a Saúde Pública

A ABEAS, como entidade gestora de unidades de saúde, está comprometida com os valores e princípios do SUS, participando ativamente de sua consolidação e evolução. A instituição entende que seu papel é fundamental na gestão de hospitais, clínicas e outras unidades de saúde, sempre garantindo o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento.

Universalidade: A ABEAS busca garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde, trabalhando com foco na inclusão e no combate às desigualdades sociais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Integralidade: Os serviços gerenciados pela ABEAS são estruturados para proporcionar um atendimento integral, que vai desde a promoção à saúde e a prevenção de doenças até o diagnóstico e tratamento de condições complexas.

Equidade: O modelo gerencial da ABEAS prioriza o uso eficiente de recursos para garantir que as regiões mais carentes recebam atenção proporcional às suas necessidades, sempre com foco na redução de desigualdades regionais e socioeconômicas.

Respeito da ABEAS aos Princípios da Administração Pública

O modelo de gestão da ABEAS é fundamentado no rigoroso cumprimento dos princípios constitucionais da administração pública, que incluem:

Legalidade: Todas as ações da ABEAS são pautadas pela conformidade com as normas legais e regulatórias que regem a saúde pública e a gestão de recursos públicos.

Impessoalidade: A ABEAS assegura que as decisões sejam tomadas com base em critérios técnicos e objetivos, garantindo a justiça e a imparcialidade no atendimento.

Moralidade: A gestão da ABEAS é pautada pela ética e pela responsabilidade social, promovendo ações que estejam em conformidade com os valores morais da administração pública.

Publicidade: Transparência é um valor fundamental da ABEAS, que promove a ampla divulgação de suas atividades e resultados.

Eficiência: A ABEAS busca a excelência na gestão dos recursos, promovendo a entrega de serviços de alta qualidade com o menor custo possível para o sistema público de saúde.

Compromissos da ABEAS com a Ética e a Probidade nos Negócios

A ABEAS adota um rigoroso código de ética, que norteia todas as suas práticas administrativas e operacionais. A organização está comprometida com:

Probidade Administrativa: A ABEAS combate veementemente qualquer forma de corrupção, favorecimento ou desvio de recursos, garantindo que todas as ações estejam alinhadas com os princípios da transparência e da honestidade.

Responsabilidade Social: A gestão da ABEAS é orientada por um profundo compromisso com a melhoria da qualidade de vida das populações atendidas, sempre buscando soluções inovadoras e sustentáveis para os desafios da saúde pública.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Sustentabilidade: O uso racional e eficiente dos recursos é uma prioridade para a ABEAS, que visa a sustentabilidade dos serviços prestados e o fortalecimento do sistema público de saúde.

A ABEAS reforça diariamente seu compromisso com a ética, a transparência e a qualidade na gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficiente, em total consonância com os valores e princípios do SUS.

Ética na Administração Gerencial: O Compromisso da ABEAS

A ética na administração gerencial é um princípio central na condução de qualquer organização, especialmente em setores como a saúde pública, onde o bem-estar social é uma prioridade. Para a ABEAS (Associação Brasileira de Excelência em Assistência à Saúde), a ética gerencial orienta todas as suas decisões, garantindo que suas ações sejam fundamentadas em valores como transparência, responsabilidade, justiça e respeito aos direitos de todos os envolvidos.

Princípios da Ética na Administração Gerencial da ABEAS

Transparência: A ABEAS se compromete a adotar uma gestão transparente, onde todas as decisões são tomadas de maneira clara e acessível. Isso inclui a divulgação precisa dos dados operacionais, administrativos e financeiros, garantindo que a sociedade, gestores públicos e demais envolvidos possam acompanhar o uso dos recursos.

Responsabilidade: A ABEAS entende que seus gestores têm a responsabilidade de zelar pelo bem-estar dos colaboradores, pacientes e da comunidade. Isso envolve a gestão eficiente dos recursos públicos e privados, assegurando que cada decisão contribua para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Justiça: A administração ética da ABEAS assegura que todas as partes envolvidas sejam tratadas de forma justa e equitativa. A organização promove igualdade de oportunidades, combate a discriminação e garante condições de trabalho dignas para seus colaboradores, além de oferecer atendimento equitativo aos usuários dos serviços de saúde que gerencia.

Respeito aos direitos humanos: A ABEAS baseia todas as suas ações no respeito aos direitos humanos, assegurando que os serviços de saúde sejam prestados com dignidade, empatia e cuidado. Além disso, garante que as práticas de gestão estejam em conformidade com as normativas e diretrizes que protegem esses direitos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Integridade: A ABEAS preza pela integridade em todas as suas ações. Isso significa que a organização age de maneira coerente com seus princípios éticos, garantindo que seus gestores e colaboradores mantenham padrões elevados de conduta, mesmo diante de desafios complexos.

Sustentabilidade: A ABEAS adota uma abordagem ética que leva em consideração a sustentabilidade em todas as suas operações. A organização se compromete a utilizar recursos de forma eficiente e responsável, garantindo que seus serviços de saúde sejam sustentáveis a longo prazo, tanto financeiramente quanto ambientalmente.

Probidade: A ABEAS mantém um forte compromisso com a probidade administrativa, garantindo que todos os recursos, especialmente os públicos, sejam geridos com absoluta integridade. A organização combate qualquer forma de corrupção, desvios ou favorecimentos, promovendo uma gestão honesta e transparente.

Importância da Ética na Administração Gerencial da ABEAS

A aplicação dos princípios éticos na administração gerencial tem um impacto direto na qualidade e no sucesso das operações da ABEAS, contribuindo para:

Reputação e confiança: Ao operar com ética, a ABEAS conquista a confiança de seus colaboradores, parceiros, usuários dos serviços de saúde e da sociedade em geral. Isso fortalece sua reputação como uma organização comprometida com a excelência na gestão e na prestação de serviços de saúde.

Clima organizacional: O compromisso com a ética ajuda a criar um ambiente de trabalho saudável, onde os colaboradores se sentem valorizados e respeitados. Isso contribui para uma maior motivação e produtividade, impactando diretamente na qualidade dos serviços oferecidos.

Tomada de decisão: A ABEAS garante que suas decisões gerenciais considerem não apenas resultados financeiros, mas também o impacto social e ambiental. A ética guia o processo decisório, promovendo soluções equilibradas e justas.

Conformidade legal: Ao agir de forma ética, a ABEAS assegura que todas as suas operações estejam em conformidade com as legislações e regulamentações aplicáveis ao setor de saúde, evitando irregularidades que possam prejudicar sua missão e confiança pública.

Desafios e Soluções para a Ética na Administração Gerencial

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Embora o compromisso ético seja forte, a ABEAS, assim como qualquer organização, enfrenta desafios diários. Entre os principais desafios estão a pressão por resultados rápidos e os possíveis conflitos de interesse. Para superar esses desafios, a ABEAS adota algumas práticas essenciais:

Códigos de ética e conduta: A ABEAS implementou um rigoroso código de ética, que define claramente os padrões de comportamento esperados de todos os seus colaboradores e gestores. Esse documento serve como referência para a conduta em todos os níveis da organização.

Treinamento e conscientização: A ABEAS investe em treinamentos regulares sobre ética e integridade, para garantir que seus profissionais estejam alinhados com os valores e princípios da organização, além de estarem aptos a tomar decisões responsáveis.

Governança corporativa: A ABEAS conta com uma estrutura de governança que inclui auditorias internas e mecanismos de controle para monitorar e avaliar suas práticas administrativas. Isso assegura que a organização esteja sempre em conformidade com seus padrões éticos.

Liderança pelo exemplo: Os gestores da ABEAS assumem um papel de liderança ética, demonstrando, através de suas próprias ações, o compromisso com os princípios que norteiam a organização. Isso serve como exemplo para todos os colaboradores e reforça a cultura de integridade.

A ética é a base do modelo de gestão da ABEAS, e sua aplicação é fundamental para a sustentabilidade e sucesso a longo prazo da organização. Ao adotar uma gestão pautada por integridade, transparência e responsabilidade social, a ABEAS reafirma seu compromisso com o fortalecimento do SUS e com a prestação de serviços de saúde de alta qualidade, sempre em alinhamento com os interesses da sociedade e do bem-estar coletivo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1. FA.1: ÁREA DE ATIVIDADE

A avaliação da adequação da proposta de organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse é fundamental para garantir a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados à população. Com a crescente demanda por serviços de saúde e a complexidade dos casos atendidos, é crucial que a Policlínica opere de maneira a otimizar seus recursos e oferecer um atendimento de excelência. Neste contexto, a proposta apresentada pela Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS) para a Policlínica assume um papel central, pois visa não apenas adequar a estrutura existente, mas também incrementar as atividades assistenciais de forma a ampliar a capacidade da unidade de atender às necessidades da comunidade.

A ABEAS, reconhecida por sua expertise na gestão e na melhoria de serviços assistenciais, elaborou uma proposta que promete reestruturar a organização dos serviços na Policlínica, tendo em vista a maximização da eficiência operacional e a expansão da capacidade assistencial. A análise dessa proposta envolve a avaliação crítica de diversos aspectos, como a adequação das novas diretrizes à realidade operacional da Policlínica, a viabilidade de implementação das mudanças sugeridas e o impacto esperado sobre a qualidade do atendimento.

Portanto, a presente proposta se ancora na importância de se estabelecerem as bases para uma reestruturação aprofundada para uma adequação visando atingir a eficácia, a eficiência e a excelência nos serviços prestados. A ABEAS deseja implementar processos que visem garantir que a Policlínica possa atender com excelência e responder de forma proativa às demandas crescentes da população do Município de Posse-GO e Região.

1.1. Organização dos serviços e execução das atividades assistenciais

A proposta da ABEAS destinada à organização dos serviços e execução das atividades assistenciais na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, é centrada em ações estratégicas e integradas, que orientarão as atividades assistenciais e organizacionais, permitindo à Policlínica alcançar seus objetivos em saúde com qualidade e eficiência.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Haverá uma priorização de um atendimento que contemple todas as necessidades do paciente, considerando a pessoa como um todo, indo além das doenças. As equipes assistenciais devem promover uma visão holística da saúde, garantindo que todos os aspectos do bem-estar sejam contemplados.

A Policlínica deverá atuar de forma articulada com os serviços de atenção básica, garantindo a continuidade do cuidado. A integração com as unidades de saúde municipais e regionais facilitando a prevenção, o diagnóstico precoce e o encaminhamento adequado dos pacientes.

Serão implementados protocolos clínicos bem definidos e utilização de indicadores de qualidade para avaliar o desempenho assistencial. A meta é garantir um serviço eficiente, ágil e com resultados mensuráveis, proporcionando um atendimento de excelência.

A ABEAS se dedicará na promoção de uma relação respeitosa e empática com os pacientes, visando à criação de um ambiente acolhedor. A humanização deverá ser um princípio que permeará todos os níveis da equipe assistencial, com foco no bem-estar físico e emocional dos usuários.

Será lançada mão para utilização de ferramentas tecnológicas para melhorar o acompanhamento dos pacientes, como prontuários eletrônicos, telemedicina e sistemas de gestão em saúde. Essas inovações ajudarão na otimização dos processos e no acompanhamento contínuo do estado de saúde dos pacientes.

Promoveremos o estímulo ao aperfeiçoamento constante dos profissionais de saúde por meio de programas de educação continuada, capacitações periódicas e atualizações nos protocolos clínicos.

Haverá a garantia de que os recursos disponíveis sejam utilizados de maneira eficiente, sem desperdícios, buscando sempre a sustentabilidade financeira e ambiental.

1.1.1. Implantação de fluxos individualizados ao perfil da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

A ABEAS apresenta nesta proposta de trabalho a implementação de fluxos adequados ao perfil de policlínica e entende que estes garantem a segurança do paciente e a sustentabilidade do negócio. Objetiva apresentar diretrizes para a circulação de pessoas, materiais e documentos.

Para otimizar a gestão dos serviços de saúde e aprimorar a qualidade do atendimento prestado aos pacientes a ABEAS propõe a implantação de fluxos individualizados para a

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Este processo visa adaptar e personalizar os fluxos de trabalho e os protocolos de atendimento de acordo com as necessidades específicas e o perfil operacional da policlínica, garantindo uma abordagem mais eficiente e centrada no paciente.

Essa iniciativa estratégica visa melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Ao adaptar os processos às necessidades específicas da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, a unidade estará melhor posicionada para oferecer um atendimento mais eficaz e centrado no paciente. Com um planejamento cuidadoso, treinamento adequado e um sistema robusto de monitoramento, a Policlínica poderá alcançar melhorias significativas na gestão dos seus serviços e na satisfação dos seus pacientes.

1.1.1.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas externas e internas

Ao implantar os fluxos operacionais que compreendem a circulação de pessoas, a ABEAS almeja garantir a melhoria na segurança daqueles que acessam as dependências da policlínica, bem como reduzir a circulação de pessoas em áreas restritas.

O setor de Portaria é responsável por acolher, orientar os usuários sobre as normas, rotinas e controlar o fluxo de entrada e saída dos clientes, sejam usuários, acompanhantes, fornecedores ou colaboradores.

Todas as pessoas que adentrarem a policlínica deverão se reportar à recepção para serem encaminhados ao local desejado.

São atribuições da Recepção:

I - Prestar informações profissionais de maneira clara, objetiva, cordial e respeitosa, zelar pela qualidade do serviço e imagem da Policlínica;

II - Identificar os pacientes que realizarão procedimentos/exames e acompanhantes dentro da policlínica;

III - Dar baixa em agendas do Sistema;

IV - Lançar os exames e consultas no Sistema;

V - Preencher os instrumentais pertinente ao setor;

VI - Passar informações pertinentes ao setor na passagem de plantão;

VII - Informar a chefia imediata problemas não resolvidos;

VIII - Atualizar informações dos usuários no sistema e no cartão SUS.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

São atribuições do Agente de Portaria:

I - Orientar a circulação de carros na entrada e estacionamento;

II - Controlar o fluxo de entrada e saída de pacientes, acompanhantes, fornecedores e colaboradores;

III - Retirar pulseiras e adesivos de pacientes e acompanhantes;

IV - Orientar os usuários sobre as normas e rotinas da policlínica;

V - Garantir cobertura integral do posto evitando ausências e fragilidades de acesso;

VI- Preencher os instrumentais pertinentes à atribuição;

VII - Acionar o auxiliar de transporte para pacientes que necessitem de suporte para locomoção;

VIII - Repassar informações sobre o plantão para o Agente de Portaria do turno seguinte;

IX - Assegurar o livre acesso de ambulância;

X - Realizar controle de chaves; e

XII - Comunicar ao superior imediato qualquer situação que interfira no cumprimento da sua atribuição.

Procedimentos Gerais da Recepção:

- Acolher, recepcionar o cliente e esclarecer suas dúvidas quanto à localização de setores, exames e consultas.

- Atender a todos que se dirijam à recepção com cordialidade.

- Identificar os pacientes que realizarão procedimentos/exames e acompanhantes dentro da policlínica;

- Orientar o fluxo de usuários que precisam adentrar na policlínica.

- Assegurar o ordenamento na recepção priorizando o atendimento às gestantes, pessoas com criança de colo, pessoas deficientes, crianças, idosos e pessoas com transtorno do espectro autista conforme lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.

- Fazer articulação entre clientes, profissionais e serviços.

- Receber correspondências e outros documentos fazendo o devido protocolo de recebimento e providenciando encaminhamento.

Procedimentos Gerais da Portaria:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Receber o plantão do porteiro anterior tomando ciência dos principais acontecimentos e ocorrências.

- Preencher os instrumentais pertinentes à atribuição.

- Atender a todos que se dirijam à portaria com cordialidade.

- Protocolar a entrega das chaves aos funcionários (FO.XXX.POR.002 - Controle de liberação de chaves).

- Controlar fluxo de pessoas, veículos e bens na Policlínica.

- Orientar o fluxo às pessoas e direcioná-las aos locais desejados, se for o caso.

- Conferir a identificação dos visitantes e encaminhar ao destino.

- Retirar pulseiras e adesivos de pacientes, acompanhantes e visitantes.

- Orientar e adequar a circulação de carros na entrada.

- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres.

Apresentamos abaixo nossa proposta de implantação dos fluxos de circulação em áreas restritivas, externas e internas.

Fluxo para acesso de pacientes e acompanhantes

a) A entrada do paciente se dará por demanda referenciada e regulada por meio da Central de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde/GO;

b) O paciente se dirige à recepção com ou sem acompanhante → É acolhido → Em caso de exames ou realização de pequenos procedimentos, este deverá ser identificado conforme protocolo → O acompanhante também deverá ser identificado com etiqueta em local de fácil visualização → Dirige(m)-se à Portaria → Será(ão) encaminhado(s) ao setor de destino.

Obs: Menores de idade é obrigatório a presença do acompanhante.

Fluxo para acesso de fornecedores

a) Fornecedor solicita entrada na policlínica;

b) Portaria confirma a entrega de material com o almoxarifado ou farmácia;

c) Portaria identifica o fornecedor e registra a entrada do veículo;

d) Portaria contata o setor responsável sobre a entrada do veículo e libera o acesso.

Fluxo para acesso de colaboradores

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

a) Colaborador se dirige à portaria portando o crachá de identificação;

b) Portaria verifica a identificação e libera a entrada do funcionário;

c) Colaborador adentra a policlínica, registra a batida de ponto e se encaminha ao seu local de trabalho.

Fluxo para acesso ao estacionamento

a) Veículo adentra o estacionamento;

b) A Portaria abordará o motorista para coletar informações da entrada (motivo, setor que irá visitar, quem irá acompanhar a visita);

c) Portaria entra em contato com o setor informado e confirma a entrada do veículo;

d) Portaria registra em livro próprio a entrada do veículo, informações de identificação do motorista, horário de entrada e saída, bem como o responsável pela liberação;

e) Veículo tem acesso ao estacionamento.

Fluxo para acesso de funcionários em áreas restritivas

a) Acesso é requisitado ao responsável pelo setor;

b) Colaborador é encaminhado para lavagem de mãos e paramentação adequada, se área assistencial;

c) Responsável do setor informa sobre as normas e procedimentos requeridos para a entrada no setor (se couber);

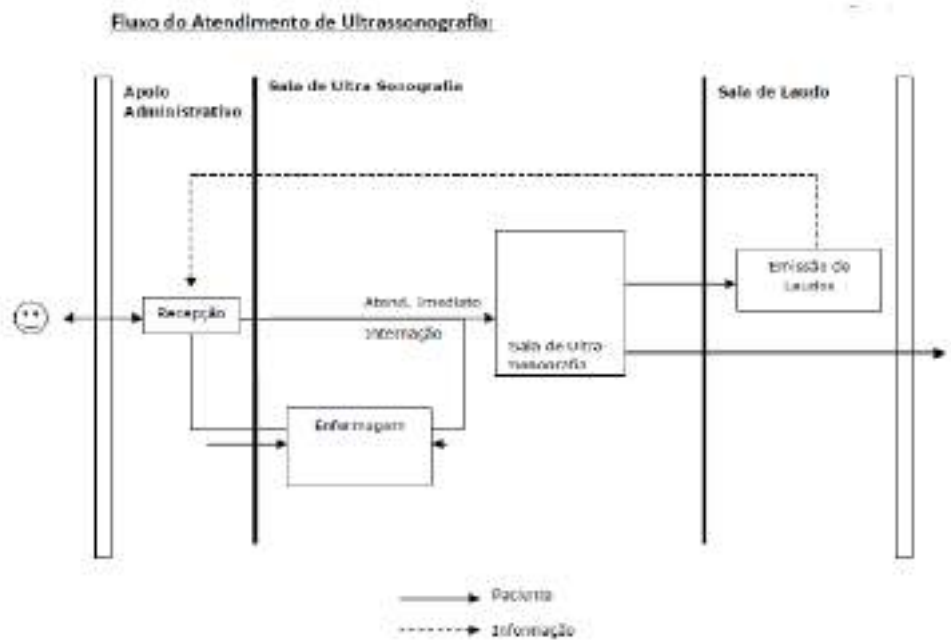
d) Responsável do setor acompanha a visita e verifica o cumprimento às orientações passadas.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo de Atendimento do Ambulatório:

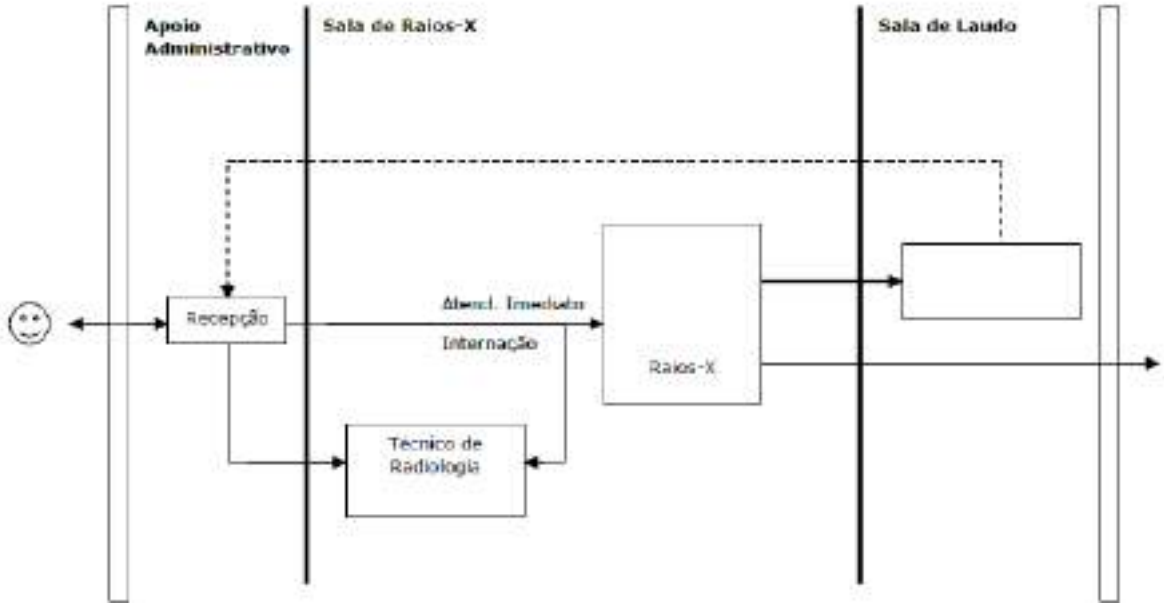


Fluxo da Ultrassonografia:

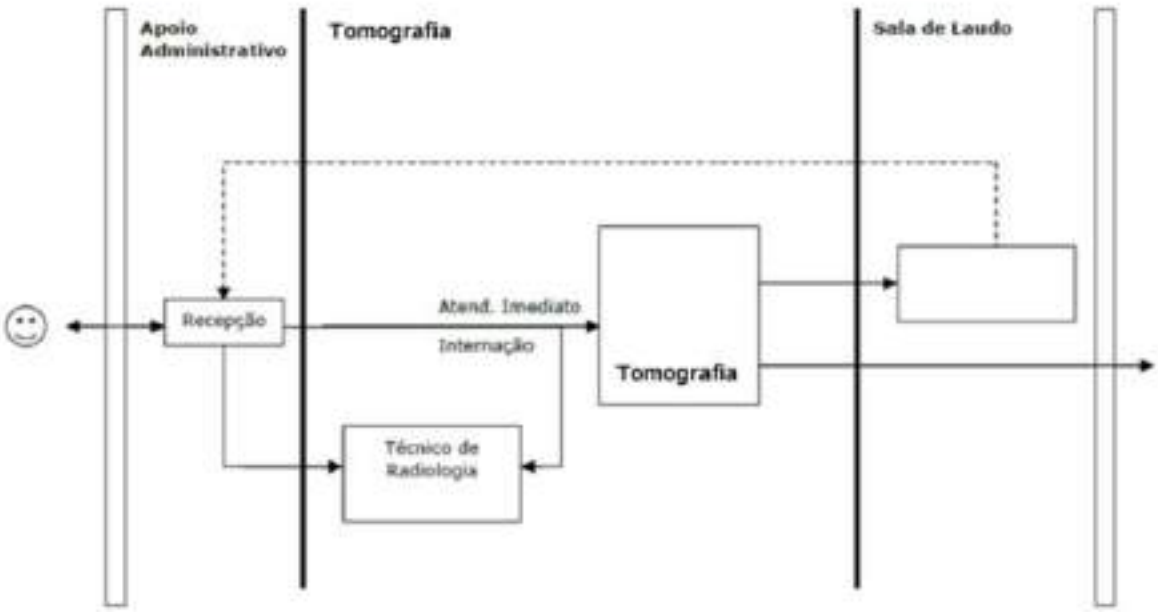


Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo da Radiologia:



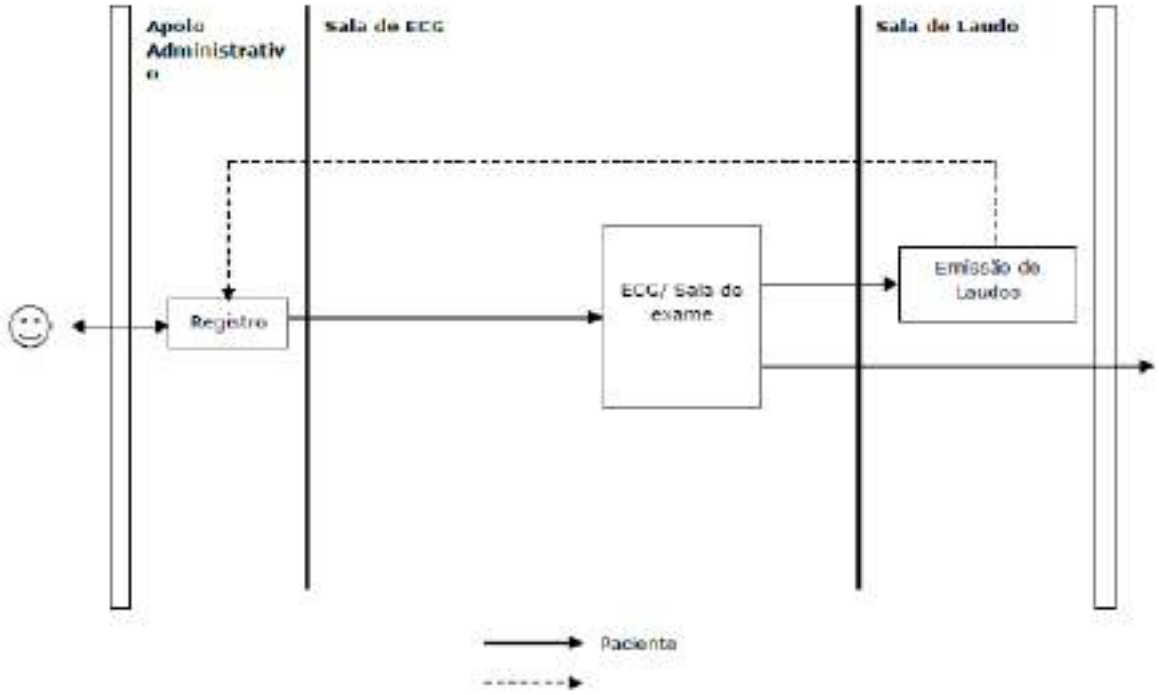
Fluxo Tomografia:



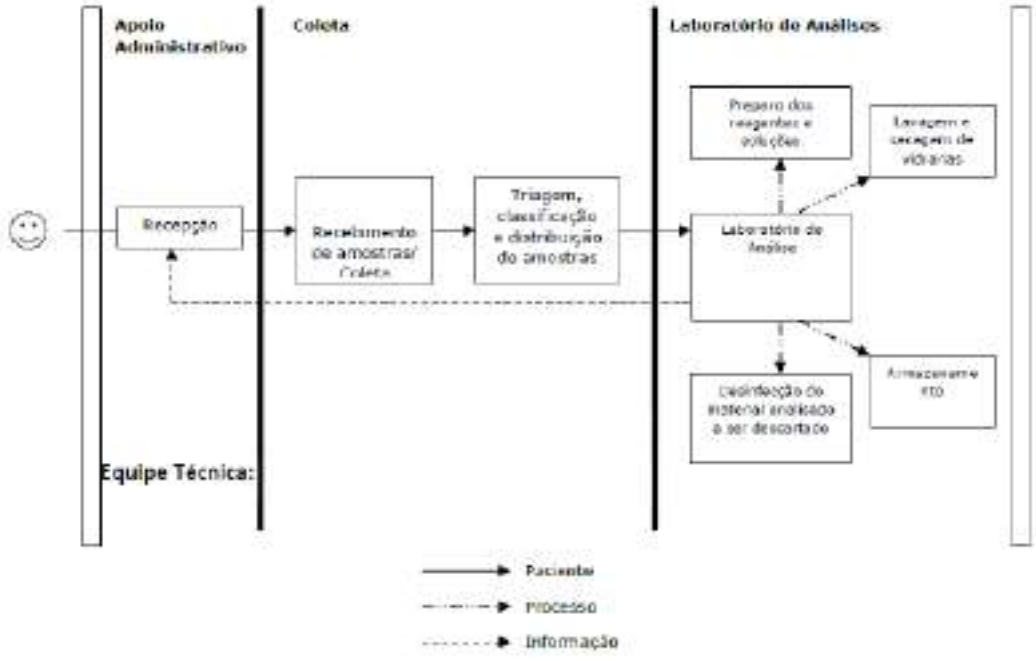
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo da Eletrocardiografia:

Fluxo do Atendimento de Eletrocardiograma:

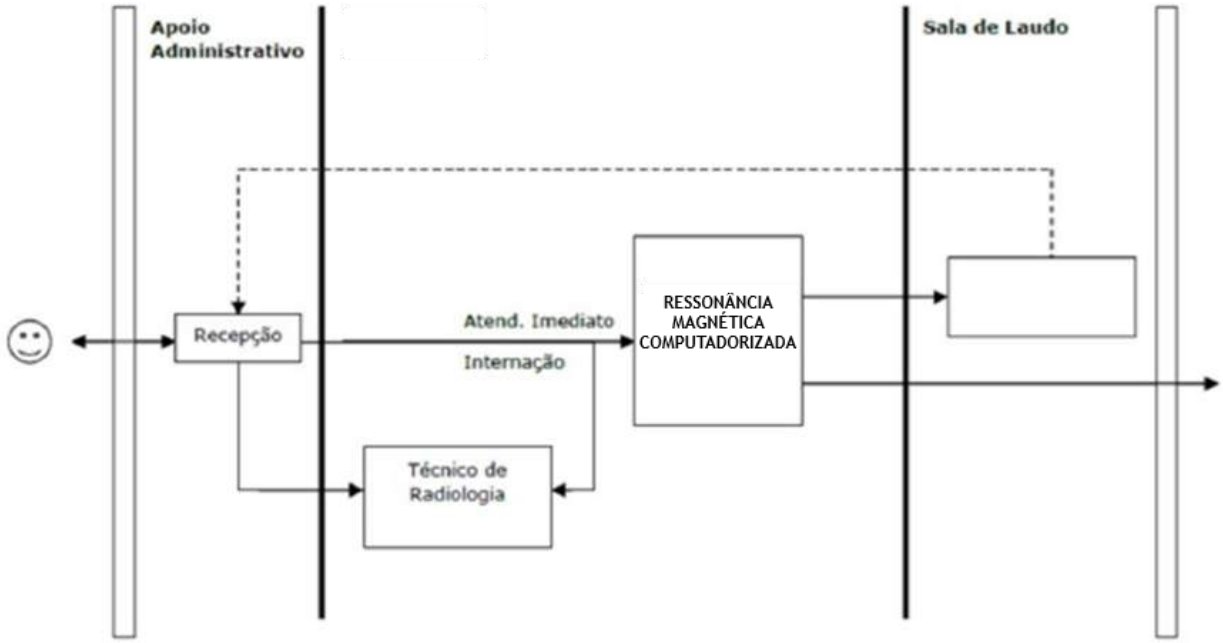


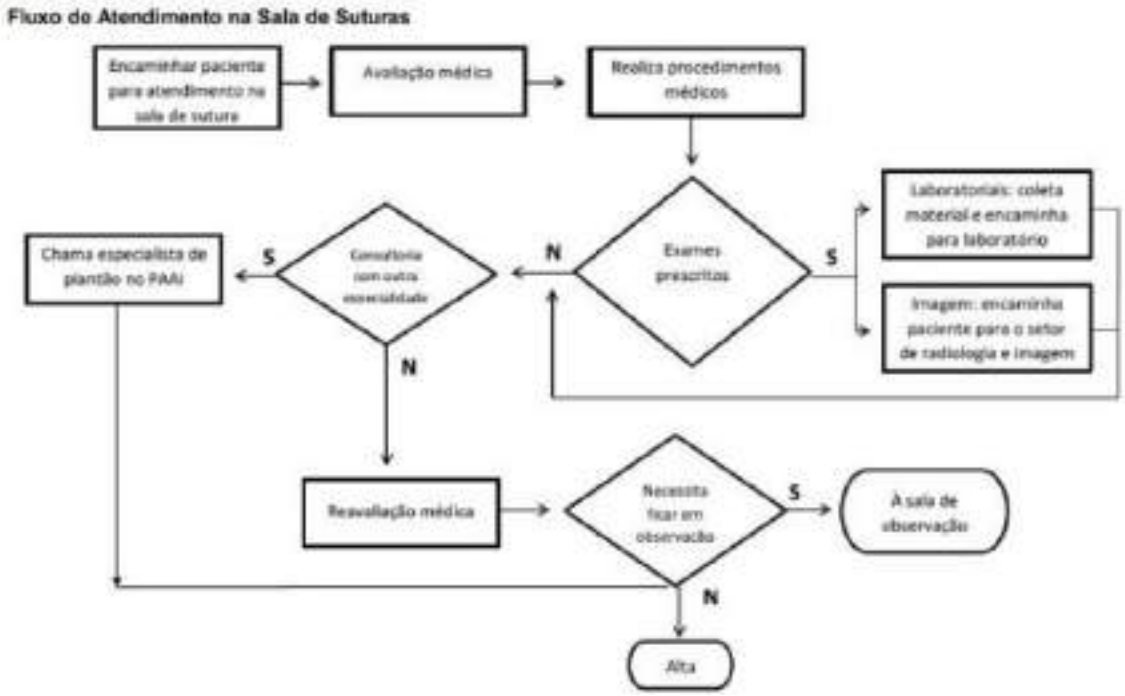
Fluxo do Laboratório de Análises Clínicas:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

FLUXO RESSONÂNCIA





Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1.1.1.2. Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos

Fluxo para Entrega de Correspondência

a) Entregador identifica-se na recepção de destino;
b) Dirige-se ao setor destinatário da correspondência.

Fluxo para Documentos Recebidos de Origem Interna

Circular Normativa

Coordenador Administrativo:

a) Controlar a numeração da circular normativa;
b) Liberar a numeração conforme sequência;
c) Arquivar a circular normativa em pasta própria.

Diretor Geral/Diretor da Área:

a) Solicitar numeração para confeccionar circular normativa;
b) Elaborar a circular normativa;
c) Distribuir a circular normativa e encaminhar cópia para Coordenador Administrativo.

Comunicação Interna

a) O coordenador de setor redige a comunicação interna conforme formulário padrão e numeração própria do setor;
b) Imprime em duas vias;
c) Assina e carimba;
d) Arquiva uma via e encaminha a outra ao setor de destino.

Fluxo para Documentos Recebidos de Origem Externa

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

a) O registro de todos os documentos que chegam na policlínica será feito pela recepção, na qual terá a responsabilidade de encaminhar ao setor destinatário identificado no documento;

b) O documento será devidamente registrado no livro de protocolo, constando os seguintes dados:

- Data do recebimento;
- Destinatário;
- Remetente;
- Data de entrega e
- Assinatura do Recebedor.

Fluxo para registro de usuários

a) O paciente é referenciado pela Regulação Estadual e encaminhado à Recepção;

b) A recepcionista verifica a data e o horário da consulta solicitando ao paciente o Comprovante de Marcação de consulta; exige os seguintes documentos para abertura de prontuário: Carteira de Identidade, Comprovante de residência com CEP, cartão SUS e telefone de contato;

c) Verifica a existência de cadastros de prontuários feitos anteriormente no sistema, evitando a duplicidade de informações. Somente se procede com a abertura de prontuário, caso não conste no sistema cadastramento anterior;

d) Preenche todos os campos do cadastro geral com informações completas e sem abreviaturas;

e) Fornecer o prontuário inicial e o cartão do ambulatório com o número de cadastro do prontuário ao paciente.

Fluxo para registro de administrativos

a) O colaborador passa pelo recrutamento e seleção de pessoal e é admitido na empresa;

b) O Setor Pessoal informa ao novo colaborador, o dia e horário da Integração Institucional;

c) Preenche a ficha de admissão no sistema informatizado e enviar ao E-Social;

d) Encaminha a Comunicação Interna ao setor de Tecnologia da Informação solicitando criação de e-mail corporativo, quando necessário e critérios estabelecidos na IT.XXX.XXX.008 - Abertura de e-mail institucional;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

e) Emitir, caso necessário, a Solicitação de Abertura de Conta;

f) Imprimir a documentação e realizar arquivo na pasta do prontuário do colaborador;

g) Levar para o Diretor Geral assinar a documentação;

h) Arquivar o prontuário do colaborador em pasta suspensa individual, identificadas pelo nome do contratado;

i) Informar o requisitante sobre a admissão realizada.

Fluxo para Documentos de usuários

a) A segurança das informações e documentos pertencentes ao paciente, e todos os seus procedimentos enquanto cliente está respaldada conforme a Lei Nº 13.853 – Lei Geral de Proteção de Dados e a Resolução CFM nº 1.638/2002, que define prontuário médico e dá as devidas providências;

b) Os documentos são emitidos eletronicamente, através de sistemas informatizados, ou manualmente, como plano de contingência, por todos os profissionais envolvidos no atendimento ao paciente.

c) Os documentos são mantidos nos prontuários dos pacientes e disponibilizados para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na policlínica.

Fluxo para Documentos Assistenciais

As informações para o funcionamento dos processos do Setor de Arquivo serão disponibilizadas por diversos setores da policlínica, entre eles:

a) Setor de Tecnologia da Informação: mantendo e adaptando o sistema de informações sobre usuários de nossos serviços;

b) Ouvidoria: realizando a pesquisa de satisfação;

c) Serviço Social: monitorando e orientando acompanhantes e familiares;

d) Ambulatório: relatórios de atendimentos e procedimentos;

e) Profissionais de saúde: através das anotações nos prontuários, sempre prezando pela clareza e completude de informações;

f) Serviços especializados (Diagnóstico por Imagem, Laboratório, etc.): através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

Fluxo para documentos no ambulatório

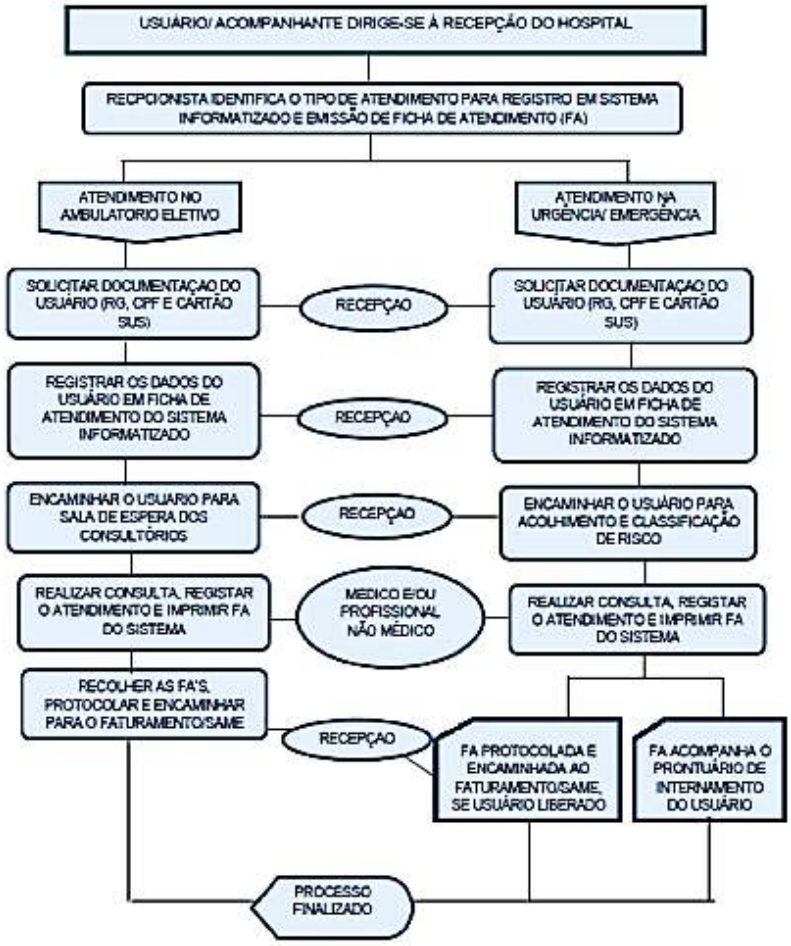
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

a) Após abertura do prontuário do paciente, o mesmo é encaminhado ao consultório e, após a consulta, o documento é encaminhado ao setor de Arquivo;

b) Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o solicitante preencha uma ficha de solicitação de prontuário com 48 horas de antecedência. A documentação deve voltar para o arquivo no mesmo dia;

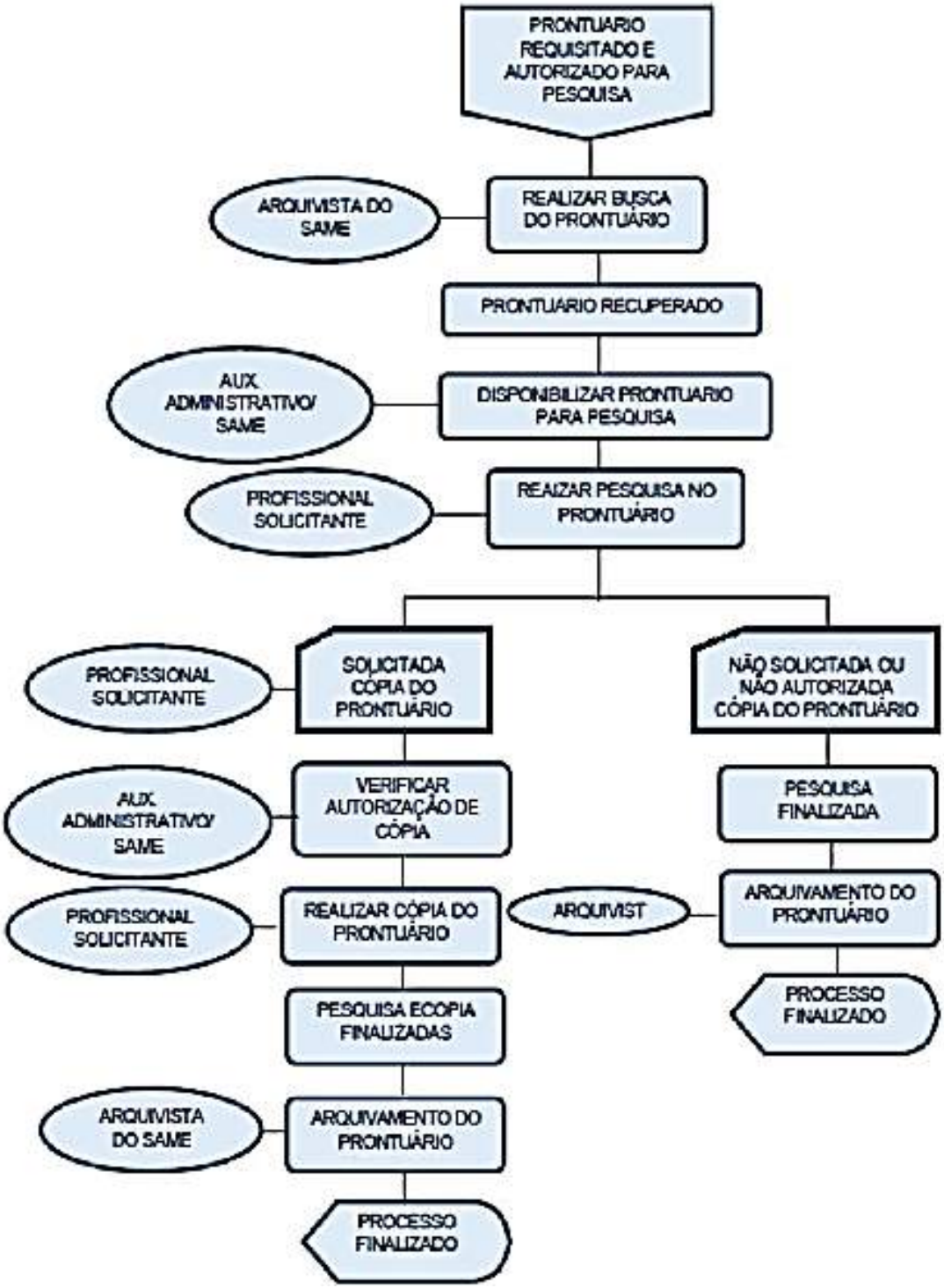
c) Quando um prontuário for retirado das prateleiras, deverá ser realizado a sua movimentação no sistema informatizado.

Fluxo para emissão de ficha de atendimento do usuário:



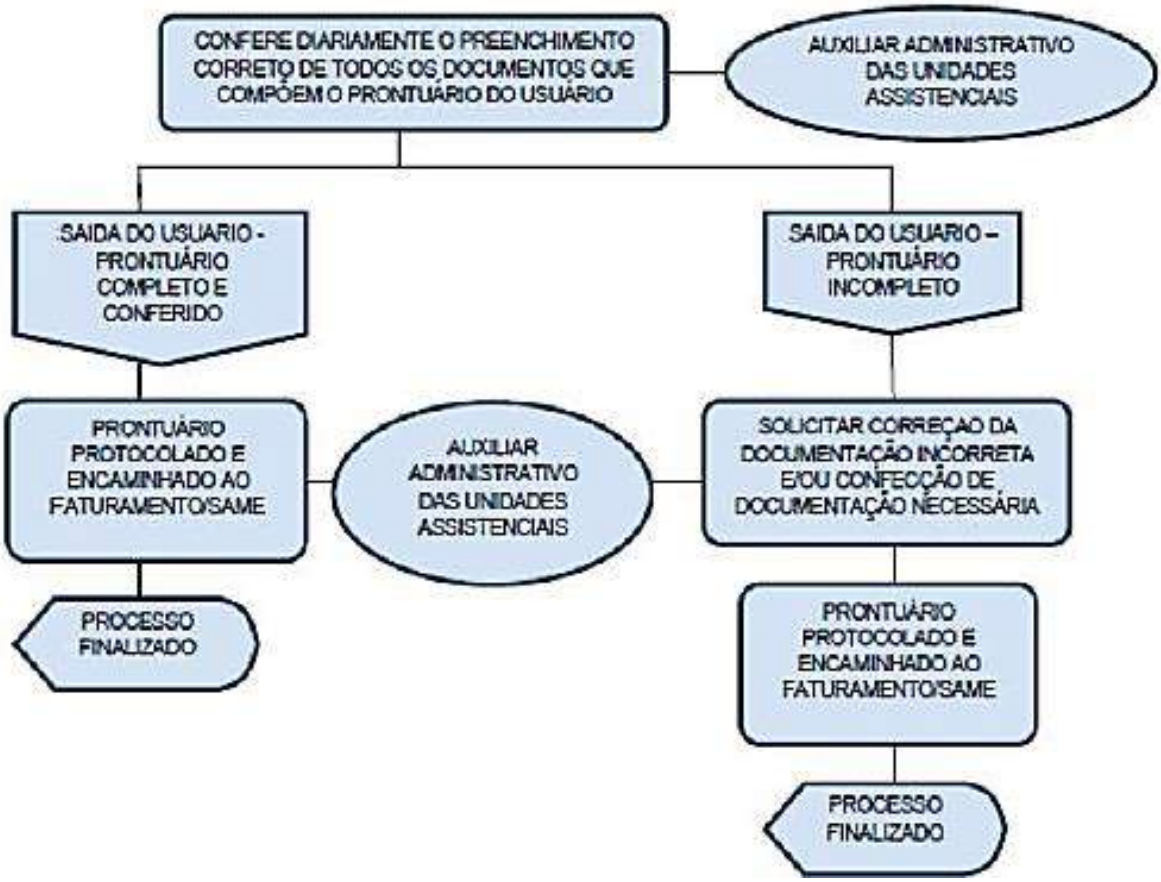
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Processo de consulta a prontuário do usuário para pesquisa:



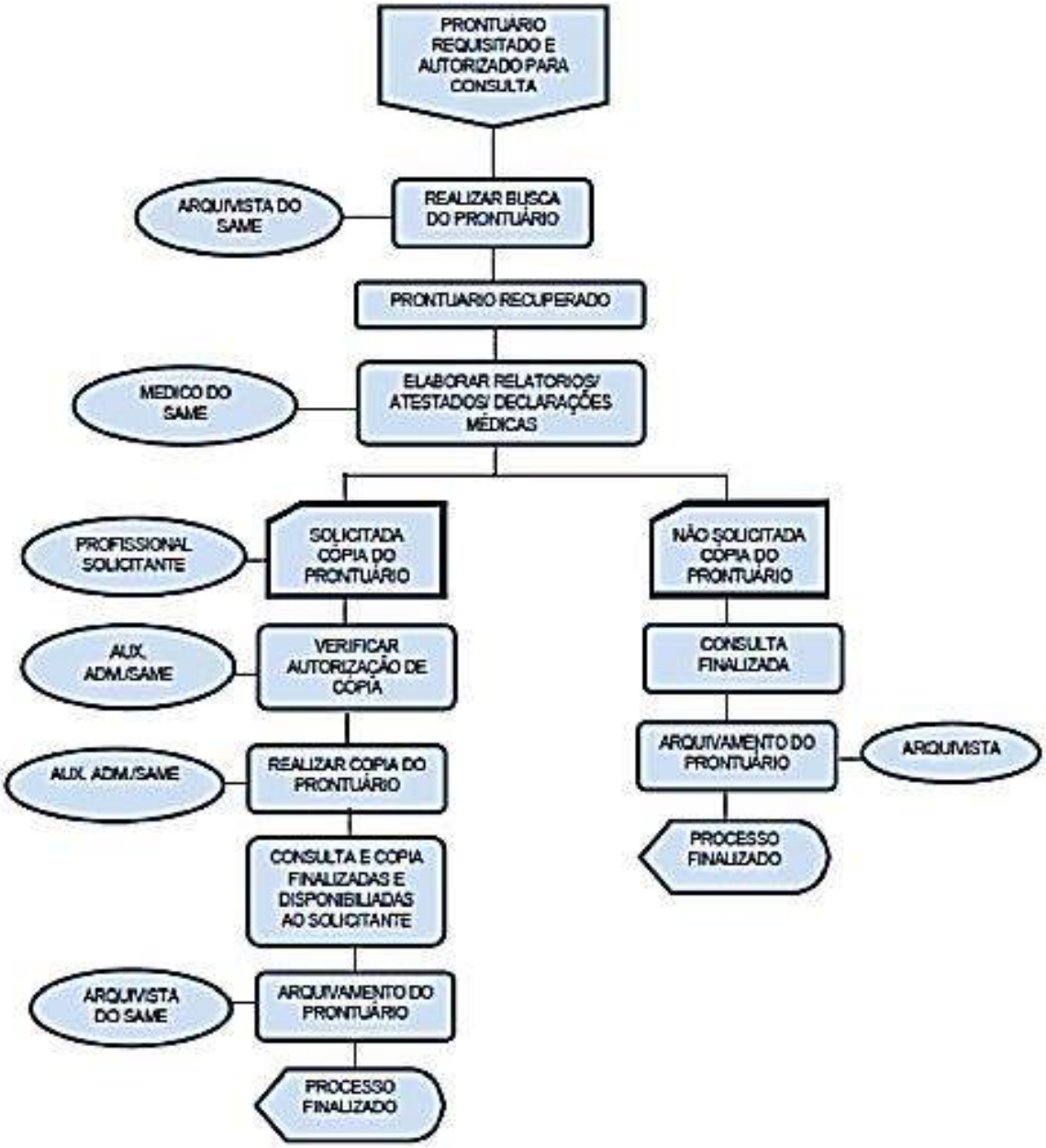
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Processo de organização do protuário:



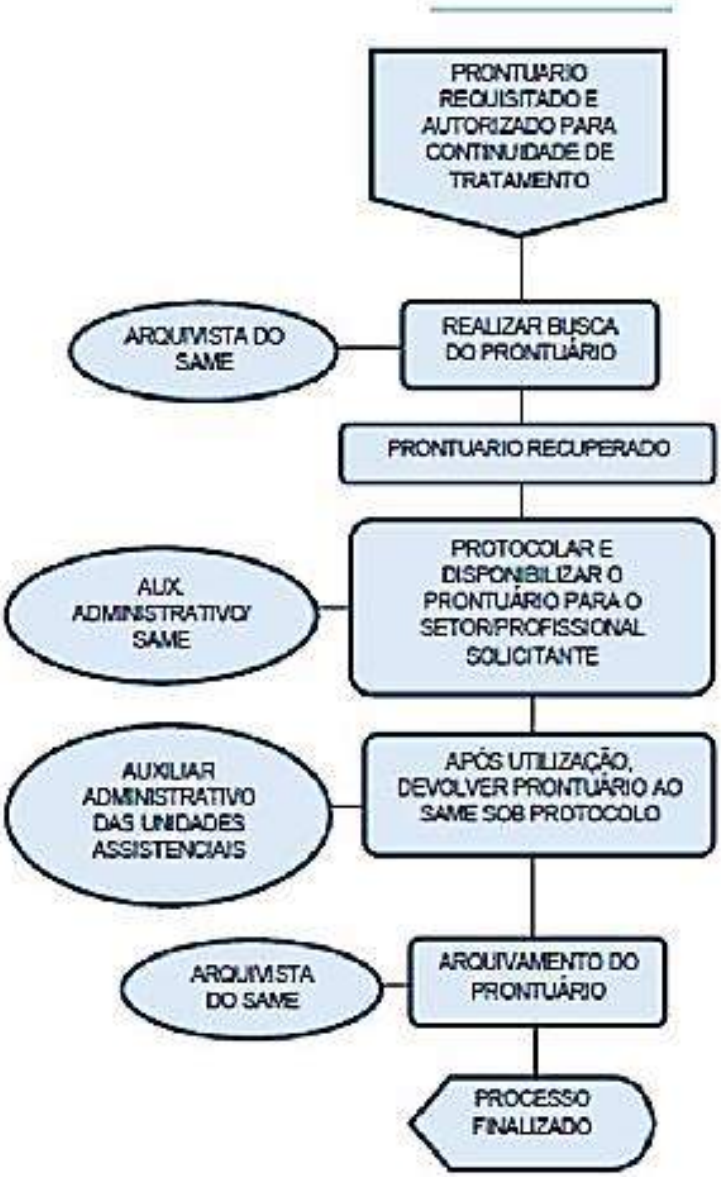
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Processo de consulta à prontuário do usuário para fins jurídicos:



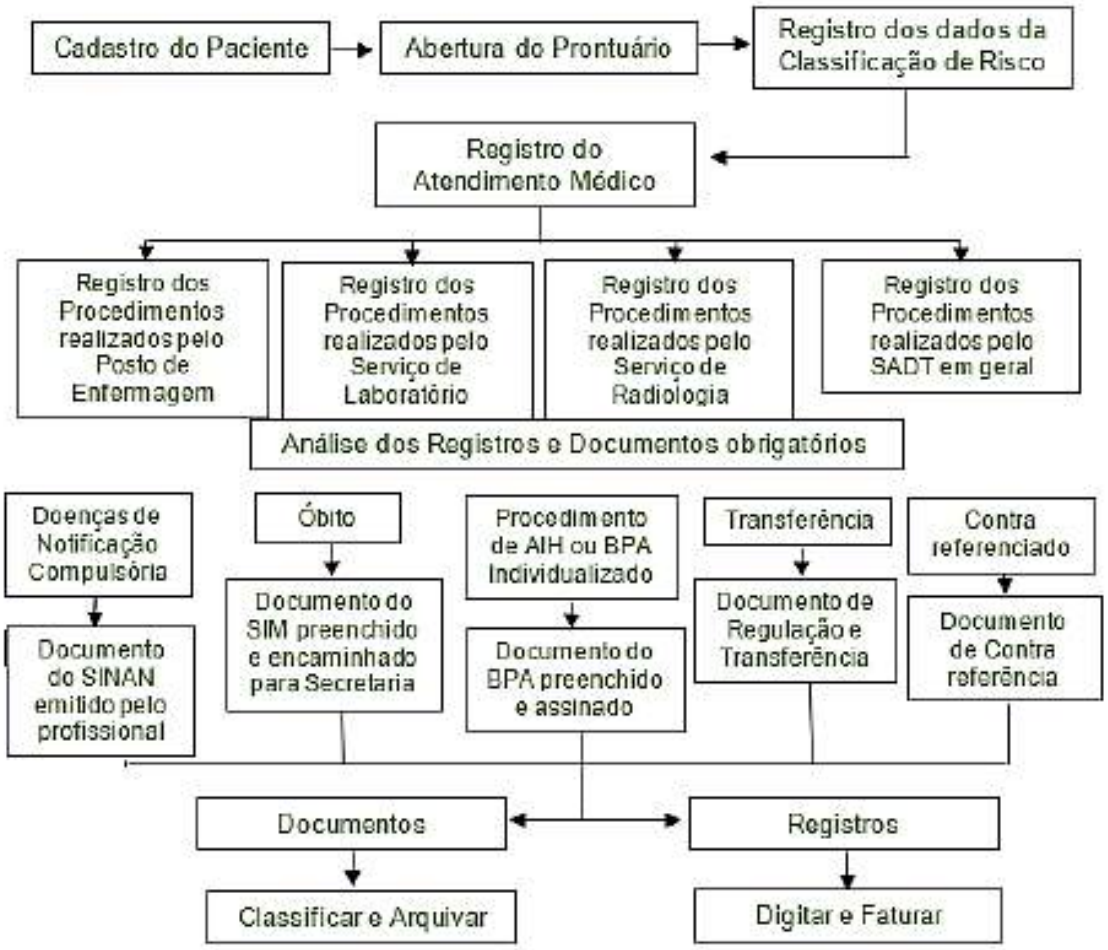
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Processo de consulta à prontuário do usuário par continuidade do tratamento:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo para Registros de Documentos dos Usuários:



No âmbito dos documentos e registros administrativos da Policlínica Estadual da Região Nordeste, destacamos que, devido às diversas frentes de trabalho em operação, são gerados diferentes tipos de documentos, a saber:

✓ Documentos de comunicação: ofícios, comunicados internos (CI), livros de ocorrência, entre outros.

✓ Documentos informativos: folders, banners e demais materiais de divulgação.

✓ Documentos de controle de pessoal: escalas de trabalho, controle de frequência, entre outros.

✓ Documentos relacionados à aquisição de produtos e contratação de serviços: solicitação de compras, mapas de orçamentos, contratos de serviços, etc.

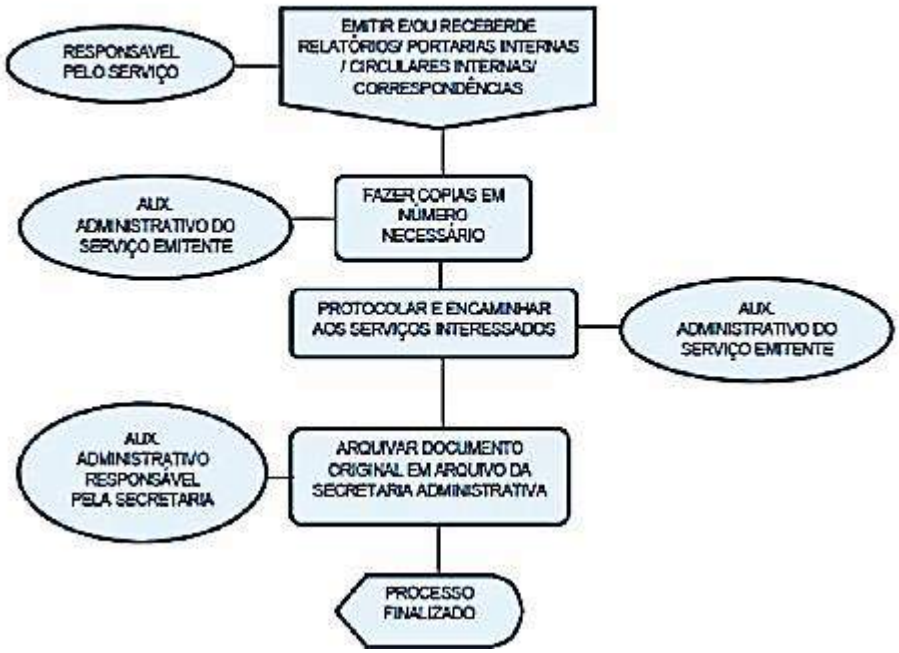
✓ Documentos de fornecimento de contas: relatórios de atividades, produção, despesas e demais informações relevantes.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

✓ Registros da unidade: resumo de plantação, ocorrências relevantes, distribuição de serviços, entre outros registros administrativos essenciais.

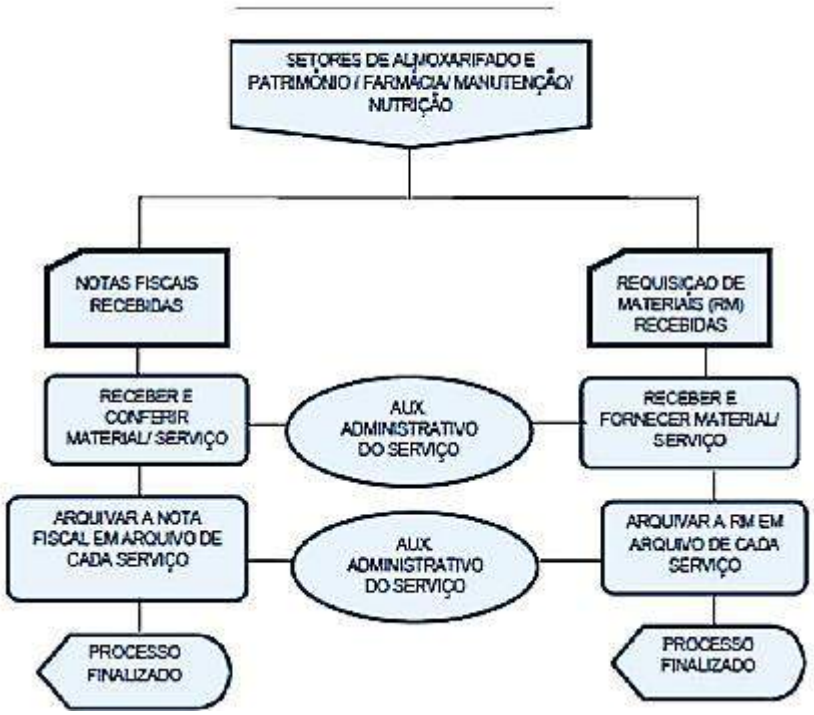
Esses documentos são essenciais para garantir a organização e a transparência das atividades realizadas na Policlínica, além de apoiar a gestão eficiente dos processos internos.

Processo de circulação e arquivamento de documentos administrativos:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Processo de circulação e arquivamento de requisições de materiais e notas fiscais:



Todos os documentos de cunho administrativo deverão ser aprovados pela Diretoria Administrativa da Policlínica Estadual da Região Nordeste e ter uma cópia arquivada na administração da unidade de saúde. Para garantir a padronização, todos os documentos e registros obtidos serão recebidos e carimbados pelo autor.

No caso de documentos destinados ao encaminhamento externo, estes deverão conter a logomarca da Policlínica, do SUS, da Secretaria de Saúde, e da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS, além de serem inscritos pela Diretoria Administrativa.

Internamente, todos os setores deverão registrar as informações do plantão no livro de ocorrências do setor, sendo os registros vistos diariamente pela chefia direta. Caberá à chefia selecionar as informações relevantes para serem repassadas à equipe gestora da unidade, garantindo a linearidade das informações do serviço. Os registros enviados serão encaminhados à Secretaria de Saúde por meio eletrônico e consolidados mensalmente em relatórios de registro.

Os documentos destinados a órgãos externos deverão ser recebidos pelo Diretor Geral em conjunto com o emitente, obedecendo ao padrão de formatação estabelecido pela Diretoria Administrativa.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Os documentos técnicos e assistenciais, como notificações, declarações, atestados, entre outros, serão emitidos pelo profissional que realizou o atendimento, devendo ser registrados no livro de ocorrências e/ou no sistema informatizado da unidade, conforme normatizado pelos gestores técnicos.

Fluxo para registro de Documentos Administrativos:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1.1.1.3. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados e roupas

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A Central de Material e Esterilização pode ser definida, de acordo com Silva (1998), como uma unidade de apoio técnico para as áreas assistenciais, responsável por tarefas como processamento, limpeza, preparo, esterilização, estocagem e distribuição dos artigos a todas as unidades consumidoras.

Sendo assim, a Central de Material Esterilizado da Policlínica executará seus procedimentos em conformidade com a legislação vigente, garantindo o não cruzamento de área suja com área limpa, evitando assim que os materiais estéreis não se misturem com os não estéreis.

OBJETIVOS:

a) Realizar processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares necessários para os procedimentos;

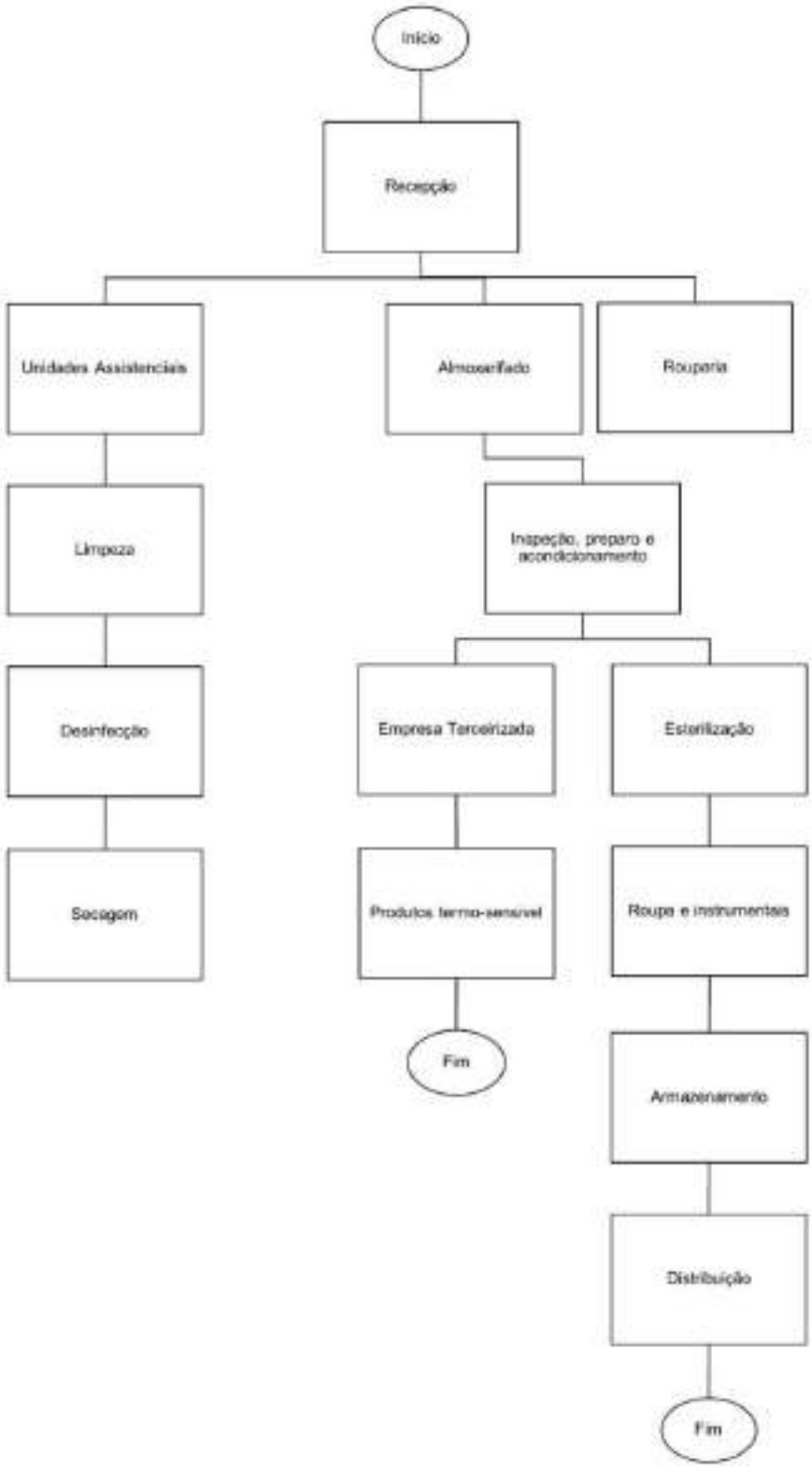
b) Preparar e esterilizar roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição para o local onde serão realizados os procedimentos estéreis.

O Fluxo unidirecional para materiais esterilizados possui barreiras físicas entre as áreas, a fim de evitar cruzamento de material sujo com material estéril.

a) Na área do expurgo ocorre o recebimento do material sujo e a conferência desse material;
b) É realizado a limpeza manual e mecânica;
c) Na área do preparo, ocorre a desinfecção do material;
d) Após a desinfecção, ocorre a secagem e inspeção do material;
e) O material é embalado e etiquetado;
f) Ocorre o processo de esterilização do material;
g) Na área de armazenamento e distribuição de materiais, o material estéril é armazenado e distribuído.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxograma de entrega e recebimento de material



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo unidirecional para roupas

A lavanderia é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada para a policlínica.

A unidade de processamento de roupas realiza diversas atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, usuário e meio ambiente e, por isso, é alvo da ação de regulação da vigilância sanitária.

Os profissionais envolvidos nos serviços de lavanderia/rouparia serão capacitados constantemente conforme cronograma de Educação Permanente, contudo, será garantido capacitação inicial nos seguintes temas: etapas do processamento de roupas de serviços de saúde, segurança e saúde ocupacional, prevenção e controle de infecções e uso de produtos saneantes. Será garantido transporte de roupas limpas e sujas em carrinhos separados.

A organização dos processos de fluxo de enxoval permite quantificar peças, controlar a logística de trocas, lavagem e novas aquisições. Para tanto, a prestação de serviços seguirá as normativas existentes na RDC/ANVISA nº6, de 30 de janeiro de 2012.

OBJETIVO

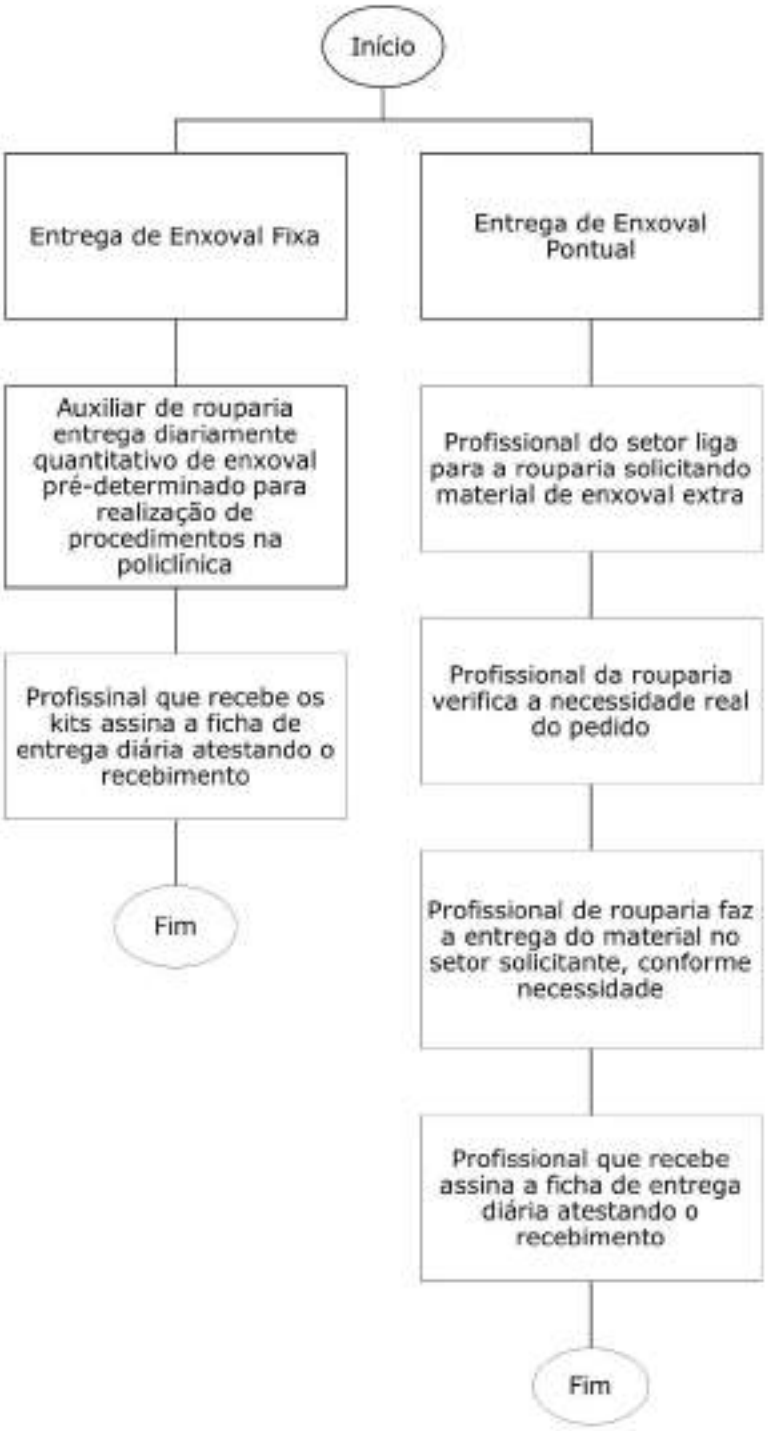
a) Realizar o processamento de enxoval necessário para a policlínica.

O Fluxo unidirecional para roupas deve ser realizado evitando o cruzamento de roupas sujas com roupas limpas, conforme segue abaixo:

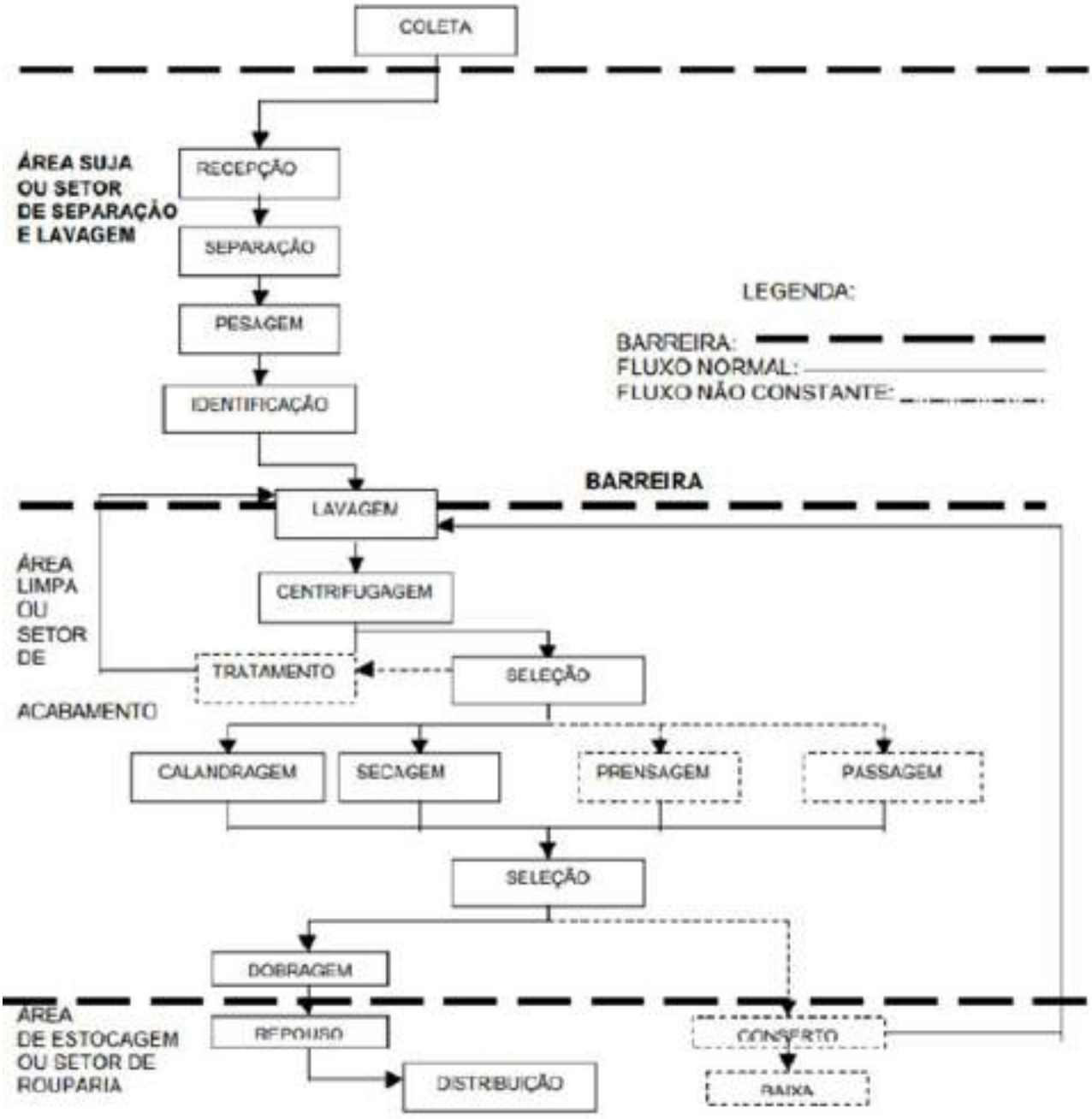
a) Após o uso, alocar o enxoval em locais específicos e identificados para este fim;
b) O enxoval é recolhido pelo responsável da rouparia em horários pré-estabelecidos;
c) Empacotamento e pesagem na área suja da rouparia;
d) Acondicionamento até coleta externa;
e) Realizada coleta por empresa especializada com emissão de formulário de controle de entrega;
f) Transporte e processamento da roupa limpa por empresa especializada;
g) Após o processamento, o enxoval é recebido e realizado a conferência na área limpa da rouparia;
h) Realizado a separação e armazenamento na rouparia para a sua distribuição aos setores.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxograma para entrega de enxoval



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



O serviço de lavanderia da Policlínica Estadual da Região Nordeste é de responsabilidade da equipe de Enfermagem, podendo também ser realizado por empresa especializada em lavanderia hospitalar. Esta empresa deverá atender rigorosamente a todas as exigências sanitárias e ambientais, seguindo as recomendações de controle e observando as normas e rotinas de boas práticas condicionais.

A garantia de um serviço de lavanderia adequado é fundamental para a manutenção da segurança de pacientes e profissionais, além de contribuir diretamente para a prevenção de

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

infecções hospitalares. Assim, a equipe de Enfermagem, juntamente com a empresa terceirizada (quando aplicável), deverá garantir que todo o processamento de roupas hospitalares siga protocolos rígidos de higienização, especificações e especificações, em conformidade com as normas de saúde e segurança, garantindo a qualidade e a segurança do ambiente da Unidade de Saúde.

1.1.1.4. Fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde

O Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde da Policlínica será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, visando a proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos resíduos naturais e do meio ambiente.



O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Policlínica descreve as ações relacionadas aos resíduos originados na mesma, visando atender as normas e exigências legais vigentes, que relatam o tratamento de resíduos de saúde, desde a sua

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

geração até a disposição final e atender os requisitos ambientais, de saúde pública ou ocupacional.

O PGRSS será elaborado em conjunto pelos responsáveis do serviço de higienização, profissionais responsáveis pela assistência, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CCIRAS, Segurança do Trabalho, e Representantes dos serviços de apoio geradores de resíduos, contemplando todos os grupos de resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C e D), e atenderá integralmente ao roteiro da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA Nº222, 28 de março de 2018.

O fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde tem como objetivo principal identificar e dar o tratamento adequado aos tipos de resíduos gerados. Segue abaixo proposta de fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde:

a) Resíduo de Serviço de Saúde gerado;
b) Identificar tipo de resíduo;
c) Se tipo A, subtipo A1, desprezar em esgoto;
d) Se tipo A, subtipo A3, enviar para armazenamento temporário;
e) Se tipo A, subtipo A4, desprezar em lixo infectante (branco);
f) Se tipo B, desprezar na caixa de perfuro cortante tipo B;
g) Se tipo D, colocar no lixo comum;
h) Se tipo E, desprezar na caixa de perfuro cortante tipo E;
i) Auxiliar de higienização recolhe todo o resíduo produzido no setor e envia para armazenamento temporário;
j) O resíduo é recolhido em turnos específicos por empresa externa.

Paralelamente à elaboração do PGRSS, será implantada também na policlínica a **Política de Gestão Ambiental**, que segue:

1 - APRESENTAÇÃO

A gestão ambiental é a área que envolve a identificação, avaliação e controle de impactos ambientais de organizações, com planejamento e execução de estratégias para minimizá-los. Trata-se da necessidade de estabelecer a melhor relação possível entre a atividade da unidade, meio ambiente e necessidades humanas presentes e futuras.

2 - OBJETIVO

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Desenvolver uma visão sistêmica, na gestão dos resíduos sólidos, que considere as variáveis ambiental, social, cultural, econômica, tecnológica e de saúde pública atendendo à Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Além de orientar acerca do tratamento das questões ambientais aplicadas a todos os colaboradores, terceirizados e estagiários no âmbito da policlínica; promover o desenvolvimento sustentável; instaurar uma cultura institucional, visando a mobilização dos servidores para a otimização dos recursos, para o combate ao desperdício e para a busca de uma melhor qualidade do ambiente de trabalho.

3 - DESCRIÇÃO

3.1 - Promoção de uma cultura de sustentabilidade ambiental

Promover o desenvolvimento de uma cultura de sustentabilidade ambiental que mobilize, conscientize, reconheça, estimule e viabilize a inclusão de todos os colaboradores.

Nesse contexto, podemos citar a Campanha Consumo Consciente, com a utilização de orientações fixadas nos monitores dos computadores, impressoras, interruptores de energia e nos banheiros da policlínica. Estas orientações são voltadas a:

- redução no uso de plásticos, por meio do incentivo a utilização de canecas, garrafas e squeezes, para alcançarmos a redução no uso de copos descartáveis.
- economia de energia elétrica, por meio do uso consciente, evitando deixar lâmpadas e computadores ligados que não estejam em uso.
- ao consumo consciente de papel, evitando impressões desnecessárias, utilizando os dois lados do papel, reutilizando papel como rascunhos, substituindo arquivos físicos por digitais, sempre que possível.

3.2 - Gestão de resíduos

Otimizar a gestão de resíduos, aperfeiçoando ações que promovam seu controle e incentivem a não geração, a redução, a reutilização, a logística reversa e a reciclagem, bem como o manejo, o tratamento, a disposição final ambientalmente adequada.

Fomentar protocolos e ações que estimulem o correto desfazimento e descarte de resíduos produzidos por equipamentos eletrônicos (e-lixo), que possuam substâncias como

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

mercúrio, chumbo, fósforo e cádmio, que ao final do seu ciclo de vida possam representar riscos à saúde da natureza e do ser humano.

3.3 - Elaboração de mapas de risco por profissionais capacitados em toda a instituição

O documento Base do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) se insere no contexto da Política de Gestão da policlínica, buscando a melhoria contínua do ambiente de trabalho e a preservação da saúde dos seus colaboradores e contratados.

O Programa de Gerenciamento de Riscos visa "estabelecer as disposições gerais, o campo de aplicação, os termos e as definições comuns às Normas Regulamentadoras - NR relativas à segurança e saúde no trabalho".

3.4 - Promoção de integração e trocas permanentes em assuntos relacionados ao meio ambiente, com instituições públicas, privadas e com a sociedade.

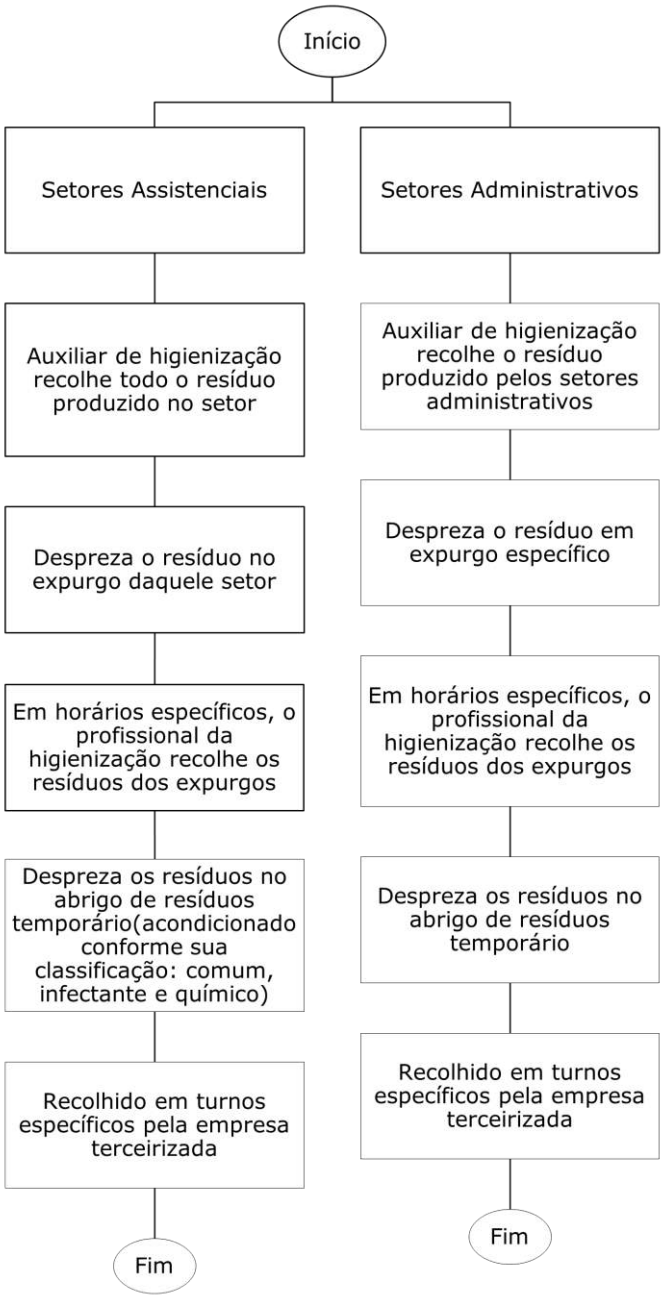
Nesse sentido, a policlínica deve estar sempre aberta a receber inovações referentes a gestão ambiental, revisando seus processos na busca pelo equilíbrio entre os fatores econômicos e os ambientais.

3.5 - Avaliação contínua das ações implementadas por meio da análise de indicadores

Com vistas à melhoria contínua do seu desempenho ambiental, realizando monitoramento e auditorias internas periódicas com elaboração de planos de ação para correção das oportunidades de melhorias.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxograma unidirecional de resíduos de serviços de saúde:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

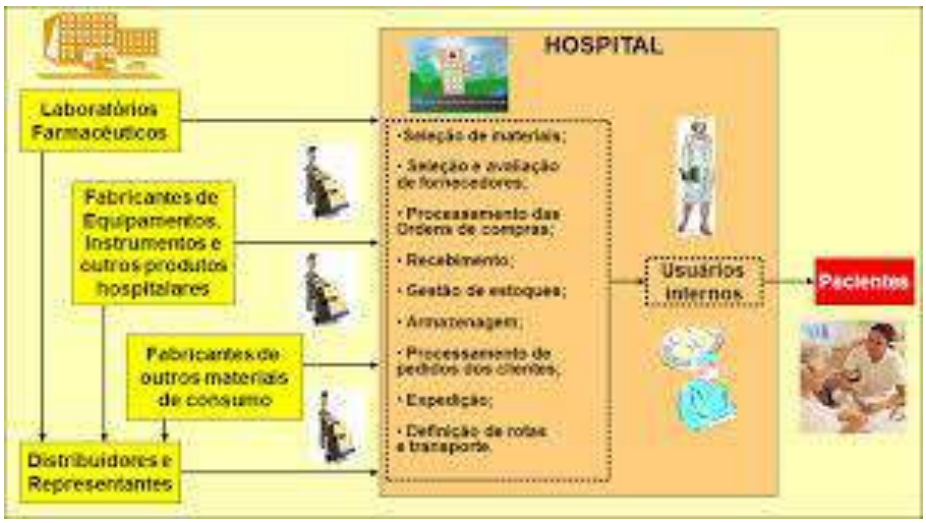
1.1.2. Implantação da gestão

1.1.2.1. Implantação de logística de suprimentos

A ABEAS acredita que, quando há uma gestão apropriada do monitoramento e da gestão dos suprimentos, há uma contribuição para redução de desperdícios, garantindo uma maior assertividade nas informações dos produtos em estoque, agilizando o trabalho interno de catalogação, prescrição e aplicação de medicamentos. Mostrando, assim, que quando bem-feita essa gestão, é possível reduzir custos, retrabalho e/ou falhas humanas.

Nos órgãos de saúde da administração pública, a área da logística trata do gerenciamento estratégico dos processos desde o planejamento de compras até a dispensação do produto ao paciente ou prestação de serviço, compreendendo assim os seguintes processos: planejamento de compras, execução do compras (processo licitatório, de dispensa ou inexigibilidade), aquisição, recebimento, movimentação, armazenagem de materiais, distribuição e dispensação de produtos, além dos fluxos de informações indispensáveis para a gestão das atividades logísticas. Nesse contexto, é fundamental a eficiente gestão da cadeia de suprimentos, através da integração interna das atividades logísticas da empresa focal, relacionando-se com fornecedores e clientes finais. De acordo com os autores as empresas focais são aquelas organizações que normalmente gerenciam e coordenam a cadeia de suprimentos, mantendo contato com o cliente organizacional ou consumidor final e projetando o produto e/ou serviço entregue pela cadeia de suprimentos (NETO et al, 2022).

CADEIA DE SUPRIMENTOS HOSPITALARES



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Conforme o termo de colaboração, a ABEAS assumirá a inteira responsabilidade pelo fornecimento de materiais, insumos e produtos para saúde. Logo, toda aquisição de insumos e contratação de serviços para a Policlínica terá como como finalidade garantir a observância dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade,eficiência e da isonomia, dentre outros, visando assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, assim como de estabelecer normas e critérios para compras, contratações de obras e serviços especializados e alienações pela Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, doravante denominada Organização Social.

As compras serão de responsabilidade da Diretoria Financeira que, juntamente com o setor de Compras, irão selecionar,dentre as propostas que atendam aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa, seja na modalidade de melhor combinação técnica e preço, melhor técnica ou menor preço, nessa ordem para as necessidades de gestão da policlínica ou outras unidades geridas através de contrato de gestão, termos de colaboração, em todo o território nacional.

Fluxo do Processo de Compras:

a) Setores da policlínica procedem com a confecção da solicitação de compras;
b) Diretor Financeiro valida a solicitação de compras;
c) Envio da solicitação ao setor de compras;
d) Realização de cotação de preços;
e) Confecção do mapa de cotação para destaque da melhor proposta;
f) Emissão da Autorização de Fornecimento;
g) Validação da Autorização de Fornecimento pelo Diretor Financeiro;
h) No ato do recebimento do(s) item(ns), a policlínica realiza a conferência dos dados existentes na Autorização de Fornecimento com os itens entregues pelo fornecedor.

Das fases dos processos de compras e contratações

Os processos de compras e contratações deverão obedecer às fases a seguir especificadas:

a) Solicitação de Compras ou Contratação de Serviços (levando em consideração, inclusive a padronização atualizada dos produtos, unidade a ser entregue, dentre outras informações constantes da ordem de compras, especificações técnicas, quantidade, dentre outras), devendo ser elaborada pelo setor de compras e autorizada pelo gestor da policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

b) Divulgação do Edital.

c) Habilitação de fornecedores e prestadores de serviços.

d) Julgamento da melhor oferta, seja por melhor preço e técnica, melhor técnica e menor preço, nessa ordem.

e) Emissão da ordem de compra ou de serviço.

f) A Solicitação de Compras e/ou Contratação de Serviços deverá indicar a modalidade de contração, parâmetros de valores, conforme Plano Operativo da policlínica, assim como os parâmetros de contratação dos serviços ou bens a serem adquiridos.

Em havendo indicação pela modalidade de contratação direta, deverá ser realizada coleta de preços entre os fornecedores cadastrados na Organização Social, para homologação de acordo com a melhor técnica e preço, melhor técnica ou menor valor, nessa ordem em tal Convocação, mediante apresentação de propostas e documentos de qualificação que forem exigidos.

Em havendo indicação do Gestor da Unidade de Saúde solicitante pela modalidade de processo de seleção, o processo será remetido para confecção de Edital, que deverá respeitar o disposto nesse edital.

O Edital de convocação conterá as seguintes informações:

a) Objeto da contratação.

b) Data, hora e local de abertura da sessão e/ou recebimento das propostas e demais documentos previstos em Edital.

c) Modalidade de contratação.

d) Procedimento, prazos e recursos.

Nos processos de contratação regidas por este edital, poderão ser utilizados os seguintes critérios de julgamento:

a) Melhor combinação de técnica e preço.

b) Melhor técnica.

c) Menor preço.

Os envelopes de habilitação e proposta do fornecedor ou prestador de serviço candidato deverão atender as exigências previamente fixadas pela Organização Social, e deverão ser encaminhadas, por correio ou outro meio de comunicação que possa ser impresso ou

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

entregues diretamente na sede administrativa da Organização Social, até 1 (um) dia útil antes da realização da sessão e/ou prazo para recebimento de propostas.

São documentos obrigatórios nos processos de compras e contratações:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
CNPJ	Sim
Inscrição Estadual	Sim
Contrato Social com alterações ou Estatuto.	Sim
CCM – Comprovante de Contribuintes Municipal.	Sim (quando aplicável)
Licença de funcionamento emitida pela Prefeitura.	Sim (quando aplicável)
Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária.	Sim (quando aplicável)
Licença de funcionamento emitida pela Polícia Federal.	Sim (quando aplicável)
Atestados de Capacidade Técnica	Sim (quando aplicável)

Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União.	Sim (para fabricante e distribuidor)
Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante.	Sim (Para distribuidor)
Tipo de documento	Obrigatório
Certificado de responsabilidade Técnica (documento único) emitido pelo Conselho Regional, ou o protocolo de assunção desta	Sim (para fabricante distribuidor)

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

responsabilidade técnica. (Lei nº 5.991 de 17/09/73).	
Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle, expedido pela ANVISA (renovação a cada dois anos) em caso de fabricante de correlatos. (RDC 17 de 16/04/10)	Sim (para fabricante)
Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde expedida pela ANVISA (renovação anual).	Desejável (para fabricante edistribuidor)
Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da portaria 344/98 SVS-MS. Quando o fornecedor fabricar e/ou comercializar produtos controlados pela portaria. (Portaria 344 de 12/05/98)	Sim (para fabricante e distribuidor, quando aplicável)

Nos casos de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde será necessária a apresentação de uma cópia do documento que comprove a isenção. Nos casos em que os registros forem provisórios será necessária a apresentação de documento que comprove a renovação de registro ou a apresentação do registro definitivo.

Para todas as aquisições, contratações de obras e serviços e alienações, será consultada regularidade fiscal das empresas contratadas, através da emissão das certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas dentro do período, nos seguintes âmbitos:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União.	Sim
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Tributos Estaduais.	Sim
Tipo de documento	Obrigatório

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Regularidade Fiscal do Município sede.	Sim
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos ao FGTS.	Sim
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Débitos Trabalhistas - CNDT, emitida pela Justiça do Trabalho.	Sim

Na falta de apresentação de qualquer um dos documentos acima elencados, ou ainda no caso das certidões não atenderem aos critérios acima especificados, o fornecedor será automaticamente descredenciado ou desabilitado.

É vedado qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional de pessoas físicas e/ou jurídicas que se relacionem com dirigentes ou pessoas que detenham poder decisório dentro da Policlínica.

A melhor oferta será apurada considerando melhor técnica e preço, melhor técnica e/ou menor preço, custos com transporte e seguro até o local de entrega, além de condições de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto, disponibilidade para entrega e eventual necessidade de treinamento de pessoal.

A ordem de compras ou de serviços ou contrato formal efetuados com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Do procedimento

Os procedimentos de compras e contratações, com exceção dos procedimentos específicos, de acordo com esta diretriz, serão divulgados através de sitio institucional da Organização Social na internet, aberto e acessível a público, para ampla divulgação e participação dos fornecedores interessados.

A convocação do procedimento de compras e contratações será divulgada previamente no sítio eletrônico da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS, devendo ser respeitados os seguintes prazos mínimos para apresentação de propostas ou lances, contados a partir da divulgação do instrumento convocatório:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

a) Mínimo de 03 (três) dias úteis para compras e aquisição de bens.

b) Mínimo de 05 (cinco) dias úteis para processo de contratação que adote como critério de julgamento a melhor combinação de técnica e preço, melhor técnica e menor preço.

O prazo para impugnação de editais será de até 02 (dois) dias úteis anteriores à data da abertura da sessão pública, devendo a mesma ser enviada por e-mail ou mediante protocolo de entrega na sede da Organização Social.

Nos atos decorrentes da aplicação dos editais, cabem recursos no prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da intimação/publicação do ato impugnado.

Das Compras de Bens Móveis e Imóveis

Para fins do presente edital consideram-se Bens Móveis e Imóveis como públicos, sendo estes integrantes do patrimônio da Administração Pública de forma direta e/ou indireta.

Os bens móveis e imóveis adquiridos pela Organização Social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar-se-ão, exclusivamente, à sua execução, sendo que a respectiva titularidade será transferida de imediato ao ente público contratante, seja ele federal, estadual, distrital ou municipal, desde que haja previsão orçamentária no contrato de gestão ou em seus aditivos.

Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pela Organização Social, fica garantida a esta a utilização do procedimento próprio e simplificado para realização das alienações, com controle patrimonial direto pelos seus contratantes, sejam particulares, entes públicos federais, estaduais, distritais ou municipais.

Os bens imóveis adquiridos pela Organização Social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, são inalienáveis. Para os casos onde se fazem necessárias as alienações, deverão as mesmas serem solicitadas com a anuência do Poder Público ou Poder Privado, e os recursos advindos de tal procedimento revertidos em investimentos ao desenvolvimento das atividades do contrato de gestão.

A aquisição de bens imóveis, bem como a ampliação de estruturas físicas já existentes, a serem realizadas durante a execução do contrato de gestão com recursos dele provenientes, far-se-á necessária autorização junto ao titular do órgão ou da entidade estatal parceira sob ratificação do Chefe do Executivo e/ou da pasta.

Qualquer bem adquirido pela Organização Social, mesmo em casos de título não oneroso (doações) em que a intenção do indivíduo seja beneficiar a entidade, o bem recebido

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

será integrado automaticamente ao patrimônio do ente público, União, Estado, Distrito Federal ou Município conforme o presente edital.

Os processos para compra de bens móveis e imóveis seguirão os procedimentos previstos nesta diretriz, salvo quando restar configurada umas das hipóteses de contratação direta e/ou contratação emergencial.

Das Obras e Serviços de Engenharia

Os processos de contratação para a execução de obras e para a prestação de serviços de engenharia obedecerão ao disposto neste artigo e, em particular, à seguinte sequência:

a) Projeto básico.

b) Cronograma de execução das obras e serviços.

Havendo necessidade de modificação no projeto básico, especialmente em relação aos quantitativos de itens, exigências técnicas e alteração qualitativa, as mudanças deverão estar registradas em nota técnica fundamentada, que será submetida à aprovação do setor técnico competente.

Os contratos destinados à realização de obras e serviços de engenharia seguirão os regimes de execução definidos no projeto básico.

No projeto básico de obras e serviços serão considerados principalmente os seguintes requisitos:

a) Segurança.

b) Funcionalidade e adequação ao interesse público.

c) Economia na execução, conservação e operação.

d) Possibilidade de emprego de mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas existentes no local para execução, conservação e operação, contudo, não se limitando a estes.

e) Adoção das normas técnicas, de saúde e de segurança do trabalho adequadas e atualizadas.

Os processos para realização de obras e serviços de engenharia seguirão o procedimento previsto nesta diretriz, salvo quando ficar configurada umas das hipóteses de contratação direta e/ou contratação emergencial.

Das Compras e Contratações Direta

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Poderá ser realizada a contratação direta, na base de fornecedores e/ou prestadores de serviços cadastrados na Organização Social, contudo, não se limitando a estes, nas seguintes hipóteses:

a) Para obras e serviços de engenharia de valor global até R$ 300.000,00 (trezentos mil reais), desde que não se refiram a parcelas de uma mesma obra ou serviço ou ainda a obras e serviços de mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente.

b) Para outros serviços e compras de valor global até R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço ou compra de maior vulto que possa ser realizado de uma só vez.

c) Quando não acudirem interessados no processo de contratação anterior e essa não puder ser repetida sem prejuízo para a Organização Social na execução de Contrato de Gestão, desde que mantidas as condições preestabelecidas.

d) Quando as propostas apresentadas consignarem preços manifestamente superiores aos praticados no mercado nacional ou no plano operativo vigente da Unidade de Saúde firmado com seus contratantes.

e) Para a locação de imóvel, quando as necessidades de instalação e localização condicionarem a escolha do imóvel, desde que o preço seja compatível com o valor de mercado.

f) Na contratação de remanescente de obra, de serviço ou de fornecimento, em consequência de rescisão contratual, desde que atendida à ordem de classificação do processo de contratação anterior e aceitas as mesmas condições do contrato encerrado por rescisão ou distrato, inclusive quanto ao preço, devidamente corrigido.

g) Para a aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira necessários à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia.

h) Em situações de emergência, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens necessários ao atendimento da situação emergencial e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contado da ocorrência da emergência, vedada a prorrogação dos respectivos contratos.

A contratação direta também será feita quando houver inviabilidade de competição, em especial nas hipóteses de:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

a) Aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo.

b) Contratação de serviços técnicos especializados, com profissionais ou empresas de notória especialização, nas hipóteses previstas nesta diretriz.

Das Contratações de Serviços Técnicos Profissionais Especializados

Para fins do presente edital, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

a) Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos.
b) Pareceres, perícias e avaliações em geral.
c) Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas.
d) A auditorias administrativas, contábeis, financeiras, bem como de pareceres.
e) Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras e/ou serviços.
f) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas.
g) Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal.
h) Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas.
i) Tecnologia da Informação, inclusive quando envolver aquisição de softwares, hardwares, licenças, incluindo estes em regime de locação.

O Gestor da unidade de saúde deverá selecionar criteriosamente os prestadores de serviços técnicos profissionais especializados, que poderão ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Compras e Contratações por Adesão a Ata de Registro de Preço

A Organização Social poderá realizar compras e contratações por meio de adesão de Atas registradas e gerenciadas por entes públicos federais, estaduais, distritais ou municipais, desde que observadas as condições estabelecidas nos regramentos de cada Órgão.

Compras com Base em Portal de Compras

No caso de compra de medicamentos e materiais hospitalares, a Organização Social manterá contrato com Portal de Compras online, para fins de escolha dos fornecedores com

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

melhores preços, substituindo o procedimento de contratação previsto nos artigos anteriores, permanecendo a escolha pela melhor técnica e preço, melhor técnica ou menor preço cotado na Plataforma de Compra na data da compra.

O recebimento de propostas não está limitado ao portal de compras, podendo os fornecedores de medicamentos e materiais hospitalares fornecerem suas propostas por e-mail ou mediante protocolo no setor de compras da Organização Social.

Dos contratos

Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado, em especial a boa fé.

A vigência dos contratos será estabelecida no Instrumento Convocatório, não podendo ultrapassar a vigência do contrato de gestão principal firmado entre a Organização Social e os Entes contratantes.

Os contratos firmados com base nesta diretriz poderão ser alterados, com acréscimo ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratual atualizado, mediante prévio acordo entre as partes, devendo conter decisão fundamentada do Gestor da Unidade de saúde.

A venda ou fornecimento de bens e serviços para a Organização Social implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados por esta, bem como a observância desta diretriz e normas aplicáveis.

Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou fatura de prestação de serviços. A critério da Organização Social poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução, fiança bancária ou seguro garantia. À Organização Social caberá o dever de fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei, sem prejuízo das sanções cíveis e criminais.

Das disposições finais

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Para fins da presente diretriz considera-se Gestor da Policlínica, o profissional contratado para administrar a Unidade de Saúde gerida pela ABEAS, profissional este que utilizará este instrumento como base oficial da dependência.

Os casos omissos ou duvidosos na interpretação da presente diretriz serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Segue abaixo regimento do setor de compras:

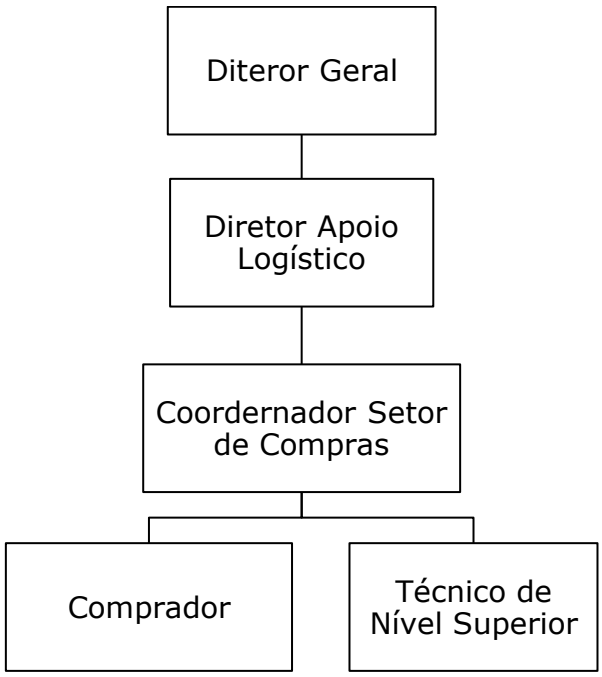
CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Setor de Compras tem por finalidade, centralizar as compras, minimizando os custos e otimizando a qualidade dos serviços, por meio de pesquisas mercadológicas aprovadas pela Diretoria Geral. Pesquisar novos produtos no mercado com o objetivo de otimizar o resultado operacional.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O Compras é representado por um coordenador e está subordinado à Diretoria de Apoio Logístico. Sua área compreende uma sala localizada no andar térreo da instituição.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º O Setor de Compras desenvolve os processos de cotação através do cadastro de fornecedores, além de pesquisar novos produtos e alternativas para os itens existentes, com preço e qualidade compatíveis à cultura organizacional da Unidade de Saúde. Assim, garante o abastecimento, no estoque, dos produtos necessários ao bom funcionamento da instituição.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art. 5º O setor de Compras é composto pelos seguintes profissionais:
I - Coordenador de Compras;
II - Comprador; e
III - Técnico de Nível Superior.

Art.6° Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

CARGO	CARGA HORÁRIA	DIARISTA	DIURNO 1	DIURNO 2	DIURNO 3	NOTURNO 1	NOTURNO 2	TOTAL
Coordenador de Compras	40h	1						1
Comprador	40h	1						1
Técnico de Nível Superior	40h	2						2
Total	-	4						4

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.7º São atribuições do Coordenador de Compras:

I - Planejar as necessidades corretivas e satisfazê-las nos momentos certos, na melhor qualidade e pelo menor custo;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II - Desenvolver novas fontes de suprimentos tendo em vista o aprimoramento e métodos de uma política de compras dinâmica e eficaz;

III - Manter boas relações comerciais com fornecedores apresentando a boa atuação dos mesmos no que diz respeito as condições de pagamento e prazo de entrega;

IV - Adquirir materiais, medicamentos e equipamentos necessários por um custo mínimo dentro dos padrões estabelecidos;

V - Emitir relatórios estatísticos de compras;

VI - Elaborar planejamento de metas;

VII - Elaborar estudo de rentabilidade de Materiais e Medicamentos;

VIII - Participar da demissão e contratação de colaboradores do departamento;

IX - Receber visitas de fornecedores;

X - Analisar planilha de cotação/ física e/ou via plataforma de compras;

XI - Participar de visitas às fábricas para validação de fornecedores;

XII - Participar e promover reuniões;

XIII - Ter uma visão estratégica da policlínica voltada para os resultados;

XIV - Estabelecer um fluxo contínuo de suprimentos capaz de atender aos programas, bem como, prestação de serviços;

XV - Adotar uma política de negociação sólida, capaz de enfrentar os problemas de variações econômicas;

XVI - Representar o departamento junto as Diretoria da policlínica;

XVII - Elaborar relatórios de rentabilidade e viabilidade dos produtos, de acordo com a realidade da policlínica;

XVIII - Manter o regimento dentro dos padrões pré-estabelecidos, revisá-lo anualmente e atualizá-lo sempre que necessário. Deixar o regimento disponível em local de fácil acesso a todos os colaboradores e utilizá-lo na segunda fase do treinamento do colaborador recém-admitido;

XIX - Manter atualizados os procedimentos administrativo-técnicos e padronizações;

XX - Estimular a consulta por intranet/documento impresso (programa de qualidade) e fazer cumprir as determinações;

XXI - Registrar as informações relativas ao desenvolvimento de seu colaborador e sua trajetória institucional na Ficha Funcional, mantendo-a sempre atualizada;

XXII - Elaborar os relatórios de atividades mensalmente, com a participação dos colaboradores, mantendo uma cópia no departamento/setor em arquivo. Além de discutir e avaliar com o Diretor da área que, posteriormente, fará uma compilação mensal para envio à Diretoria de Apoio;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XXIII - Encaminhar os colaboradores e reforçar a importância da realização dos exames periódicos e a participação nos programas de imunização;

XXIV - Conhecer, cumprir e manter arquivo das leis e regulamentações do seu departamento/setor;

XXV - Prevenir acidentes de trabalho e cobrar a notificação por parte do colaborador;

XXVI - Capacitar os colaboradores a utilizarem e dominarem o sistema informatizado;

XXVII - Ser agente de desenvolvimento, estimulando seus colaboradores no processo de desenvolvimento profissional/pessoal por meio do programa de bolsa de estudos, atividades internas e desenvolvimento da sociabilidade;

XXVIII - Estimular e orientar o seu time de trabalho sobre a importância em associar-se a Órgãos Associativos, Centro de Estudos, Clube de Campo e outros;

XXIX - Incentivar o colaborador a se cadastrar no banco de talentos, contribuindo para o recrutamento interno e para a valorização dos profissionais da Instituição;

XXX - Incentivar e favorecer a participação do seu colaborador em atividades culturais e científicas da policlínica, apoiando a elaboração de trabalhos científicos;

XXXI - Realizar as reuniões com o time de trabalho mensalmente. Os assuntos devem ser registrados em ata e a pauta/ata encaminhada para a Diretoria de Apoio, destacando as atividades em desenvolvimento;

XXXII - Envolver o colaborador na elaboração e cumprimento das metas setoriais, como também, no Levantamento de Necessidade de Treinamento - LNT e Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI, com monitoração dos resultados e correção de rumos, se necessário;

XXXIII - Analisar os custos do setor/departamento mensalmente e propor medidas de manutenção e contenção dos mesmos, garantindo a qualidade dos serviços;

XXXIV - Tabular, analisar e monitorar os dados estatísticos de produção e os indicadores do departamento/setor e incluí-los no relatório mensal de atividades com as respectivas considerações;

XXXV - Controlar com eficiência o banco de horas, evitando excessos e cumprindo a legislação vigente;

XXXVI - Designar na sua ausência um colaborador que possa resolver os problemas do departamento/setor;

XXXVII - Solicitar manutenção corretiva dos equipamentos, quando necessário, bem como controlar sua manutenção preventiva.

XXXVIII - Analisar e tomar decisões em relação aos resultados do questionário de avaliação dos serviços prestados, preenchido pelo cliente, com o profissional envolvido;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XL - Supervisionar e orientar os colaboradores quanto a utilização dos equipamentos de proteção individual - EPI's necessários para a prática de suas atividades.

Art.8º São atribuições comuns ao Comprador e Técnico de Nível Superior:

I - Receber e analisar solicitação de compras de material não padronizado referente à enfermagem, por sistema informatizado ou por requisição de serviços, identificando fornecedor, marca, modelo e referência;

II - Elaborar relatório de compras de equipamentos e produtos;

III - Pesquisar opções de produtos no mercado;

IV - Realizar contato com os fornecedores de acordo com as necessidades da policlínica;

V - Solicitar materiais para testes e documentações cadastrais de empresas fornecedoras;

VI - Receber, encaminhar e acompanhar materiais em testes na policlínica;

VII - Emitir laudo de Avaliação Técnica de Produtos testados e efetuar resposta aos fornecedores;

VIII - Elaborar estudo de viabilidade de aquisição de materiais e equipamentos;

IX - Participar de reuniões do departamento quanto solicitado;

X - Participar de visitas às fabricas para validação de fornecedores de materiais e equipamentos hospitalares;

XI - Atualizar listagem de materiais e equipamentos adquiridos na policlínica;

XII - Receber as solicitações de compras;

XIII - Efetuar processo de importação e exportação das solicitações de compras das instituições, no sistema informatizado;

XIV - Efetuar processo de cotação por e-mail, fax e telefone;

XV - Elaborar planilha para análise de cotação de preços (sistema informatizado ou Excel);

XVI - Negociar com os fornecedores;

XVII - Elaborar a emissão das ordens de compras;

XVIII - Efetuar o processo de exportação das ordens de compras para a policlínica;

XIX - Executar as ordens de compras aprovadas;

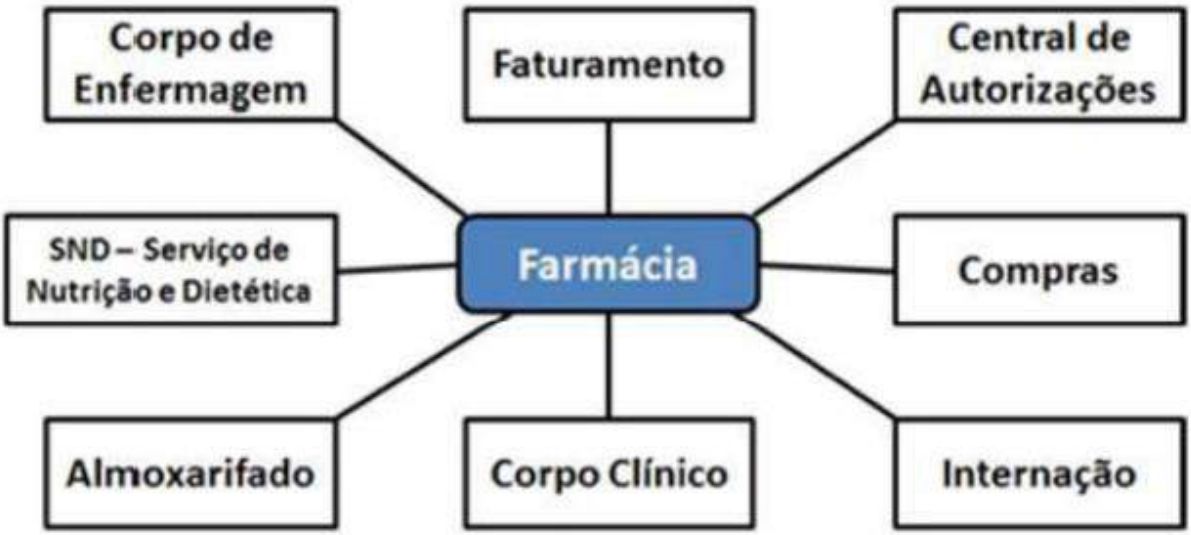
XX - Encaminhar os pedidos de compras para aprovação para Diretoria de Apoio;

XXI - Manter cadastro de fornecedores atualizados;

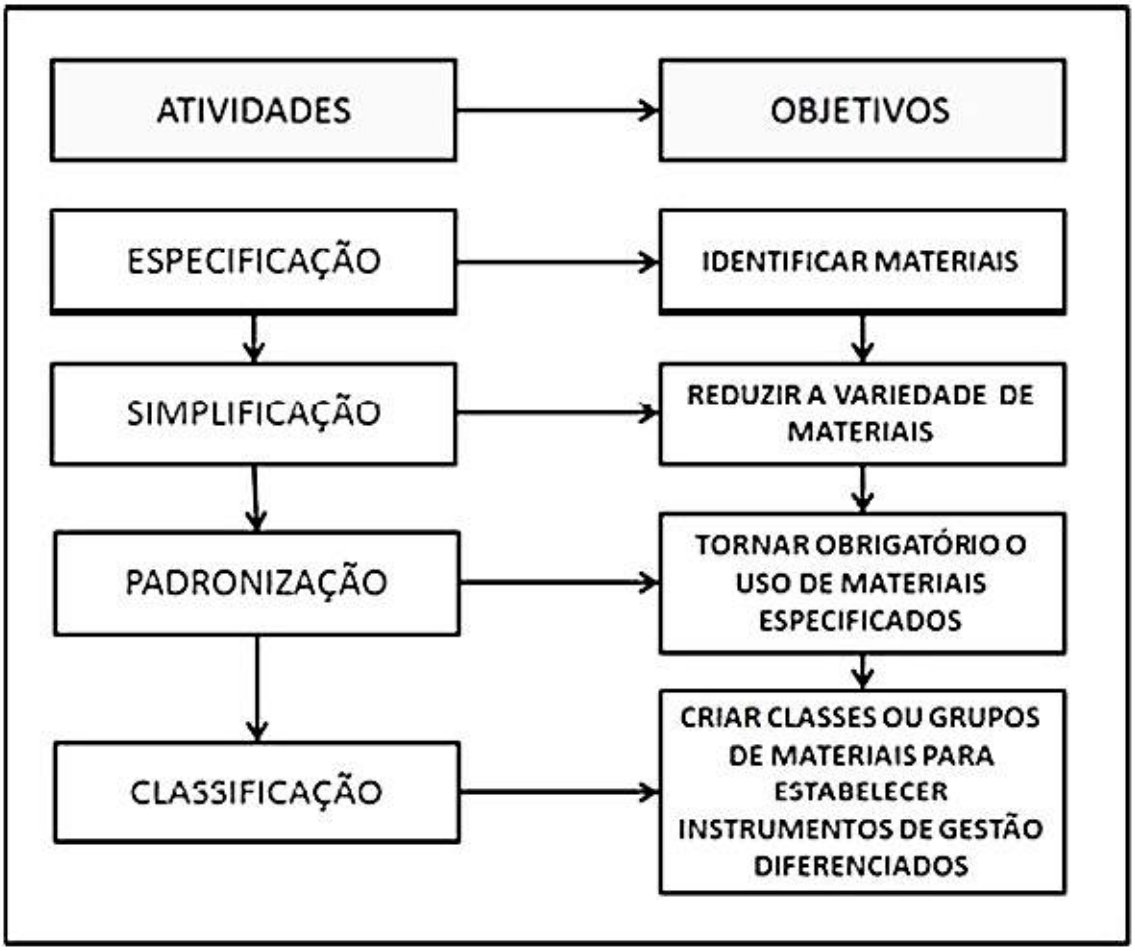
XXII - Auxiliar na busca de novos produtos e fornecedores.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo Logístico

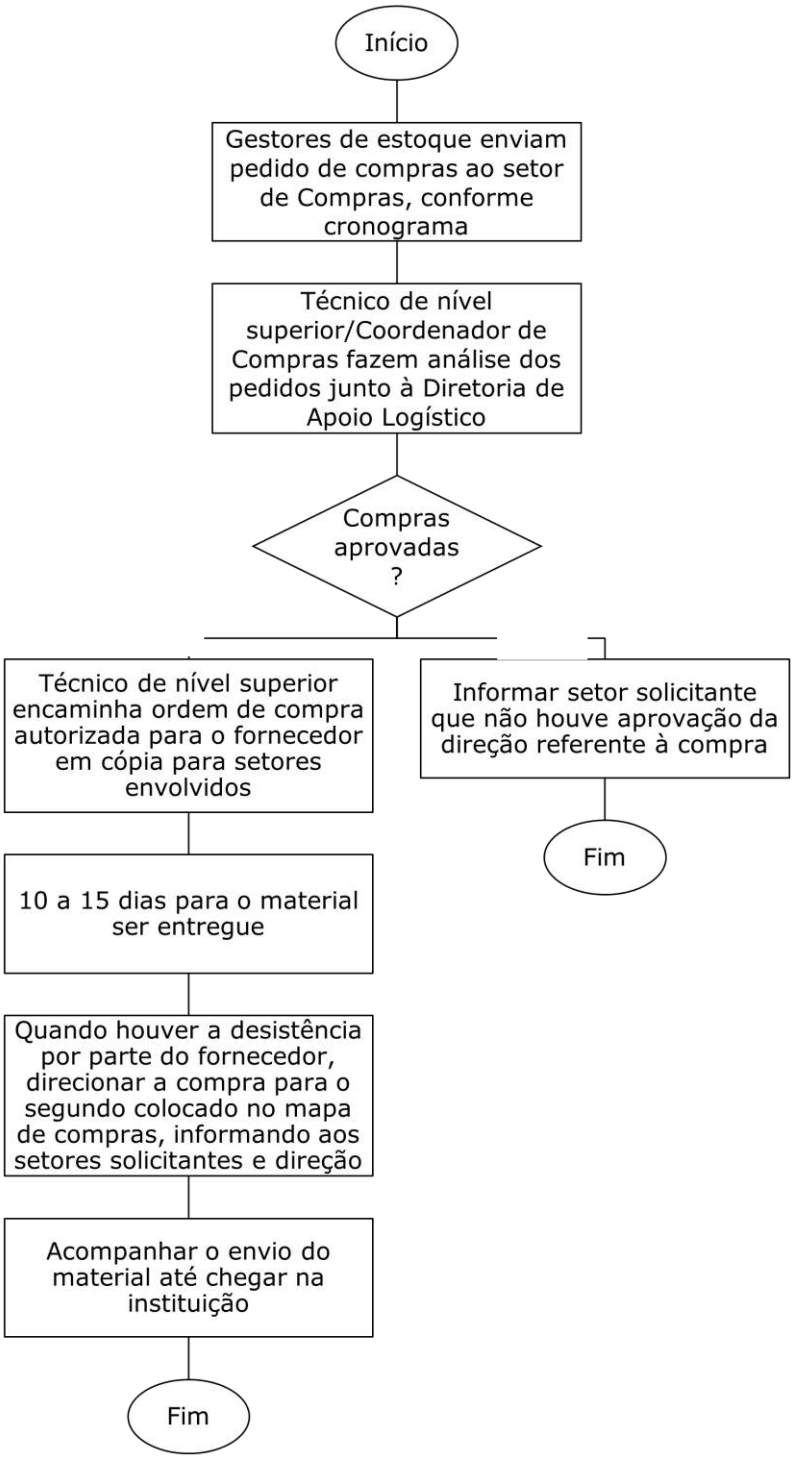


Seleção de materiais: atividades básicas



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo da solicitação de compras



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Segue abaixo Regimento do Almoxarifado:

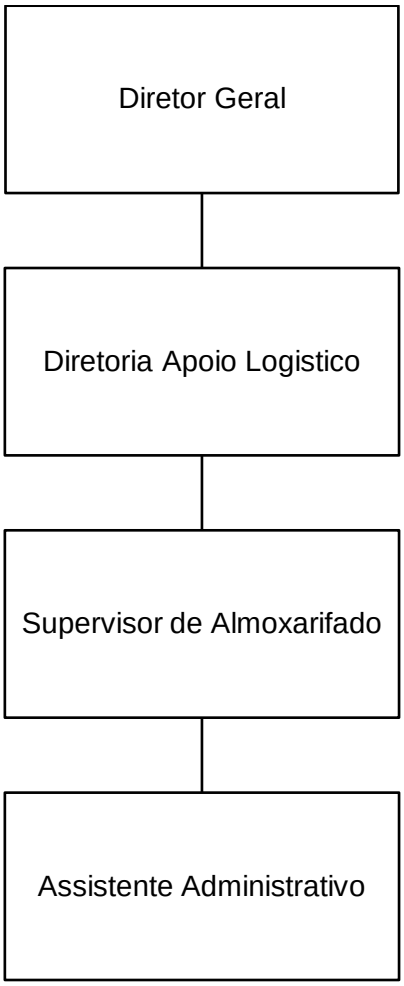
CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Setor de Almoxarifado tem como finalidade, o recebimento, armazenamento e distribuição de materiais de consumo e soluções de limpeza.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O Almoxarifado é representado por um supervisor e subordinado a Diretoria Apoio Logístico. Sua área compreende uma sala localizada no térreo da policlínica.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º O almoxarifado é um local destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional da policlínica.

SEÇÃO I - FUNÇÕES

Art.5º As funções inerentes ao setor seguem uma dinâmica de processos:

I - Recebimento e conferência dos materiais adquiridos ou cedidos de acordo com a ordem de compra, nota fiscal e nota de entrega;

II - Após receber e conferir e feito o registro dos produtos no sistema informatizado através da NOTA FISCAL para que seja gerado saldo no estoque;

III - A dispensação dos materiais será realizada conforme solicitação dos setores pelo sistema informatizado visando um atendimento ágil, rápido e eficiente;

IV - Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como, solicitar sua aquisição e evitar que não ocorra sua falta.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.6º O setor de Almoxarifado é composto pelos seguintes profissionais:

I - Supervisor de Almoxarifado;

II - Assistente Administrativo.

Art.7º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Supervisor	40h	1							1
Assistente Administrativo	44h	1							1
Total	-	2							2

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.8º São atribuições do Supervisor de Almoxarifado:

I - Supervisionar as rotinas de recebimento; e

II - Conferir as notas fiscais com os pedidos, estocagem, cadastramento e liberação de materiais.

Art.9º São atribuições do Assistente Administrativo:

I - Controlar entrada e saída de materiais entregues ou retirados do estoque; e

II - Organizar a estocagem de materiais, preservando sua integridade física e condições de uso.

Segue abaixo **proposta de implantação de Logística de Suprimentos**.

IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS												
Item	Ação	Meses de contrato										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Mapeamento e planejamento dos processos.	x	x										
2	Escolha de metodologias adequadas para o controle do estoque.	x	x	x									
3	Treinamento dos colaboradores.			x			x			x			x
4	Seleção de bons fornecedores		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Acompanhamento de indicadores para avaliar o desempenho		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

1.1.2.2. Proposta para regimento interno da unidade

Segue abaixo proposta para Regimento Interno da Unidade.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CAPÍTULO I - DA APRESENTAÇÃO

Art. 1º - A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse é uma Instituição de Saúde que integra a rede de assistência da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO). É uma Entidade Civil, de direito privado, sem fins lucrativos.

Art. 2º - A Policlínica é uma unidade regionalizada, localizada no Município de Posse-GO. Sua localização busca facilitar o acesso das populações de 72 municípios do interior do Estado de Goiás aos serviços da Rede de Atenção à Saúde com maior qualidade, resolubilidade e de acordo com os princípios da universalização, integralidade e equidade do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art.3º - Ela é caracterizada como uma Unidade de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) com a finalidade de atender as demandas da Atenção Secundária, de forma exclusivamente referenciada e regulada, funcionando como suporte e retaguarda para os demais níveis de atenção, sobretudo a Atenção Primária, realizando procedimentos ambulatoriais e diagnósticos de média e alta complexidade.

Art. 4º - A unidade oferta consultas médicas, atendimento especializado interdisciplinar com equipes multidisciplinares e diferentes abordagens, de forma integrada, com a atenção centrada no usuário e com estímulo ao autocuidado e à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 5º - A policlínica tem os seguintes objetivos:

I - Desenvolver um modelo assistencial centrado no cuidado integral ao paciente, de forma interdisciplinar;

II - Manter os serviços ambulatoriais de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico que possibilitem a assistência naquilo que a sua habilitação permitir, conforme contrato de gestão, sem distinção de nacionalidade, raça, credo, opinião política ou qualquer outra condição;

III - Manter serviços completos de apoio ao diagnóstico e tratamento que possibilitem segurança e qualidade, tanto na elucidação diagnóstica, como no tratamento das diferentes patologias;

IV - Preocupar-se constantemente com a qualidade do serviço prestado, tanto no que concerne aos recursos humanos quanto a estrutura, processos e insumos;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - Oferecer aos pacientes e colaboradores o melhor ambiente possível de acolhimento e trabalho;

VI - Estabelecer programas com foco na biossegurança dos colaboradores durante o período de trabalho;

VII - Colaborar com as autoridades sanitárias na prestação de serviços no âmbito da educação para a saúde;

VIII - Manter um quadro funcional de profissionais adequados ao desenvolvimento das atividades;

IX - Prover uma assistência científica, segura, ética, humana, resolutiva e com qualidade;

X - Estabelecer um Programa de Educação Permanente, que favoreça o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores;

XI - Favorecer a abertura de campo de estágio permitindo o desenvolvimento da prática profissional de estudantes nas mais diversas áreas da saúde;

XII - Estabelecer um programa de educação para a saúde na comunidade, por meio de palestras e orientações, com foco na prevenção e promoção da saúde; e

XIII - Estimular o desenvolvimento da pesquisa nas áreas administrativas, médicas e assistenciais.

CAPÍTULO III - DOS RECURSOS

Art. 6º - A policlínica manter-se-á por meio dos seguintes recursos:

I - Contrato firmado para a prestação de serviços aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS;

II - Subvenções, doações ou auxílio que receber; e

III - Outros meios que forem colocados à disposição pela Entidade Mantenedora.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL

Art. 7º - A policlínica terá um quadro funcional estabelecido conforme contrato, e somente poderá ser alterado com autorização da Superintendência e Diretoria de Operações e Desenvolvimento da ABEAS.

Art. 8º - Todo colaborador, após contratação, deverá participar do Programa de Integração do Colaborador e receber o Manual do Colaborador, que especifica seus direitos e deveres.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

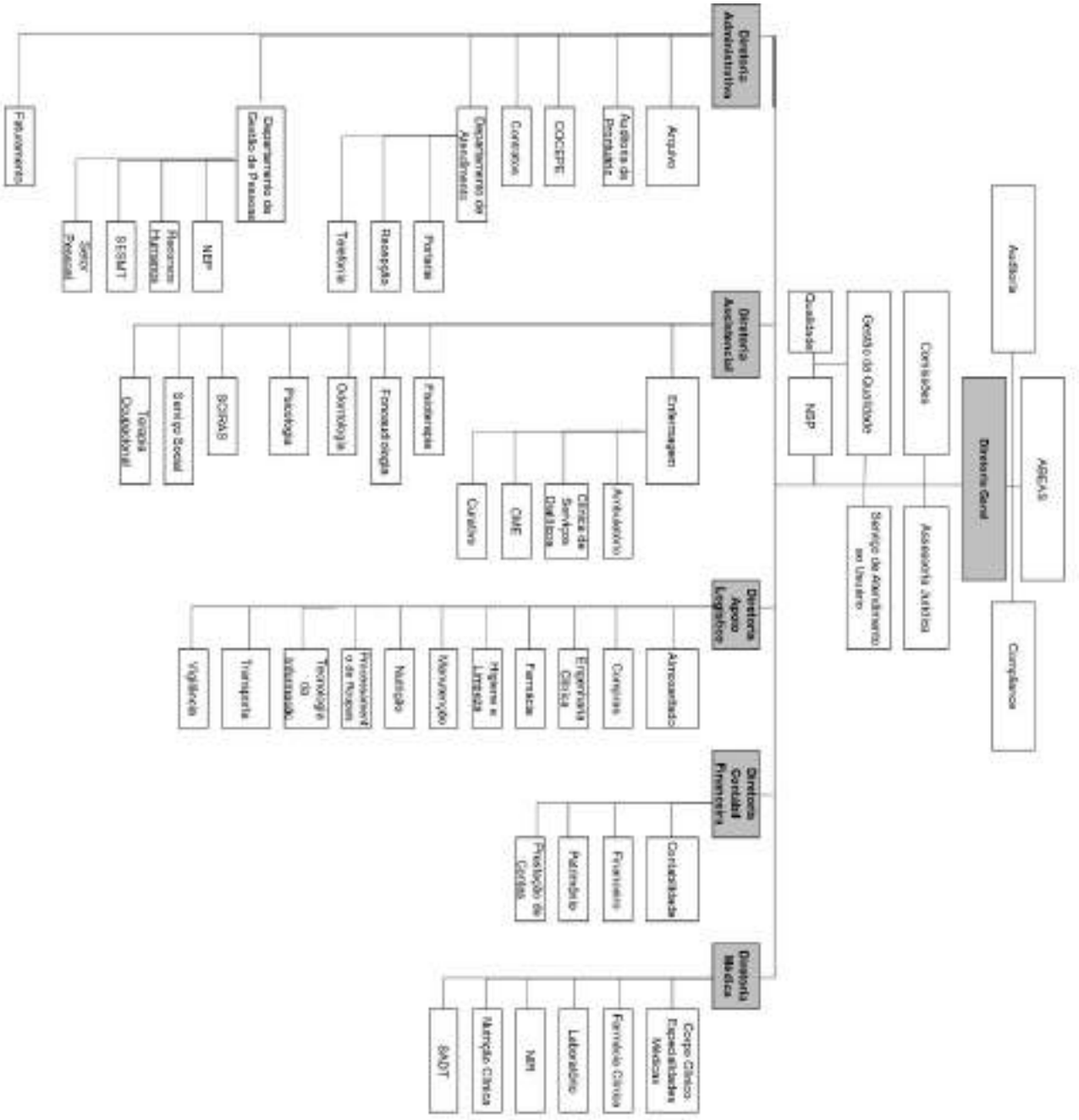
Art. 9º - O Horário de trabalho para cada cargo é estabelecido no contrato de trabalho, conforme legislação aplicável.

Art. 10 - A policlínica irá zelar para que os profissionais respeitem o seu Código de Ética.

CAPÍTULO V - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 11 - A estrutura organizacional da policlínica está representada por órgãos de linha direta e assessorias, e é dividida em Diretorias, Departamentos e Setores, podendo ser uma estrutura própria ou terceirizada. A linha de governança institucional é representada por meio do organograma que segue:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Parágrafo Único: O Organograma da policlínica somente poderá ser alterado com a aprovação da Diretoria de Operações e Desenvolvimento e Superintendência da ABEAS.

CAPÍTULO VI - DAS FINALIDADES DE SEUS SERVIÇOS

Art.12 - A Diretoria Geral, que tem o seu Diretor Geral, contratado pelo Diretor de Operações e Desenvolvimento e Superintendente da ABEAS, tem como finalidade, administrar a policlínica, juntamente com a equipe de executivos por ela definida, com a aprovação final, da Diretoria de Operações e Desenvolvimento e Superintendência da ABEAS. A Diretoria Geral terá responsabilidade direta dos seguintes setores e departamentos:

I - O Setor de Ouvidoria tem por finalidade, pesquisar e medir o grau de satisfação dos pacientes, referente aos serviços prestados e apresentar os índices de satisfação apurados a todos os Setores da Policlínica. Receber ou apurar denúncias relativas a quaisquer ações ou omissões dos colaboradores da Policlínica.

II - A Gestão da Qualidade tem por finalidade, elaborar diretrizes para institucionalização e manutenção da prática de gestão estratégica pela qualidade, em consonância com as comissões, departamentos e setores. Acompanhar, avaliar, coordenar o programa de normalização que rege a estrutura organizacional, manuais técnicos, protocolos de prevenção e tratamento, impressos e formulários aprovados pelas respectivas Diretorias.

III - O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) tem por finalidade assessorar a Direção Geral estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança do paciente, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da Policlínica.

IV - As Comissões, asseguradas pelo Diretor Geral, tem como finalidade garantir o cumprimento da legislação pertinente, bem como, favorecer a pesquisa e a melhoria dos processos, proporcionando facilidades na resolução de eventuais problemas. A policlínica implantará e irá manter a estrutura adequada para as comissões obrigatórias:

a) A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente, o trabalho com a preservação e a promoção da saúde do trabalhador. Sua criação atende a Norma Regulamentadora nº 05 (NR-05), aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978 e nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022.

b) A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde é de natureza técnico-científica permanente, estruturada e organizada conforme os termos da Port. nº. 2.616/MS, de 12 de maio de 1998. Tem por finalidade o desenvolvimento e execução do

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (PNPCIRAS), com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direta, ou indiretamente, estejam relacionados com o de controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS).

c) A Comissão de Ética de Enfermagem visa divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, estimular a conduta ética dos profissionais de enfermagem por meio da análise das intercorrências notificadas, denúncia formal e/ou auditoria, zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da policlínica e colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na prevenção do exercício ilegal de atividade e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem. Tem por finalidade:

I - Divulgar o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

II - Promover e/ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem;

III - Assessorar a Diretoria Assistencial e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;

IV - Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;

V - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;

VI - Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na Policlínica;

VII - Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao Coren;

VIII - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren, sempre que necessário;

IX - Notificar à Diretoria Assistencial o cronograma de suas atividades semestralmente; e

X - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao Coren, sempre que solicitado.

d) A Comissão de Ética Médica constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito da policlínica. Tem por finalidade:

I - Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II - Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV - Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da policlínica quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

V - Orientar o paciente da policlínica sobre questões referentes à Ética Médica;

VI - Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e

VII - Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da policlínica.

e) A Comissão de Biossegurança é um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde, conforme a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), tendo por finalidade:

I - Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II - Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na policlínica;

III - Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

IV - Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos à biossegurança que lhes forem enviados;

V - Sugerir normas para melhorias na biossegurança;

VI - Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

VII - Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;

VIII - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança;

IX - Zelar pelo sigilo ético das informações;

X - Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;

XI - Assessorar a Diretoria Médica em assuntos de sua competência;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XII - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XIII - Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos

relevantes à Policlínica.

f) A Comissão de Humanização (CHU) da policlínica é uma organização coletiva, participativa e democrática, que visa organizar ações e propor estratégias de intervenção, agindo na melhoria dos processos de trabalho e qualidade da produção de saúde. Sua composição deve ser pautada em motivação e protagonismo, com pessoas que tenham esses perfis bem desenvolvidos, focando no estabelecimento de relações e execução de processos constituintes do contexto de saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, instituída pela portaria GM/MS nº 881/2001, em benefício dos pacientes e dos profissionais de saúde. A CHU terá as seguintes finalidades:

I - Propor, planejar, implementar e acompanhar o desenvolvimento da cultura institucional da humanização em saúde;

II - Desenvolver ações de humanização em saúde na Policlínica;

III - Divulgar, apoiar e promover permanentemente a PNH na unidade;

IV - Difundir a Política de Humanização na unidade e nos meios de comunicação, quando necessário;

V - Promover a Educação Permanente dos trabalhadores, sempre que necessário e possível;

VI - Fomentar o desenvolvimento de ações de Qualidade de Vida no Trabalho;

VII - Monitorar as ações humanizadas, através das Linhas de Cuidado em Saúde, fazendo uso de ferramentas adequadas;

VIII - Promover ações que assegurem os direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde;

IX - Avaliar, de forma contínua e sistematizada, as ações da CHU em reuniões de trabalho;

X - Motivar, através de ferramentas adequadas todos os atores envolvidos no processo, através de palestras e oficinas;

XI - Garantir que as ações de humanização estejam articuladas com os vários níveis de gestão e os vários segmentos que compõem o Sistema Único de Saúde; e

XII - Acompanhar projetos que estão em desenvolvimento, e os que ainda serão desenvolvidos na policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

g) A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) visa formular e implementar políticas institucionais para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde. Assim, tem por finalidade:

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos na Policlínica;

II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a junto ao boletim de serviços institucional;

III - A padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI);

IV - Serão padronizados, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, de acordo com os medicamentos contidos no rol da tabela SIGITAP SUS;

V - A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos normatizados na Policlínica ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;

VI - Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;

VII - Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;

VIII - Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;

IX - Participar da elaboração de protocolos terapêuticos criados por diferentes serviços clínicos;

X - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados; e

XI - De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração da Policlínica em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da comissão.

h) A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atua na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5). Desse modo, tem por finalidade:

I - Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II - Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na policlínica;

III - Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

IV - Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos à biossegurança que lhes forem enviados;

V - Sugerir normas para melhorias na biossegurança;

VI - Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

VII - Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;

VIII - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança;

IX - Zelar pelo sigilo ético das informações;

X - Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;

XI - Assessorar a Diretoria Médica em assuntos de sua competência;

XII - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

XIII - Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos

relevantes à Policlínica.

i) A Comissão de Padronização de Insumos (CPI) visa normatizar e implementar na policlínica o processo de padronização dos insumos para saúde, por meio da relação dos insumos, com os seus respectivos descritivos (marcas/fabricações), aprovados e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados. Assim, tem por finalidade:

I - Elaborar a padronização dos insumos. Nesse sentido, o método descritivo deverá ser utilizado para a identificação com clareza das características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II - Promover estudos pertinentes à padronização de Insumos, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III - Estabelecer normas e rotinas para análise de insumos visando assegurar a qualidade dos materiais a serem adquiridos pela policlínica.

A Comissão de Proteção Radiológica foi estruturada e organizada conforme determinação da Portaria SVS/MS nº 453, de 01 de junho de 1998, com intuito de revisar, de forma sistemática, a correta aplicação das legislações vigentes e uso consciente da radiação ionizante. Assim, tem por finalidade:

I - Atender as determinações da Portaria SVS/MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Norma Regulamentadora 32 e 36 de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde;

II - Revisar sistematicamente o Programa de Proteção Radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

III - Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na policlínica; e

IV - Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado à Diretoria Geral.

k) A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deve conduzir os processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, a qual define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários. Desse modo, tem por finalidade:

I - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;

f) Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe e à direção técnica da unidade;

g) Detectar e avaliar as falhas de preenchimento; e

h) A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis;

II - Havendo necessidade, a Comissão deve programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.

l) O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes e profissionais, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis da policlínica nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos. Assim, tem por finalidade:

I - Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados;

II - Promover a implementação da gestão por processos;

III - Liderar processos de gestão de mudanças;

IV - Coordenar a gestão de documentos;

V - Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos pactuados em contratos internos de gestão, coordenando a definição e implementação de ações preventivas e corretivas;

VI - Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da policlínica;

VII - Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

VIII - Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos

serviços de saúde;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

IX - Auxiliar na elaboração, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, sendo a divulgação delegáveis a outros serviços na policlínica;

X - Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos da Policlínica.

m) A Comissão de Ética Multiprofissional visa divulgar o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, estimular a conduta ética dos profissionais por meio da análise das intercorrências notificadas, denúncia formal e/ou auditoria, zelar pelo exercício ético dos profissionais e colaborar com os Conselhos Regionais na prevenção do exercício ilegal de atividade e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais da equipe multiprofissional. Tem por finalidade:

I - Fazer cumprir a Resolução Coffito nº 424, de 08 de Julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia;

II - Fazer cumprir a Resolução Coffito nº425, de 08 de Julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional;

III - Fazer cumprir o Decreto Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969, que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências;

IV - Fazer cumprir a Resolução CFFa nº 305/2004, que estabelece o Código de Ética da Fonoaudiologia; Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981 e Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982, que regulamentam a profissão da fonoaudiologia;

V - Fazer cumprir a Resolução CFP Nº 010/05, que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo; Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

VI - Fazer cumprir a Resolução CFN nº 334 de 10 de maio de 2004, que dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências; Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.

VII - Fazer cumprir a Resolução CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares; Decreto nº 20.377, de 08 de setembro de 1931, que aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil; Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

VIII - Fazer cumprir a Resolução CFESS nº273/1993, que aprova o Código de Ética do Assistente Social e as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/1994,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

293/1994, 333/1996 e 594/2011; Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

IX - Divulgar o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

X - Promover e/ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional;

XI - Assessorar as Diretorias e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;

XI - Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;

XIII - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;

XIV - Zelar pelo exercício ético dos profissionais da equipe multiprofissional na policlínica;

XV - Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao Conselho Regional da respectiva categoria;

XVI - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Conselho Regional da respectiva categoria, sempre que necessário;

XVII - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao Conselho Regional da respectiva categoria, sempre que solicitado.

n) A Comissão de Acidentes com Material Biológico tem como finalidade realizar o acompanhamento dos acidentes com material biológico, definir estratégias para reduzir ou eliminar os riscos relacionados à ocorrência de acidentes com material biológico. Tem como Finalidade:

I – Fazer cumprir a Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências;

II - Fazer cumprir a Portaria n.º 787, de 27 de novembro de 2018, que dispõe sobre as regras de aplicação, interpretação e estruturação das Normas Regulamentadoras;

III - Fazer cumprir a Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, que dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências.

IV - Fazer cumprir a Lei nº 11.105, de 2005, que regulamenta os incisos II, IV e V do § 1o do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados e seus derivados, cria o

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio e dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB;

V - Fazer cumprir a Portaria n.° 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde);

VI - Fazer cumprir a Portaria nº MTP nº 2.318, de 3 de agosto de 2022, que aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 04 - Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho;

VII - Fazer cumprir a Portaria nº 2.175, de 28 de julho de 2022, que aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 06 - Equipamentos de Proteção Individual – EPI;

VIII - Tem como finalidade realizar o acompanhamento dos acidentes com material biológico, definir estratégias para reduzir ou eliminar os riscos relacionados à ocorrência de acidentes com material biológico.

o) O Comitê de Compliance da policlínica tem a finalidade de implementar um conjunto de ações de controle para fortalecer a governança, observando as normas da administração pública e os princípios constitucionais, no sentido de contribuir para o cumprimento de metas, e alcance dos objetivos estratégicos e políticas de gestão de riscos e conformidade. Tem como finalidade:

I - Servir de referência em matéria de controles internos e gestão de riscos, disseminando sua cultura no ambiente organizacional;

II - Auxiliar o processo de gestão quanto à prevenção de erros, desperdícios, fraudes e demais danos ao erário;

III - Dar suporte à missão, à continuidade e à sustentabilidade institucional, alinhado aos objetivos estratégicos e às metas estabelecidas;

IV - Monitorar o cumprimento das recomendações dos Órgãos de Controles Externos e Internos;

V - Assegurar a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis, incluindo normas, políticas, programas, planos e procedimentos de governo e da própria policlínica;

VI - Avaliar as rotinas de compliance da policlínica e propor melhorias;

VII - Definir metas para implementação da metodologia de conformidade, controles internos e gestão de riscos.

VIII - Apoiar as unidades organizacionais na elaboração de planos de contingência para os principais processos de trabalho da policlínica;

IX - Monitorar os riscos e as medidas corretivas e preventivas adotadas;

X - Monitorar a efetividade das medidas de compliance implementadas.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

p) O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado da policlínica, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente e interdisciplinar, tem por objetivo analisar e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, inclusive os multicêntricos, visando a observância das normas éticas na defesa dos direitos dos envolvidos na pesquisa: participante, pesquisadores e instituições, individual ou coletivamente considerado.

q) O CEP observará todas as normas legais atinentes às pesquisas que envolvem seres humanos, em particular a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) bem como a Norma Operacional nº 001/2013, os instrumentos legais e/ou normativos posteriores.

Parágrafo 1°: Cabe ao Diretor Geral a aprovação da criação e nomeação de outras Comissões, que eventualmente serão constituídas para elaboração de eventos, projetos internos, pesquisas ou cumprimento dos contratos firmados com as contratantes.

Parágrafo 2°: Cada Comissão constituída deverá elaborar o Regimento Interno, estabelecendo o âmbito de atuação e as atribuições de seus membros.

Art.13 - A Diretoria Administrativa, que tem o seu Diretor Administrativo contratado pelo Diretor Geral, tem como finalidade, dirigir as atividades do Departamento de Atendimento (Recepção, Telefonia e Portaria), Departamento pessoal (Setor Pessoal, Medicina do Trabalho e Segurança do Trabalho, Recursos Humanos e Núcleo de Educação Permanente), e dos Setores de Faturamento, Auditoria, Contratos, Arquivo, COCEPE, bem como, substituir a Diretoria Geral quando designado.

I - O Departamento de Atendimento tem a finalidade de coordenar as atividades de recepção, telefonia e portaria para garantir um atendimento eficiente, seguro e compassivo a pacientes, prestadores de serviço e funcionários. Eles desempenham um papel fundamental na criação de uma primeira impressão positiva e no estabelecimento de um ambiente acolhedor dentro da policlínica.

a) A Recepção tem como finalidade, receber os pacientes, acolher, orientar, direcionar, verificar autorizações, além de atender, informar e direcionar ligações telefônicas.

b) O setor de Portaria tem como finalidade orientar os pacientes sobre as normas, rotinas da policlínica e controlar o fluxo de entrada e saída de pacientes, acompanhantes, prestadores de serviço e colaboradores.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

c) A telefonia tem como finalidades principais facilitar a comunicação interna entre as equipes, permitir a comunicação externa com a policlínica e fornecer suporte técnico para garantir um fluxo eficiente de comunicação.

II - O Departamento Gestão de Pessoas tem como finalidade, realizar todas as atividades referentes ao relacionamento policlínica-empregado, visando o estrito cumprimento da legislação trabalhista do país, de forma a preservar direitos e fazer cumprir obrigações. O Departamento Gestão de Pessoas é responsável em coordenar as atividades dos setores de medicina e segurança do trabalho, setor pessoal, recursos humanos e Núcleo de Educação Permanente (NEP).

a) Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) tem como finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador. A sua atuação é baseada na operacionalização de ações de prevenção, educação e controle das doenças ocupacionais, desde a admissão até o desligamento dos colaboradores da policlínica, mantendo atualizado o Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme a legislação vigente. A Segurança do Trabalho operacionaliza as ações de redução dos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho, conforme o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), proporcionando um ambiente laboral salubre, a fim de preservar a integridade física dos trabalhadores.

b) O Setor Pessoal tem como finalidade a administração dos colaboradores na empresa. A rotina do setor consiste desde a admissão até o desligamento dos colaboradores, permeando rotinas como férias, folha de pagamento, benefícios, entre outras conforme manual do setor.

c) O Setor Recursos Humanos, tem como finalidade, promover, implantar e controlar as atividades de desenvolvimento pessoal e profissional que seguem as diretrizes da política de Gestão de Pessoas, aprovada pela Diretoria Geral.

d) O Núcleo de Educação Permanente (NEP) tem como finalidade desenvolver as atividades de integração do novo colaborador, treinamento e organizar as reuniões científicas.

III - O Faturamento tem como finalidade, apurar os gastos provenientes de determinados pacientes pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Sua principal função é a organização e execução destas faturas para posterior recebimento delas.

IV - O setor de Auditoria tem como finalidade a checagem dos registros no prontuário, auditoria de contas (glosas, divergências de tabelas, cobranças indevidas e glosa recuperada), e a contribuição a todas as áreas da policlínica, fornecendo informações quanto aos possíveis problemas detectados no prontuário do paciente.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - O Setor de Contratos, tem como finalidade básica possibilitar o acompanhamento dos contratos em todas as etapas, desde a criação, execução das ações estipuladas e o encerramento, a fim de permitir melhor controle de resultados por parte da Diretoria Geral. Também é responsável por analisar, emitir parecer, validar e controlar os contratos em geral celebrados pela ABEAS.

VI - O Conselho Coordenador de Ensino da Pesquisa e da Extensão - COCEPE, tem por finalidade criar e organizar os diversos processos de ordem acadêmica no que diz respeito ao ensino, a pesquisa e extensão e implantar a Residência Médica, obedecendo fluxos institucionais de decisões e demandas, bem como pesquisas, eventos científicos, visitas técnicas e buscar o aperfeiçoamento dos acadêmicos e residentes.

VII - O Setor de Arquivo tem como finalidade, receber, ordenar, digitalizar e armazenar os prontuários dos pacientes. Além de coletar, mensalmente, os dados de produção de todos os departamentos e setores da policlínica, para a elaboração de relatórios estatísticos.

Art.14. A Diretoria Assistencial, que tem o seu Diretor contratado pelo Diretor Geral, tem como finalidade, dirigir as atividades das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição Clínica, Terapia Ocupacional, Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Serviço Social e Enfermagem.

I - O Setor de Fisioterapia tem como finalidade, realizar atendimentos ambulatoriais, planejar, coordenar, prestar, acompanhar e avaliar o serviço de reabilitação fisioterapêutica aos pacientes atendidos na policlínica, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e objetivos da policlínica.

II - O Setor de Fonoaudiologia tem como finalidade, realizar atendimentos ambulatoriais, planejar, coordenar, prestar, acompanhar e avaliar a assistência fonoaudiológica dos pacientes atendidos na policlínica, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e objetivos da policlínica.

III - O Setor de Psicologia tem como finalidade, realizar atendimentos ambulatoriais, planejar, coordenar, prestar, acompanhar e avaliar a assistência psicológica dos pacientes atendidos na policlínica, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e objetivos da policlínica.

IV - O Setor de Nutrição Clínica tem como finalidade, realizar atendimentos ambulatoriais, planejar, coordenar, prestar, acompanhar e avaliar a assistência nutricional dos pacientes atendidos na policlínica, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e objetivos da policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - O Setor de Terapia Ocupacional tem como finalidade, realizar atendimentos ambulatoriais, planejar, coordenar, prestar, acompanhar e avaliar o nível de independência funcional dos pacientes atendidos na policlínica, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e objetivos da policlínica.

VI - O Serviço de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (SCIRAS) tem como finalidade, executar as ações do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (PNPCIRAS), que compreende o conjunto das ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com visitas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS).

VII - O Serviço Social tem como finalidade, realizar atendimentos ambulatoriais, planejar, coordenar, prestar, acompanhar e avaliar o acolhimento, diagnóstico e intervenção social dos pacientes atendidos na policlínica, considerando suas necessidades, respeitando os valores, princípios e objetivos institucionais.

VIII - A Enfermagem tem como finalidade realizar atendimentos ambulatoriais, fornecer cuidados de saúde de alta qualidade aos pacientes, promovendo a prevenção, a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde. Como parte da equipe multidisciplinar, os profissionais de enfermagem são responsáveis por realizar avaliações, planejar e executar cuidados diretos aos pacientes, administrar medicamentos, monitorar sinais vitais, realizar curativos, orientar os pacientes e suas famílias sobre cuidados e procedimentos, além de garantir a segurança e o conforto dos pacientes durante sua estadia na policlínica. Possui um coordenador de enfermagem que coordena os seguintes setores:

a) O Setor Ambulatório, tem como finalidade, coordenar, atender, prestar, controlar e avaliar a assistência programada, registrada em prontuário eletrônico dos pacientes eletivos de consultas ambulatoriais especializadas, visando à promoção e o tratamento dos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

b) A Central de Material e Esterilização, tem como finalidade, planejar, coordenar, prover, acompanhar e avaliar o processamento de materiais, garantindo a segurança dos processos de esterilização (peróxido de hidrogênio, óxido de etileno e vapor) e desinfecção de equipamentos e materiais para a realização de pequenos procedimentos na policlínica.

c) O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT compreende os serviços de imagem, endoscopia e alguns exames oftalmológicos. A Imagem tem como finalidade efetuar todos os exames complementares e procedimentos percutâneos guiados por imagem, elucidando o diagnóstico médico e auxiliando na terapêutica. A Endoscopia visa realizar exames diagnósticos, gástricos, intestinais e respiratórios, auxiliar na hipótese diagnóstica e na

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

realização de exames terapêuticos. Os exames oftalmológicos possuem como objetivo avaliar a saúde ocular e atuar de forma preventiva, para que o paciente tenha qualidade de visão.

O SADT contemplará os pacientes atendidos na Policlínica e também os que foram atendidos em outras unidades da rede e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Com isto, a unidade visa atender todos os municípios que integram a Macrorregião de abrangência da Policlínica. O SADT mínimo a ser ofertado/realizado na unidade comtempla os seguintes exames: Audiometria, Densitometria Óssea, Eletroneuromiografia, Holter, Punção Aspirativa por Agulha Grossa, Tomografia Computadorizada, Biópsias Gerais, Doppler Vascular, Endoscopia, Mamografia, Ultrassonografia, Cistoscopia, Ecocardiografia, Emissões otoacústicas, Mapa, Radiologia, Urodinâmica, Colonoscopia, Eletrocardiografia, Espirometria, Nasofibroscopia, Teste Ergométrico, Videolaringoscopia, Colposcopia, Eletroencefalografia, Patologia clínica, Exames oftalmológicos (tonometria, teste ortóptico, campimetria, mapeamento de retina, biometria ultrassônica, teste do olhinho, fundo de olho, dentre outros).

d) A Clínica de Serviços Dialíticos tem como finalidade oferecer aos pacientes portadores de Doença Renal Crônica um atendimento completo, integrado e multiprofissional através da terapia renal substitutiva (TRS). Esta conta com atendimento técnico especializado em todas as áreas de saúde e apoio diagnóstico. Além do acesso ao diagnóstico precoce, e ao tratamento conservador, retardando a inserção do indivíduo na TRS, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente Renal Crônico. A assistência ofertada é composta por tratamentos por Hemodiálise – HD e Diálise Peritoneal – DP, Tratamento Convencional Pré-Dialítico e Tratamento Não-Dialítico.

Para tal atendimento, o funcionamento ocorre de segunda a sábado, em turnos terapêuticos de 4 horas respeitando o intervalo mínimo de 1 hora entre as sessões, podendo chegar ao máximo de 3 (três) turnos diários, desde que previamente autorizado pela SES-GO formalmente.

O tratamento se dará por equipe multiprofissional exclusiva composta por: 1 (um) médico nefrologista RT e 1 (um) médico nefrologista plantonista, 1 (um) Enfermeiro RT e 1 (um) enfermeiro para 35 (trinta e cinco) pacientes por turno, 1 (um) técnico de enfermagem para 4 (quatro) pacientes.

A terapia deverá ser complementada por equipe multiprofissional nas especialidades: 1 (um) assistente social, 1 (um) nutricionista, 1 (um) psicólogo e 1 (um) fisioterapeuta.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

e) O Setor de Curativo é um Serviço de Enfermagem para prevenção e tratamento de pacientes portadores de lesões na pele, estruturada e organizada conforme Resolução nº 501/2015 do Conselho Federal de Enfermagem.

Art.15. A Diretoria de Apoio Logístico, que tem o seu Diretor contratado pelo Diretor Geral, tem como finalidade, dirigir as atividades dos Setores de Farmácia, Compras, Almoxarifado, Nutrição, Processamento de roupas, Higiene e Limpeza, Transporte e Suporte Operacional (Manutenção e Tecnologia da Informação).

I - O Setor de Farmácia tem como finalidade, o recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais de maneira segura e ágil, às áreas assistenciais para a prestação de serviços aos clientes, fornecendo ainda orientações farmacêuticas às diversas áreas e profissionais da policlínica. O setor é responsável por elaborar e gerenciar o programa de farmacovigilância.

II - O Setor de Compras tem por finalidade, centralizar as compras, minimizando os custos e otimizando a qualidade dos serviços, por meio de pesquisas mercadológicas aprovadas pela Diretoria Geral. Pesquisar novos produtos no mercado com o objetivo de otimizar o resultado operacional.

III - O Setor de Almoxarifado tem como finalidade, o recebimento, armazenamento e distribuição de materiais de consumo e soluções de limpeza de uso da policlínica.

IV - O Setor de Processamento de Roupas tem por finalidade planejar, supervisionar, executar e controlar as atividades de coleta, lavagem, guarda e distribuição do enxoval para os setores assistenciais.

V - O Setor de Higiene e Limpeza tem como finalidade, manter sempre as condições adequadas de higiene de toda a policlínica, com preparações técnicas e de materiais de acordo com o local a ser limpo, contribuindo para o bem-estar e segurança dos pacientes e de toda a equipe de saúde e, para a eliminação dos riscos de infecções cruzadas. O Setor é responsável pela elaboração, implantação e gerenciamento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

VI - O serviço de suporte operacional, também conhecido como suporte de manutenção e Tecnologia da Informação, tem como finalidade auxiliar e garantir o funcionamento adequado dos sistemas de informática e equipamentos tecnológicos de uma organização. É responsável por coordenar as atividades dos setores de Manutenção e Tecnologia da Informação.

a) O Setor de Manutenção tem como finalidade, a prestação de serviços de

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos, bem como, a execução de obras prediais em todas as áreas da policlínica, visando o bem estar dos pacientes e profissionais.

b) O Setor de Tecnologia da Informação é responsável por planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar os sistemas de informática, banco de dados, intranet e internet da policlínica. Proporcionar aos demais setores da policlínica os meios necessários ao processamento de dados, para uma gestão eficaz.

Art. 16 - A Diretoria Médica tem como finalidade assegurar condições de trabalho e os meios indispensáveis à boa prática médica, visando o melhor desempenho clínico dos profissionais médicos, coordenando todas as especialidades em colaboração com a Comissão de Ética Médica. A Diretoria Médica é responsável pelas seguintes áreas: Corpo Clínico, Laboratório, NIR e Farmácia clínica.

I - O Corpo Clínico, formado pelos médicos que atuam na policlínica, tem como finalidade prestar assistência médica e consultas ambulatoriais, tanto para a prevenção, o diagnóstico e terapêutica dos pacientes.

II - O Núcleo Interno de Regulação - NIR tem como finalidade servir de interface entre as unidades de saúde e as Centrais de Regulação, além de permitir a organização do fluxo interno.

Segundo Portaria de Consolidação Ministerial n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, o NIR é responsável por delinear as características de complexidade da assistência no âmbito do Serviço Único de Saúde (SUS) e oferecer consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico extra-hospitalar de acordo com pactuação com as redes de saúde, bem como busca ativa dos leitos de internação, conforme critérios preestabelecidos e protocolos instituídos pela unidade.

III - A Farmácia Clínica tem por finalidade assegurar o uso correto dos medicamentos de forma segura e apropriado aos pacientes, contribuir para o uso racional dos medicamentos e a otimização da farmacoterapia, promovendo o cuidado farmacêutico centrado no paciente e pautado na humanização das ações.

Parágrafo Único: As atividades de cada departamento ou setor, serão disciplinadas, de modo complementar, no seu Regimento, Manual ou Instruções de Trabalho.

Art. 17 - A Diretoria Contábil Financeira tem a finalidade, estabelecer formas e critérios para identificar, prever, registrar e controlar as operações financeiras, contábeis,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

gerando informações e relatórios. A diretoria deve acompanhar todas as auditorias internas e externas, realizadas na policlínica. Realizar a apuração e análise de custos e acompanhar a movimentação dos bens, controlando o inventário anual do patrimônio. Compreende o Setor Financeiro, Contabilidade, Patrimônio e Prestação de Contas.

a) O Setor Financeiro tem como finalidade, realizar todos os pagamentos a fornecedores, médicos e funcionários, bem como, o recebimento dos valores dos contratos firmados, controlando toda a movimentação financeira da Policlínica, gerando informações e relatórios econômico-financeiros para a Controladoria. Dispõe sobre os procedimentos, linhas e princípios sobre atos e fatos relacionados ao sistema de controle de gastos, financeiro referente à: planejamento, controle de gastos e administração financeira, visando assim, o equilíbrio econômico-financeiro.

b) O Setor de Contabilidade tem como finalidade captar, registrar e interpretar todas as operações que afetem questões financeiras, econômicas e patrimoniais da policlínica, seguindo rigorosamente a legislação vigente e os princípios válidos para a execução do processo de contabilização.

c) O Setor de Patrimônio tem por finalidade definir conceitos e competências, estabelecendo procedimentos para a realização da gestão dos bens patrimoniais, cedidos, adquiridos e doados, sob a responsabilidade da policlínica, visando minimizar riscos e aumentar a segurança do controle patrimonial, além de promover a política de gestão patrimonial.

d) O Setor de Prestação de Contas tem como finalidade, assegurar à transparência e a responsabilidade na administração da policlínica, bem como dar suporte a decisões e alocação de recursos, promover a defesa do patrimônio público, e sobretudo, informar aos cidadãos, que são os pacientes dos bens e serviços produzidos pela administração pública e principais provedores dos recursos para o seu funcionamento.

CAPÍTULO VII - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 18 - O Diretor Geral, executivo que lidera várias Diretorias da policlínica, responde como Responsável Técnico da Policlínica. O Diretor Geral é nomeado pelo Diretor de Operações e Superintendente da ABEAS e tem como atribuições:

I - Definir as diretrizes para a realização de atividades que as diretorias pretendem desenvolver e o controle das ações por meio da metodologia de Planejamento Estratégico;

II - coordenar a elaboração das ações do Planejamento Estratégico, das áreas sob sua responsabilidade, consolidando-o e acompanhando sua execução;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III - validar e encaminhar à Superintendência da ABEAS, o orçamento anual de despesas, receitas e investimentos da policlínica, de acordo com o contrato firmando com a contratante.

IV - validar os relatórios mensais e anual, das atividades desenvolvidas, que será apresentado ao Superintendente da ABEAS e contratante.

V - conferir e validar todos os documentos oficiais, para posterior encaminhamento à Superintendência da ABEAS;

VI - encaminhar à Superintendência da ABEAS, estudos, projetos e propostas para a Policlínica, visando a melhoria no desenvolvimento das ações;

VII - representar ou delegar representante da policlínica perante os órgãos governamentais, entidades de classe, e comunidades sociais, para promover ou resguardar a imagem da Policlínica;

VIII - definir informações gerenciais aos Departamentos e Setores diretamente subordinados à Diretoria Geral, por meio de relatórios ou apresentação em reunião;

IX - definir diretrizes, estimular e acompanhar o trabalho desenvolvido pelas Comissões;

X - coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas dos áreas sob sua responsabilidade;

XI - cumprir, fazer cumprir, atualizar e deferir o Regulamento e demais deliberações Institucionais;

XII - apoiar no âmbito administrativo e técnico os demais Diretores da Policlínica, para que possam desempenhar as suas atribuições;

XIII - convocar e presidir reuniões com as demais diretorias;

XIV - avaliar, analisar e monitorar o desempenho de todos os departamentos/setores da Policlínica, para ajustes que se façam necessários, visando os melhores resultados;

XV - garantir a melhoria continua da qualidade dos serviços prestados em consonância com a legislação aplicável, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;

XVI - incentivar e a buscar atualizações, inovações e tecnologias, a fim de manter os departamentos e setores atualizados com as novidades das áreas;

XVII - atuar como facilitador no processo de humanização, promovendo condições favoráveis para a realização das ações na Policlínica;

XVIII - autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelo Código de Ética;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XIX - manter canais permanentes de articulação e integração entre seus colaboradores, como também, entre os demais setores da policlínica. Estimular a prática interdisciplinar;

XX - atuar em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente, na identificação de necessidade de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores de sua área de abrangência;

XXI - analisar e deferir o Programa Anual de Treinamento, em prol do desenvolvimento dos profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica;

XXII - apoiar o desenvolvimento de atividades científicas e tecnológicas das áreas de sua competência;

XXIII - estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento de estágio na sua área de abrangência;

XXIV - estabelecer manuais, normas e instruções de trabalho, atualizando-os sempre que necessário.

XXV - emitir parecer em assuntos relacionados à sua área de atuação;

XXVI - autorizar a criação de novos Departamentos e Setores; e

XXVII - zelar pela observância dos princípios éticos profissionais.

Art. 19 - O Diretor Administrativo, nomeado pelo Diretor Geral da Policlínica, em conformidade com a estrutura técnica e administrativa da policlínica, tem como atribuições:

I - Definir informações gerenciais aos Departamentos e Setores diretamente subordinados à Diretoria Administrativa, por meio de relatórios ou apresentação em reunião;

II - coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas, receitas e investimentos, de acordo com o contrato firmando com a Secretaria Estadual de Saúde, submetendo a aprovação do Diretor Geral;

III - coordenar a elaboração das ações do Planejamento Estratégico Anual, das áreas sob sua responsabilidade, consolidando-o e acompanhando sua execução;

IV - garantir a melhoria continua da qualidade dos serviços prestados em consonância com a legislação aplicável, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;

V - Orientar, acompanhar e avaliar as chefias que estão sob a sua responsabilidade.

VI - apoiar o desenvolvimento de atividades científicas e tecnológicas das áreas de sua competência;

VII - incentivar e a buscar atualizações, inovações e tecnologias, a fim de manter os departamentos e setores atualizados com as novidades das áreas;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VIII - Estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento de estágio na área administrativa.

IX - planejar as atividades que envolvam novas técnicas, novos processos administrativos ou equipamentos;

X - emitir parecer em assuntos relacionados à sua área de atuação;

XI - manter canais permanentes de articulação e integração entre seus colaboradores, como também, entre os demais setores da policlínica;

XII - atuar em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente, na identificação de necessidade de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores de sua área de abrangência;

XIII – promover os meios os meios de assegurar a infraestrutura adequada para a realização dos procedimentos técnicos, controlando e supervisionando a correta utilização dos mesmos, a fim de otimizar a prestação de serviços.

XIV – estimular a prática interdisciplinar e promover a integração entre os departamentos e setores institucionais;

XV - estabelecer manuais, normas e instruções de trabalho técnicos e operacionais de rotina, atualizando-os sempre que necessário;

XVI - atuar como facilitador no processo de humanização, promovendo condições favoráveis para a realização das ações na Policlínica;

XVII - assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer naturezas seja adequado ao suprimento do consumo da prática assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da policlínica;

XVII - conferência e assinatura dos pagamentos das despesas da policlínica;

XIX - supervisionar e fazer cumprir os contratos e convênios firmados pela Policlínica;

XX - aprovar a atualização do Regimento dos Departamento e Setores após validação da liderança da área, sempre que necessário;

XXI - acompanhar os indicadores de desempenho da policlínica como um todo, em colaboração com as demais Diretorias;

XXII - garantir a utilização adequada de recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações da Policlínica;

XXIII - zelar pela observância dos princípios éticos profissionais;

XXIV - elaborar o Relatório de Atividades para a Direção Geral; e

XXV - substituir o Diretor Geral quando designado.

Art.20 - O Diretor Assistencial, nomeado pelo Diretor Geral da Policlínica, em conformidade com a estrutura técnica e administrativa da policlínica, tem como atribuições:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - A responsabilidade técnica e legal, perante o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), a Vigilância Sanitária, entidades jurídicas e policiais e demais órgãos competentes;

II - definir informações gerenciais aos Departamentos e Setores diretamente subordinados à Diretoria Assistencial, por meio de relatórios ou apresentação em reunião;

III - coordenar a elaboração das ações do Planejamento Estratégico Anual, das áreas sob sua responsabilidade, consolidando-o e acompanhando sua execução;

IV - receber e averiguar denuncias, reclamações ou irregularidades quanto à pratica assistencial, por meio de processos administrativos, devendo, quando cabível, aplicar as sanções disciplinares e/ou administrativas necessárias. E, se houver indícios de infração ética profissional, encaminhar aos órgãos reguladores;

V - garantir a melhoria continua da qualidade dos serviços prestados em consonância com a legislação aplicável, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;

VI - orientar, acompanhar e avaliar as chefias que estão sob a sua responsabilidade;

VII - apoiar o desenvolvimento de atividades científicas e tecnológicas das áreas de sua competência;

VIII - incentivar e a buscar atualizações, inovações e tecnologias, a fim de manter os departamentos e setores atualizados com as novidades das áreas;

IX - estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento de estágio na área assistencial;

X - analisar os relatórios diários dos plantões, da sua área de competência, resolvendo e encaminhando as intercorrências, dando os devidos retornos aos Departamentos e Setores envolvidos;

XI - criar mecanismos para promover a participação do paciente na assistência;

XII - emitir parecer em assuntos relacionados à sua área de atuação;

XIII- manter canais permanentes de articulação e integração entre seus colaboradores, como também, entre os demais setores da policlínica;

XIV - atuar em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente, na identificação de necessidade de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores da sua área de abrangência;

XV - promover os meios de assegurar a infraestrutura adequada para a realização dos procedimentos técnicos, controlando e supervisionando a correta utilização dos mesmos, a fim de otimizar a prestação de serviços;

XVI - estimular a prática interdisciplinar e promover a integração entre os departamentos e setores institucionais;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XVII - estabelecer manuais, protocolos, normas e instruções de trabalho, atualizando-os sempre que necessário. Assegurando a sistematização e padronização das ações dos profissionais que integram a sua diretoria;

XVIII - atuar como facilitador no processo de humanização, promovendo condições favoráveis para a realização das ações na Policlínica;

XIX - aprovar a atualização do Regimento dos Departamento e Setores após validação da liderança da área, sempre que necessário;

XX - acompanhar os indicadores de desempenho da policlínica como um todo, em colaboração com as demais Diretorias;

XXI - garantir a utilização adequada de recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações da Policlínica;

XXII - zelar pela observância dos princípios éticos profissionais; e

XXIII - elaborar o Relatório de Atividades para a Direção Geral.

Art.21 - O Diretor de Apoio Logístico, nomeado pelo Diretor Geral da Policlínica, em conformidade com a estrutura técnica e administrativa da policlínica, tem como atribuições:

I - Definir informações gerenciais aos Departamentos e Setores diretamente subordinados à Diretoria Administrativa, por meio de relatórios ou apresentação em reunião;

II - coordenar a elaboração das ações do Planejamento Estratégico Anual, das áreas sob sua responsabilidade, consolidando-o e acompanhando sua execução;

III - garantir a melhoria continua da qualidade dos serviços prestados em consonância com a legislação aplicável, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;

IV - orientar, acompanhar e avaliar as chefias que estão sob a sua responsabilidade;

V - apoiar o desenvolvimento de atividades científicas e tecnológicas das áreas de sua competência;

VI - incentivar e a buscar atualizações, inovações e tecnologias, a fim de manter os departamentos e setores atualizados com as novidades das áreas;

VII - estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento de estágio na área de apoio logístico;

VIII - analisar os relatórios diários dos plantões, da sua área de competência, resolvendo e encaminhando as intercorrências, dando os devidos retornos aos Departamentos e Setores envolvidos;

IX - emitir parecer em assuntos relacionados à sua área de atuação;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

X - manter canais permanentes de articulação e integração entre seus colaboradores, como também, entre os demais setores da policlínica;

XI - atuar em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente, na identificação de necessidade de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores de sua área de abrangência;

XII – promover os meios de assegurar a infraestrutura adequada para a realização dos procedimentos técnicos, controlando e supervisionando a correta utilização dos mesmos, a fim de otimizar a prestação de serviços;

XIII - estimular a prática interdisciplinar e promover a integração entres os departamento e setores institucionais;

XIV - estabelecer manuais, normas e instruções de trabalho técnicos e operacionais de rotina, atualizando-os sempre que necessário;

XV - atuar como facilitador no processo de humanização, promovendo condições favoráveis para a realização das ações na Policlínica;

XVI - aprovar a atualização do Regimento dos Departamento e Setores após validação da liderança da área, sempre que necessário;

XVII - acompanhar os indicadores de desempenho da policlínica como um todo, em colaboração com as demais Diretorias;

XVIII - garantir a utilização adequada de recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações da Policlínica;

XIX - manter controle e acompanhar os custos de telefonia, gases medicinais, consumo de água, e energia elétrica dos Departamentos/Setores da Policlínica;

XX - zelar pela observância dos princípios éticos profissionais; e

XXI - elaborar o Relatório de Atividades para a Direção Geral.

XXII - Monitorar despesas vinculadas a Diretoria de Apoio observando o orçamento anual de despesas validado pela Diretoria Geral de acordo com contrato firmando com a Contratante;

Art. 22 - O Diretor Médico, nomeado pelo Diretor Geral da Policlínica, em conformidade com a estrutura técnica e administrativa da policlínica, tem como atribuições:

I - A responsabilidade técnica e legal perante o Conselho Regional de Medicina, Centro de Vigilância do Estado e entidades Jurídicas e policiais;

II - definir, planejar, coordenar, articular, acompanhar e avaliar a execução das atividades médicas desenvolvidas na Policlínica, na busca de uma governança clinica eficaz;

III - definir os critérios de qualificação dos membros do Corpo Clínico, quando da admissão de candidatos ou credenciamento. Acompanhar o processo e fluxo de contratação de

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

novos médicos, certificando-se da regular habilitação do profissional perante o Conselho Regional de Medicina;

IV - receber e averiguar denuncias, reclamações ou irregularidades quanto à pratica médica, por meio de processos administrativos, devendo, quando cabível, aplicar as sanções disciplinares e/ou administrativas necessárias. E, se houver indícios de infração ética profissional, encaminhar aos órgãos reguladores;

V - definir informações gerenciais aos Departamentos e Setores diretamente subordinados à Diretoria Médica, por meio de relatórios ou apresentação em reunião;

VI - coordenar a elaboração das ações do Planejamento Estratégico Anual, das áreas sob sua responsabilidade, consolidando-o e acompanhando sua execução;

VII - garantir a melhoria continua da qualidade dos serviços prestados em consonância com a legislação aplicável, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;

VIII - orientar, acompanhar e avaliar as lideranças que estão sob a sua responsabilidade;

IX - apoiar o desenvolvimento de atividades científicas e tecnológicas das áreas de sua competência;

X - incentivar e a buscar atualizações, inovações e tecnologias, a fim de manter os departamentos e setores atualizados com as novidades das áreas;

XI - estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento de estágio na área médica;

XII - analisar os relatórios diários dos plantões, da sua área de competência, resolvendo e encaminhando as intercorrências, dando os devidos retornos aos Departamentos e Setores envolvidos;

XIII - emitir parecer em assuntos relacionados à sua área de atuação;

XIV - manter canais permanentes de articulação e integração entre seus colaboradores, como também, entre os demais setores da policlínica. Estimular a prática interdisciplinar;

XV - atuar em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente, na identificação de necessidade de treinamento e desenvolvimento dos profissionais de sua área de abrangência;

XVI - promover os meios de assegurar a infraestrutura adequada para a realização dos procedimentos técnicos, controlando e supervisionando a correta utilização dos mesmos, a fim de otimizar a prestação de serviços;

XVII - estimular a prática interdisciplinar e promover a integração entres os departamento e setores institucionais;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XVIII - estabelecer manuais, protocolos, normas e instruções de trabalho, atualizando-os sempre que necessário. Assegurando a sistematização e padronização das ações dos profissionais que integram a sua diretoria;

XIX - atuar como facilitador no processo de humanização, promovendo condições favoráveis para a realização das ações na Policlínica;

XX - aprovar a atualização do Regimento dos Departamento e Setores após validação da liderança da área, sempre que necessário;

XXI - acompanhar os indicadores de desempenho da policlínica como um todo, em colaboração com as demais Diretorias;

XXII - garantir a utilização adequada de recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações da Policlínica;

XXIII - zelar pela observância dos princípios éticos profissionais; e

XXIV - elaborar o Relatório de Atividades para a Direção Geral.

Parágrafo 1° - O perfil, atribuições e competências técnicas e comportamentais inerentes aos demais cargos existentes na policlínica constarão no Manual de Descrição de Cargos, de responsabilidade do Recursos Humanos da policlínica.

Parágrafo 2°- Na Diretoria Médica, existe o representante médico eleito pelo Corpo Clínico, denominado de Diretor Clinico, conforme normatização estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina. O Diretor Clinico, não possui vínculo empregatício com a policlínica, e suas atribuições estão descritas no Regimento do Corpo Clinico.

Art. 23 - O Diretor Contábil Financeiro, nomeado pelo Diretor Geral da Policlínica, em conformidade com a estrutura técnica e administrativa da policlínica, tem como atribuições:

I - A responsabilidade técnica e legal, perante o Conselho Regional de Contabilidade (CRC), entidades jurídicas e civil e demais órgãos competentes;

II - definir informações gerenciais aos Departamentos e Setores diretamente subordinados à Diretoria Contábil Financeira, por meio de relatórios ou apresentação em reunião;

III - elaborar, coordenar e disponibilizar o orçamento anual de despesas, receitas e investimentos da Policlínica, de acordo com o contrato firmado com a contratante, submetendo à aprovação do Diretor Geral;

IV - disponibilizar relatórios necessários para elaboração das ações do Planejamento Estratégico Anual, das áreas sob sua responsabilidade, consolidando-o e acompanhando sua execução;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - garantir a melhoria continua da qualidade dos serviços prestados em consonância com a legislação aplicável, as boas práticas e os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP;

VI - orientar, acompanhar e avaliar as chefias que estão sob a sua responsabilidade.

VII – apoiar o desenvolvimento de atividades científicas e tecnológicas das áreas de sua competência;

VIII - incentivar e buscar atualizações, inovações e tecnologias, a fim de manter os departamentos e setores atualizados com as novidades das áreas;

IX - estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento de estágio na área Contábil Financeiro;

X - planejar as atividades que envolvam novas técnicas, novos processos administrativos ou equipamentos;

XI - emitir parecer em assuntos relacionados à sua área de atuação;

XII - manter canais permanentes de articulação e integração entre seus colaboradores, como também, entre os demais setores da policlínica;

XIII - atuar em conjunto com o Núcleo de Educação Permanente, na identificação de necessidade de treinamento e desenvolvimento dos colaboradores de sua área de abrangência;

XIV - promover os meios de assegurar a infraestrutura adequada para a realização dos procedimentos técnicos, controlando e supervisionando a correta utilização dos mesmos, a fim de otimizar a prestação de serviços;

XV - estimular a prática interdisciplinar e promover a integração entre os departamentos e setores institucionais;

XVI - estabelecer manuais, normas e instruções de trabalho técnicos e operacionais de rotina, atualizando-os sempre que necessário;

XVII - atuar como facilitador no processo de humanização, promovendo condições favoráveis para a realização das ações na Policlínica;

XVII - conferência e assinatura dos pagamentos das despesas da policlínica;

XVIII - representar a policlínica conforme outorga da procuração;

XIX - supervisionar e fazer cumprir os contratos e convênios firmados pela Policlínica;

XX - aprovar a atualização do Regimento dos Departamento e Setores após validação da liderança da área, sempre que necessário;

XXI - acompanhar os indicadores de desempenho da policlínica como um todo, em colaboração com as demais Diretorias;

XXII - garantir a utilização adequada de recursos humanos, materiais, equipamentos e instalações da Policlínica;

XXIII - zelar pela observância dos princípios éticos profissionais;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XXIV - coordenar, apresentar e monitorar a aprovação a prestação de contas financeira para a contratante;

XXV - coordenar, controlar e garantir a boa utilização do patrimônio disponibilizado pelo contratante no desempenho do trabalho na policlínica; e

XXVI - elaborar o Relatório de Atividades para a Direção Geral.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art. 24 - Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art. 25 - É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da policlínica, bem como das unidades de saúde por ela geridas.

Art. 26 - O colaborador da policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamentos internos, Procedimentos e Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 27 - Os profissionais contratados, bem como todos os prestadores de serviços, devem obedecer às cláusulas contratuais, firmadas entre as partes, naquilo que não for conflitante com os Códigos de Éticas editados pelos respectivos Conselhos.

Art. 28 - Todo colaborador da policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art. 29 - O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art. 30 - A policlínica deve garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art. 31 - Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em *home-ofice*, devem ser previamente autorizadas, pelo gerente da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art. 32 - Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 33 - A criação de novos cargos dentro da estrutura organizacional deverá ter aprovação da Superintendência e/ou Diretoria de Operações e Desenvolvimento da ABEAS.

Art. 34 - Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pela policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art. 35 - As contratações de ex-colaboradores e/ou familiares de colaboradores somente poderão serem efetuadas com a aprovação formal da Diretoria Geral, conforme diretrizes do recrutamento e seleção de pessoal.

Art. 36 - O colaborador, ao se desvincular da policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art. 37 - As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e pacientes, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art. 38 - A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art. 39 - A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art. 40 - A autorização para divulgação pública de fatos referentes a pacientes somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art. 41 - As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da policlínica.

Art. 42 - Todo departamento e setor da policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Geral e homologados Diretoria de Operações e Desenvolvimento.

Art. 43 - Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art. 44 - Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da policlínica.

Art. 45 - Doações e subvenções para eventos, devem ter a aprovação da Diretoria Geral e da Diretoria de Operações e Desenvolvimento.

Art. 46 - Na policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art. 47 - A policlínica disponibilizará sua estrutura para o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa na área da saúde, bem como campo de estágio nas áreas de sua atuação.

Art. 48 - A policlínica propiciará aos pacientes a oportunidade de poderem manifestar sua apreciação sobre o atendimento que lhes é dispensado.

Art. 49 - A guarda de documentos legais e instrumentos administrativos dos departamentos/setores é de responsabilidade de seu Diretor, que deve observar os dispositivos legais e éticos.

Art. 50 - Os Diretores devem preservar o uso adequado dos meios de comunicação interna (intranet/internet/telefone), coibindo abusos e práticas ilícitas, conforme as regras de *Compliance* e LGPD.

CAPÍTULO VII - DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 53 - Este Regulamento será divulgado em todos os Departamentos e Setores da policlínica, visando a ciência e importância de suas informações.

Art. 54 - A diretoria da área, deverá estabelecer pontos relevantes para as lideranças em prol do pleno desenvolvimento das atividades que deverão estar contempladas no Regimento de cada departamento/setor.

Art. 55 - Este regulamento, deverá ser obedecido por todos que atuam na policlínica, empregados ou não.

Art. 56 - O presente instrumento criado para dirimir as condutas da policlínica, será divulgado e/ou apresentado como documento que define as normas gerais e a estrutura administrativa da policlínica.

Art. 57 - A aprovação deste documento ficará sob a responsabilidade da Superintendência e Diretoria de Operações e Desenvolvimento e da ABEAS.

Art. 58 - A atualização deste Regulamento, todo ou em parte, somente será feita de acordo com a ciência das Diretoria Geral da policlínica, Diretoria de Operações e Desenvolvimento e Superintendência das ABEAS.

Art. 59 - Este documento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1.1.2.3. Proposta para regimento de serviço de enfermagem

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 1º- O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência cientifica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

1. Prestar atendimento de enfermagem utilizando-se de método assistencial.
2. Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
3. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
4. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
5. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
6. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Técnica, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art.4º - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

1 SADT;

2. Setor de Materiais e esterilização (CME)
3. Ambulatório Geral

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

4. Rouparia e Higienização

Art. 5º - O quadro funcional do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

1.Coordenador Geral de Enfermagem
2. Coordenador de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnicos de Enfermagem
5. Auxiliares de Enfermagem
6. Maqueiro

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

Art. 7º - O Coordenador Geral de Enfermagem será o representante do Serviço Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 8º- A Gerência de Enfermagem será ocupada por enfermeiro com experiência mínimo de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 9º - O Coordenador Geral de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado.

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; afastamentos legais, Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 10º - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Art. 11º - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 12º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 13º - A Gerência de Enfermagem compete:

1. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem necessário para atender às necessidades organizacionais da unidade, do próprio serviço, satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados;
2. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, com o objetivo de preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;
3. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes e à comunidade.
4. Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem.
5. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

Art. 14º - Compete ao Setor de Internação leito/dia:

1. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, levantando as necessidades básicas dos pacientes, planejando as atividades de enfermagem de forma integral, personalizada e humanizada;
2. Recuperar, manter e promover a saúde através do ensino do autocuidado, tornando o paciente o mais independente possível dessa assistência;
3. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente;
4. Documentar todos os eventos observados e cuidados ministrados de forma a oferecer subsídios para a atuação dos demais profissionais da área de saúde e uma assistência baseada no cumprimento de princípios éticos e legais;
5. Colaborar com a CCIA para que sejam cumpridos os protocolos vigentes no ambulatório;
6. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 15º - Compete à Central de Materiais e Esterilização (CME):

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1. Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado e instrumentais usados nas Unidades;

2. Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores;

3. Realizar testes de segurança de esterilização.

4. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.

5. Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 16º Compete ao Setor de Higienização:

1. Preparar o ambiente para suas atividades.
2. Manter a ordem do ambiente.
3. Conservar equipamentos e instalações.
4. Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.
5. Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.
6. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.
7. Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.
8. Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.
9. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

Art. 17º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn):

1. Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN - 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde;
2. Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem;
3. Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

4. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

5. Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 18º - Classificação das categorias profissionais:

1. Enfermeiro RT /Coordenador Geral de Enfermagem
2. Enfermeiros Coordenadores de Setor
3. Enfermeiros Assistenciais
4. Técnico de Enfermagem
5. Auxiliar de Enfermagem
6. Auxiliar Administrativo
7. Estagiário de Enfermagem
7. Maqueiro

Art. 19º - Requisitos necessários e atribuições aos cargos discriminados acima:

1. Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem:

- Registro profissional no COREN-GO como enfermeiro;
- Estar quite com o Órgão de Classe;
- Possuir Certidão negativa;
- Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.

2. Enfermeiro Coordenador de Setor:

- Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro;
- Estar quite com o Órgão de Classe;
- Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade.
- Participar das reuniões da CCISS e do CTGRSS.
- Zelar pelo patrimônio e imagem da unidade.
- Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade.
- Manter a Diretoria de Atenção à Saúde informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade.
- Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade.
- Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada.
- Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;
- Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

3. Enfermeiro Coordenador de Setor:

- Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação leito/dia, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.
- Observar: Evolução clínica dos pacientes, Medicações pendentes (observar as justificativas), Materiais em falta, Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros);
- Supervisionar a passagem do CME;
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades.
- Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Auxiliares (Assinar registrar o número do COREN).
- Observar as solicitações de exames e encaminhá-las.
- Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias.
- Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho.
- Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes internados em leito/dia, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias.
- Nesse momento, verificar o tempo de permanência dos pacientes e pendências relacionadas à internação leito/dia.
- Evoluir os pacientes, com o (a) enfermeiro (a) assistencial.
- Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos.
- Verificar a validade do material do CME.
- Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas.
- Laborar distribuição dos auxiliares para o período da tarde.
- Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo.
- Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames.
- Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde).
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade.
- Controlar entorpecentes e carro de emergência.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Observar os encaminhamentos de: exames, consultas, retornos.
- Realizar reposição dos impressos.
- Conferir materiais solicitados ao almoxarifado e supervisionar a conferência do auxiliar de enfermagem ou auxiliar administrativo das medicações enviadas pela farmácia para os pacientes internados, conforme a prescrição médica do dia.
- Dirigir-se a sala do (a) Coordenador Geral de Enfermagem: Passar o plantão; Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim.
- Realizar treinamento em serviço.
- Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem
- Lançar no Sistema os indicadores citados no item.
- Participar diretamente no processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção.
- Realizar avaliação de desempenho semestral.
- Participar das reuniões da CCISS quando o assunto pertinente for higienização.
- Participar das reuniões do CGRSS.
- Participar do processo de padronização dos saneantes.
- Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

4. Enfermeiro Assistencial:

- Fazer o histórico de enfermagem na admissão do paciente.
- Fazer o diagnóstico de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade.
- Fazer as evoluções dos pacientes sob a sua responsabilidade.
- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
- Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Visitar os pacientes, conferindo os mesmos, com o censo eletrônico impresso e o relatório de enfermagem.
- Passar para o Enfermeiro Principal as necessidades relacionadas aos pacientes internados.
- No início do período, iniciar o relatório de enfermagem.
- Aprazar as medicações ou conferir o aprazamento eletrônico, observando a prescrição da véspera e realizando as modificações necessárias.
- Realizar as admissões.
- No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências.
- No final do período, participar da passagem de plantão;
- Emitir novo censo da unidade.
- Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

5. Técnico de Enfermagem:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
- Admitir e orientar os pacientes na unidade.
- Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira.
- Prestar assistência de enfermagem a pacientes graves sob a supervisão enfermeira.
- Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas.

6. Auxiliar de Enfermagem:

- Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão.
- Admitir e orientar os pacientes na unidade.
- Executar os cuidados de enfermagem planejados.
- Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.
- Preparar os pacientes para cirurgia e/ou exames complementares.
- Prestar assistência no período pós-operatório.
- Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.
- Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

7. Maqueiro:

- Realizar o transporte do paciente com segurança entre as unidades de atendimento.

CAPÍTULO V - DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 20 º - O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse será durante 12 horas/dia, seguindo a carga horária o disposto nas leis trabalhistas vigentes.

Art. 21º - O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

I. Unidade de ambulatório: 7hs às 19hs.

Parágrafo único: O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 22º Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá ser apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: jaleco; roupas brancas, não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelo preso; unhas curtas e sem adornos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 23º O empregado poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizado somente pela Gerência Assistencial ou Coordenador de Enfermagem.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 24º Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar- se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.25º - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.26º - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.27º O profissional não poderá deixar o ambiente do trabalho uniformizado;

Art. 28º Este Regimento poderá ser revisado e alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem.

1.1.2.4. Proposta de projetos de tecnologia de informação, com vista ao controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao usuário

Apresentamos abaixo a proposta de projetos de tecnologia de informação com vista ao controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao usuário da Policlínica

O projeto de tecnologia da informação para controle gerencial será desenvolvido de acordo com as seguintes premissas: padronização de processos e integração de setores, preparação dos usuários para a implementação e o levantamento das necessidades de cada setor. Os seguintes módulos serão implantados:

a) Paciente: recepção, internação, agenda, consultório médico, ambulatório, exames, prontuário eletrônico, centro cirúrgico e enfermagem;

b) Controladoria: contabilidade, orçamento, patrimônio e custos;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

c) Financeiro: contas a pagar, contas a receber, fluxo de caixa, tesouraria, retorno de convênio, repasse a terceiros e controle bancário

d) SUS (Sistema Único de Saúde): administração de contratos, auditoria, convênio e particular;

e) Materiais: farmácia, estoque, almoxarifado e compras;

f) Serviços de apoio: controle de infecção hospitalar, imunização, higiene, banco de sangue e laboratório.

A seguir, apresentamos o Regimento do setor de Tecnologia de informação a ser usado em consonância com a proposta de projetos acima mencionada

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Setor de Tecnologia da Informação é responsável por planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar os sistemas de informática, banco de dados, intranet e internet da Policlínica. Proporcionar aos demais setores da Policlínica os meios necessários ao processamento de dados, para uma gestão eficaz.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O setor de Tecnologia da Informação é representado por uma coordenação e subordinado a Gerência de Suporte Operacional. Sua área compreende uma sala localizada no andar térreo da Policlínica.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º A Tecnologia da Informação assume funções de gerenciamento de todas as atividades do setor, incluindo as questões de processamento de dados e informações, suporte de todos os recursos de trabalho que envolvam equipamentos, ferramentas e qualquer mecanismo da engenharia de software.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.5º O setor de Tecnologia da Informação é composto pelos seguintes profissionais:

I - Coordenador;
II - Supervisor; e
III - Técnico de Informática.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.6º São atribuições comuns a Todos os Colaboradores da Tecnologia da Informação:

I. Dar suporte ao colaborador;
II. Instalar e configurar de impressoras, micros, scanners, hardware e software diversos;
III. Controlar a localidade dos equipamentos;
IV. Acompanhar as demandas diversas do sistema informatizado;
V. Acompanhar as instalações de alguns equipamentos que necessitam de rede;
VI. Instalar pontos de rede com cabeamento curto (pequenas distâncias);
VII. Apoiar os eventos no auditório;
VIII. Dar suporte ao escritório da ABEAS;
IX. Treinar os usuários; e
X. Nos fins de semana e feriados trabalhar de sobre aviso para resolver problemas em servidor.

Art.7º São atribuições do Coordenador:

I - Orientar, supervisionar e/ou executar o suporte técnico aos usuários do sistema informatizado abrangendo sua infraestrutura na instalação e manutenção de equipamentos computadorizados, criação de pontos da rede, restauração de "backups", atualização de sistemas (antivírus, banco de dados, etc.), criação de senhas e acessos, configuração de periféricos, utilização da Internet e orientação geral aos colaboradores visando o correto uso e aplicação dos sistemas e ferramentas disponíveis;

II - Acompanhar a necessidade de aquisição, adaptação ou reformulação de sistemas informatizados ("softwares") para atender ou melhorar o fluxo de trabalho e informações da Policlínica;

III - Monitorar a utilização e desempenho das ferramentas web (Intranet e Site);

IV - Avaliar a necessidade de troca de equipamentos e sistema, contatar fornecedores, cotar preços e avaliar as condições de fornecimento atuando em conjunto com o Setor de Compras;

V - Avaliar e testar a vulnerabilidade do sistema informatizado da empresa zelando pela sua segurança controlando acessos, analisando riscos, etc. tomando medidas preventivas e corretivas se necessário;

VI - Manter-se informado sobre novas tendências, técnicas, materiais, equipamentos e procedimentos que possam impactar sua atividade mediante acessos à Internet, leitura de

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

bibliografia especializada, contatos, participação em eventos do segmento, etc. e posicionar o superior, para ciência e providências;

VII - Orientar, supervisionar e/ou executar a manutenção preventiva do "hardware" (servidores, "notebooks", "desktops", etc.), visando o pleno funcionamento do parque tecnológico além de atender às exigências das normas do sistema de qualidade (ISO); e

VIII - Supervisionar o trabalho do Supervisor e Técnico de Informática.

Art.8º São atribuições Supervisor:

I - Controlar e acompanhar de empresas terceirizadas;

II - Controlar os servidores;

III – Fazer manualmente backups diversos;

IV - Montar o processo de pagamento para encaminhamento ao financeiro das terceirizadas;

V - Acompanhar as demandas de TI junto a SES;

VI - Controlar o estoque de insumos de impressões diversas; e

VII - Controlar do Rack e Switch, Servidores.

Art.9º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Gerente de Suporte Operacional	40h	1							1
Coordenador	40h	1							1
Supervisor	40h	1							1
Técnico de Tecnologia da Informação	40h	1							1
Total	-	4							4

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.10 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.11 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.12 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.13 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.14 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.15 A Policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.16 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, deve ser previamente autorizada, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.17 Ao colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.18 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pelas Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.19 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.20 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.21 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.23 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.24 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.25 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.26 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.27 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.28 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dia e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.29 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.30 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1.1.2.5. Proposta para regimento do corpo clínico

Apresentamos abaixo a proposta de regimento do corpo clínico:

Regimento do Corpo Clínico

O Regimento do Corpo Clínico que normatiza e oferece diretrizes de organização e relacionamento do serviço médico da Policlínica. Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que procuram a Instituição respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela direção.

CAPÍTULO I PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º Os médicos da Policlínica nortearão seus atos pelos princípios do humanismo, do Código de Ética Médica e vocação da Instituição. O Corpo Clínico deve manter um alto padrão moral, técnico e científico para a consecução de suas finalidades, nos termos deste Regimento.

Art. 2º Os membros do Corpo Clínico gozam de plena autonomia profissional, técnica, científica, política, religiosa e cultural.

Parágrafo único – Os membros do Corpo Clínico, individualmente, respondem civil, penal e eticamente por seus atos profissionais.

Art. 3º Dos objetivos do Corpo Clínico:

I - Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;

II - Assegurar a melhor assistência à clientela da instituição;

III - Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos;

IV - Cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada; V - Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados;

VI - Implementar ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

Art. 4º Os médicos da Policlínica, deverão buscar de forma permanente:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I – Proporcionar aos pacientes um atendimento médico de elevada qualidade técnica, ética e científica;

II – Estabelecer e manter um clima de respeito, consideração e solidariedade entre os profissionais de saúde;

III – Aprimorar seus conhecimentos médicos por meio de programas de educação continuada; e

IV – Conseguir condições dignas de trabalho e remuneração, de forma hierarquizada e respeitosa.

Parágrafo Único: Os atendimentos respeitarão as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria Administrativa e Técnica da Unidade de Saúde, ressalvados os casos de urgência e emergência.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º O Corpo Clínico da Instituição, representado pelo Diretor Clínico, formado pelos médicos, é um serviço autônomo, orientado por este Regimento, pela legislação em vigor e pelos atos baixados pelo Conselho Federal e Regional de Medicina.

Parágrafo Único – As competências do Diretor Técnico, do Diretor Clínico e da Comissão de Ética são as previstas em resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

Art. 6º O Corpo Clínico, mediante aval do Diretor Técnico e Diretor Clínico, que as legitimará ou não, terá quantas Comissões julgar necessário.

Art. 7º O Corpo Clínico tem a seguinte estrutura:

I - Assembleia Geral;

II - Diretor Clínico;

III - Demais Comissões Médicas e institucionais.

Art. 8º A Assembleia Geral, órgão decisório máximo do Corpo Clínico, será sempre presidida pelo Diretor Clínico, e reunir-se-á ordinariamente a cada doze (12) meses, para discutir os relatórios elaborados pelo Diretor Clínico e assuntos de interesse geral, com primeira convocação sempre com antecedência mínima de 10 (dez) dias, e quórum de 2/3 (dois terços) dos membros, decidindo por maioria simples de votos. Caso o número de presentes não inteire os 2/3 (ou 75% do total de membros do corpo clínico), a Assembleia deverá ser cancelada e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

remarcada, ou poderá acontecer extraordinariamente, sem poder de voto ou decisão oficial legal. Poderá reunir-se extraordinariamente em qualquer época, para tratar de assuntos específicos, mediante a presença de 2/3 (dois terços) dos seus membros ou a critério do Diretor Clínico e, ainda, por solicitação da Diretoria Administrativa e/ ou Técnica da Instituição. A antecedência mínima para este caso será de 24 (vinte e quatro) horas.

CAPÍTULO IV
DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

Art. 9º O Corpo Clínico responde hierarquicamente ao Diretor Técnico, e é composto por membros distribuídos nas seguintes categorias:

I - Membros Efetivos: são membros efetivos do Corpo Clínico os profissionais médicos que participam contínua e efetivamente da vida da Unidade de Saúde;

II - Membro Temporário: são membros temporários os médicos que estão exercendo suas atividades na Unidade de Saúde e que estão em processo de credenciamento para a efetividade no Corpo Clínico, contudo, estão ainda dentro dos 90 dias de experiência para oficialização da inclusão;

III - Poderão participar das reuniões do Corpo Clínico, mas não poderão votar, nem ser votados;

IV - Membros Eventuais: são membros eventuais os médicos que atuam esporadicamente. Poderão participar das reuniões do Corpo Clínico, mas não poderão votar, nem ser votados;

V - Diretor Clínico e Vice-Diretor Clínico: são membros efetivos eleitos pelo corpo clínico. Cargos não remunerados. Tem suas funções discriminadas pelo CFM;

VI - Coordenadores: As especialidades de Oncologia, Clinica Médica e Clinica Cirúrgica, tem cada uma um médico coordenador, que é o representante médico do serviço. Esses coordenadores devem ser membros do Corpo Clínico e são nomeados pelo Diretor Técnico. As funções do coordenador são relacionadas à organização e monitoramento das atividades do setor, e não hierárquicas. São cargos de confiança da instituição, não remunerados.

CAPÍTULO V DA ADMISSÃO

Art. 10 O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Diretor Técnico, mediante requerimento escrito, com experiência profissional comprovada, tendo anexados os seguintes documentos:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Curriculum Vitae;

II - Cópia autenticada do Diploma de Médico e Título de Especialista;

III - Cópia autenticada de Certificados de Cursos;

IV - Cópia das folhas 2, 3 e 5 da Carteira do CRM (inclusive anuidade);

V - Cópias de comprovante de residência e domicílio;

VI - Documentação pessoal (RG, CIC, Certificado de Reservista, Título de Eleitor).

Art. 11. A Comissão de Credenciamento deve ser formada pela tríplice: Diretor Clínico, Diretor Técnico e Diretor Administrativo, que deve aprovar, em primeira instância, a entrada de qualquer novo membro no Corpo Clínico da policlínica.

Art. 12. Serão admitidos também, como Membros Efetivos do Corpo Clínico, os médicos contratados por empresas ou instituições que mantenham convênio com a Policlínica para o atendimento exclusivo de colaboradores e dependentes, ficando este profissional subordinado a todas as normas regimentais e regulamentares da Policlínica, enquanto perdurar a vigência do contrato em questão.

CAPÍTULO VI DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13. Compete à Assembleia Geral:

I - Fixar orientação geral superior para o exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes e determinações dos órgãos competentes;

II - Alterar ou modificar o Regimento do Corpo Clínico, observando-se as resoluções pertinentes;

III - Dirimir eventuais dúvidas suscitadas pela orientação dada, seja pela Diretoria Clínica, seja pela Diretoria Técnica, ou ainda, conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação a outros;

IV - Definir que o Diretor Clínico seja o responsável por comunicar às autoridades da policlínica a orientação superior aprovada para as soluções dos problemas éticos e técnicos;

V - Propor ao Corpo Clínico a exclusão de qualquer membro, em decisão a ser tomada por 2/3 (dois terços) dos componentes;

VI - Solicitar esclarecimentos ao Diretor Clínico e Diretor Técnico de quaisquer de seus atos, quando entender necessário.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 14. O Diretor Clínico e seu Vice serão eleitos a cada 2 (dois) anos, ou quando algum dos eleitos saírem, através de eleição simples, realizada em reunião do Corpo Clínico, sendo a banca eleitoral fixa o Diretor Técnico e o Diretor Administrativo da unidade. Para ser válida a Eleição, a chapa deverá receber 50% + 1 dos votos válidos. Após o Edital de abertura de Eleição, os interessados terão 5 (cinco) dias corridos para realizar a inscrição. A urna eleitoral ficará na sala da Diretoria da Policlínica e a eleição terá duração de 2 (dois) dias.

Parágrafo Único - O eleito tomará posse imediatamente e exercerá seu cargo pelo prazo de 02 (dois) anos, podendo ser reeleito sem limite de vezes.

Art. 15. Compete aos membros do Corpo Clínico:

I - Prestar assistência médica a todos os pacientes que procurarem a Policlínica, respeitadas as suas finalidades;

II - Manifestar-se por escrito sobre a punição de médicos;

III - Colaborar em investigação e pesquisa científica;

IV - Participar na educação sanitária da comunidade;

V - Colaborar nos programas de treinamento dos profissionais da policlínica;

VI - Desenvolver o espírito de integridade e respeito entre os profissionais da saúde;

VII - Procurar manter boas relações de trabalho com a Diretoria da Policlínica;

VIII - Elaborar e manter atualizado o prontuário de seus pacientes assinando os documentos com a aposição do carimbo com o n.º do CRM, possibilitando desta forma, se necessário, a elucidação de questões administrativas, éticas ou jurídicas;

IX - Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico, Diretor Técnico e Diretoria Administrativa, quando convidado;

X - Cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada; XI - Contribuir para o aprimoramento dos padrões profissionais;

XII - Votar e ser votado.

CAPÍTULO VII

DOS DIREITOS E DEVERES

Art. 16. São deveres dos membros do Corpo Clínico:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Cumprir e fazer cumprir este Regimento, o Regulamento da Policlínica, as normas técnicas e administrativas e o Código de Ética Médica, denunciando os profissionais que não o fizerem;

II - Assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, zelo e ética profissional;

III - Apresentar por escrito, ao Diretor Clínico, sugestões para manutenção e aprimoramento da qualidade dos serviços médicos e hospitalares;

IV - Zelar pelo bom nome da instituição e do Corpo Clínico;

V - Zelar pelo aperfeiçoamento profissional, técnico e ético de seus membros em condições de equipe e justiça;

VI - Participar das reuniões convocadas pelo Diretor Clínico e pela Diretoria da Instituição;

VII- Participar das reuniões do Corpo Clínico;

VIII - Participar das reuniões sobre discussão e revisão de casos clínicos tratadas na Instituição;

IX - Participar nos programas de ensino e treinamento tanto de seus membros quanto dos demais profissionais que atuam junto aos pacientes;

X - Zelar para que não se executem tratamentos discutíveis do ponto de vista ético ou científico, levando-os ao conhecimento do Diretor Clínico e Diretor Técnico;

XI - Colaborar com as Comissões específicas da Unidade de Saúde;

XII- Elaborar prontuário dos pacientes que atender, com registros indispensáveis à elucidação de casos em qualquer momento;

XIII - O médico deverá restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência ou quando solicitado a atuar ou auxiliar em outras;

XIV - Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

XV - Obedecer ao Código de Ética Médica e o Regimento Interno do Corpo Clínico.

Art. 17. São direitos dos membros do Corpo Clínico:

I - A autonomia profissional;

II - O direito à ampla defesa e a devida obediência às normas legais e vigentes no caso de admissão e exclusão de membros, que será decidida pelo Corpo Clínico;

III - O acesso à Unidade de Saúde e seus serviços;

IV - Conforme o caso e categoria, votar e ser votado;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - Receber remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;

VI - Comunicar falhas observadas na assistência prestada e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

VII - Assistir seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;

VIII - Eleger o Diretor Clínico e o Vice-Diretor;

IX - Participação nas Assembleias e reuniões.

CAPÍTULO VIII
DAS COMISSÕES HOSPITALARES

Art. 18. É dever dos membros do Corpo Clínico participarem das seguintes comissões hospitalares:

I - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); II - Comissão de Análise de Óbitos;

III - Comissão de Revisão de Prontuários.

CAPÍTULO IX DAS PUNIÇÕES

Art. 19. Será passível de punição o membro do Corpo Clínico que:

I - Não observar o Regulamento, este Regimento, normas técnicas e administrativas da Policlínica;

II - Praticar atos que evidenciem seu despreparo para o exercício profissional, sob os pontos de vista ético e técnico;

III - Praticar atos médicos contrários à legislação vigente;

IV - Praticar atos que causem danos financeiros a Instituição ou a terceiros.

§1º Constatada a prática de uma atitude que se enquadre nas disposições acima, será o fato levado ao conhecimento do médico, mediante qualquer meio, sendo garantido ao infrator amplo direito de defesa, que deverá ser feita por escrito e entregue ao Diretor Técnico no prazo improrrogável de 15 (quinze) dias a contar de sua citação.

§2º Eventual violação do Código de Ética Médica deverá ser julgada pelo corpo clínico e apresentada, caso seja necessário, ao CRM e/ou Comissão de Ética Médica.

§3º Salvo os casos de gravidade manifesta que exijam aplicação imediata de penalidade mais severa, a imposição das penas obedecerá à gradação deste artigo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

§4º No caso de indício de infração ética, será remetida cópia da sindicância procedida ao CRM , que tomará as providências cabíveis de sua alçada.

§5º As transgressões a este Regimento, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores às seguintes penas:

a) Advertência verbal;

b) Advertência por escrito;

c) Suspensão de suas atividades;

d) Exclusão do Corpo Clínico. (Esta penalidade deverá ser homologada em Assembleia Geral do Corpo Clínico).

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20. É função do Diretor Clínico, manter este Regimento devidamente atualizado e aprovado, com revisão prevista a cada troca de mandato.

CAPÍTULO XI
DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 21. O presente Regimento entra em vigor a partir da data de sua aprovação e assinatura dos Diretores Geral, Técnico e Clínico.

Art. 22. Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pela Diretoria da Policlínica ou Conselho Regional de Medicina.

Art. 23. O Regimento deverá ser observado integralmente por todos os membros do Corpo Clínico, que será disponibilizado a cada médico, mediante protocolo de entrega e responsabilidade sobre o mesmo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

1.1.3. Implantação de processos

1.1.3.1. Proposta de manual de protocolos assistenciais

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado especificas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada.

São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer.

Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais.

Um protocolo contém vários procedimentos. Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional.

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases solidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois:

- Agilizam e uniformizam o atendimento;
- Facilitam condutas descentralizadas;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Diminuem a margem de erro;
- São Importantes nos processos de Gestão do atendimento aos usuários;
- São valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços;
- Facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e
- medicamentos de alto custo etc.);
- Melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas;
- Melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos
- resultados;
- Garante maior segurança;
- Otimiza a utilização dos recursos operacionais;
- Reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um
- controle mais apurado sobre os estoques;
- Otimiza a produtividade dos trabalhadores;
- Garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

A Proposta de Manual de Protocolo Assistenciais a serem implantados na Policlínica, serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos na Policlínica Norma Zero.

Após a elaboração todos documentos serão revisados pelo Coordenador do Núcleo de Qualidade e/ou responsável pelo Coordenador da Área, e aprovados pela Diretoria.

Como Criar/Padronizar Protocolo Assistencial Forma para Elaboração de documentos

Objetivo

Definir critérios e requisitos para a elaboração, manutenção e padronização da apresentação de documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos clínicos. Todos os documentos criados pela instituição serão disponibilizados na intranet.

Referência

Não aplicável.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Aplicabilidade

Nos setores correspondentes à temática do Protocolo

Responsabilidades

Coordenadores, Gerentes e Diretores.

Materiais Necessários

Analisar cada caso

DEFINIÇÕES

Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse
SCIrAS — Setor de Controle de Infecções relacionada a Assistência à Saúde

Conceitos

Esta norma utiliza-se de diversos termos e nomenclaturas de documentos que tem sua definição abaixo, a fim de padronizar os conceitos:

- Política - Conjunto de intenções e diretrizes definidas pela empresa, que indica "O QUE" e norteiam todas as atividades, atendendo à Visão e Missão da instituição.
- Plano - Documento resultante de um processo de planejamento que precede e determina as estratégias e apões da instituição, relacionadas a um assunto em específico.
- Norma - Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção da Policlínica que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades elou produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.
- Procedimento Operacional Padrão — É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

inerentes a um processo. Nele especifica- se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do "COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. As etapas operacionais (7. Descrição dos Procedimentos) podem ser de forma descritiva ou gráfica (fluxograma).

- Protocolo — Descrição de um plano ou conjunto de etapas específicas da assistência, que contém o que se faz, quem faz e como se faz, visando direcionar os profissionais assistenciais na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde; as diretrizes médicas se encaixam nessa categoria (Ex. Protocolos clínicos usados no tratamento de paciente Politraumatizados, Protocolo de cirurgia segura, etc).

Composição de Documentos

Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterá itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

- Objetivo — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o assunto de que trata o documento.
- Referência — item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais, etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos).
- Aplicabilidade — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento. Responsabilidade — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.
- Materiais Necessários — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.
- Definição — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.
- Descrição do Procedimento — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo elou atividade a ser realizada.
- Tarefas Crítica/Especiais — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Indicadores — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.
- Documentos de Apoio — são todos os documentos utilizados ou referidos na descrição do documento podendo ser utilizados no seu formato original (opcional).
- Controle de Revisões Efetuadas — tabela com data e motivo das revisões ocorridas. Políticas, planos e protocolos deverão seguir o mesmo padrão dos POPs e normas; Descrição de Procedimento. Descrição do Protocolo.
- Ciclo de Aprovação Elaboração — É a fase inicial do documento, ou seja, o momento em que o documento foi criado. Nesse campo consta a data de elaboração e o nome do responsável pela criação desse documento.

Importante: Os anexos devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

Revisão

- Após criação do documento, o supervisor/coordenador/gerente/diretor da área deve revisar e avaliar conteúdo. Nesse campo consta a data em que o documento foi revisado e o nome do responsável que revisou.
- Revisão do SCIrAS — Após a revisão do documento, o SCIrAS revisa todo conteúdo e se está de acordo com suas normas.
- Nesse campo consta a data em que o documento foi enviado/ revisado e o nome do responsável SCirAS que realizou a revisão.
- Aprovação Núcleo de Qualidade - Após a revisão do SCIrAS elou do superior da área, a Qualidade avalia o conteúdo e estrutura do documento, e se está de acordo com a norma zero. Nesse campo consta a data em que o documento foi validado pela Qualidade e o nome do responsável que analisou.
- Aprovação Diretoria e Finalização - Após aprovação do NQ, o documento é encaminhado para Diretoria avaliar e efetuar a assinatura. Todos os documentos deverão ser assinados pela Diretoria Geral, seguido pela Diretoria Técnica tratando-se dos documentos assistenciais e Diretoria Administrativa tratando-se dos documentos gerenciais. Nessa fase não se é permitida a alteração do conteúdo.
- Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento utilizando o mesmo número de versão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.
- No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta eletrônica de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá: A cada 02 anos, ou conforme necessidade.

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

Hierarquia dos Documentos

I Políticas;
II Protocolos e Planos;
III POP e Fluxograma;
IV Registro da Qualidade.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Fonte do corpo do documento

I O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.
II Formatação da impressão dos documentos: Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, Fonte Arial 12, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm, rodapé 2 cm, espaço entre linhas 1,5 cm e espaço depois do parágrafo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III Os documentos estarão disponíveis via eletrônica, em pasta na intranet com acesso apenas para visualização, sem permissão de impressão.

IV Os setores que necessitarem de cópias dos documentos deverão solicitar os mesmos à qualidade para providência com cópia controlada.

Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, procedimentos, normas e protocolos da Policlínica, tem a logo da instituição no cabeçalho.

Título do documento

Documento: deve ser claro e conciso (o mais curto possível), centralizado e todo em letras MAIÚSCULAS, na fonte ARIAL 14.

Número de identificação do documento obedecendo à seguinte regra:

- Número da Versão;
- Número de Revisão, caso já tenha ocorrido; Data da Criação; Sigla do tipo de documento;
- Sigla do Setor (no caso de a gerência ter mais de um setor);
- Número do documento (por ordem de criação por setor elou gerência) Exemplos: POP.ENF.UTI.OI POP.ADM.IO

Abaixo as siglas padronizadas utilizadas na Policlínica:

NOR — Norma
PC - Protocolo Clínico PLA - Plano
POP — Procedimento Operacional Padrão POL - Política
PG — Procedimento Gerencial

Siglas setoriais:

ADM — Administração AMB Ambulatório - AUD
Auditoria CC — Centro Cirúrgico
CME — Central de Material e Esterilização
COMP - Compras

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

DP - Departamento Pessoal EMERG - Emergência

EDA — Endoscopia ENF — Enfermagem FARM - Farmácia FAT — Faturamento FISIO - Fisioterapia

GP — Gestão de Pessoas HIG — Higiene

GTI — Informática INT — Internação LAB — Laboratório LAV — Lavanderia ENGE — Manutenção

SCIrAS — Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde NIR — Núcleo Interno de Regulação

SGQ — Sistema Gestão da Qualidade RECEP - Recepção

SAME — Serviço de Arquivo Médico

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica UTI Unidade de Terapia Intensiva AT Agência Transfusional

EMTN — Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional DEP — Diretoria de Ensino e Pesquisa

SS — Serviço Social FONO — Fonoaudiologia

ODONT — Setor de Odontologia SND - Serviço de Nutrição e Dietética PSIC — Psicologia

LAVAN - Lavanderia

DDRH — Recursos Humanos

NSP — Núcleo de Segurança do Paciente EP — Educação Permanente

ANEST — Serviço de anestesiologia INST — Institucional

ACUPU - Acupuntura OUVI - Ouvidoria

SESMT — Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho PICS — Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Fases do documento

Cada documento criado passa por um processo de aprovação, como:

- Elaboração do documento:
  - Revisão do documento;
  - Revisão do documento pelo SCIrAS, caso necessário.

- Aprovação do documento
- Finalização do documento
- Após a finalização do documento e criação da lista mestra conforme modelo

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

padrão, a mesma deverá ser encaminhada à diretoria para assinatura, validando assim os documentos relacionados e então encaminhar os documentos assinados à qualidade.

- Apenas após a lista mestra ser assinada, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos para acesso na intranet.
- Os documentos de terceiros poderão seguir a logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação enterro da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor.
- Apenas após receber os documentos e a lista estar assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

Tarefas Críticas/Especiais

Os Documentos de terceiros poderão seguir logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação interno da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de especifica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e lista mestra assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

INDICADORES

Não se aplica

DOCUMENTOS DE APOIO

Os Documentos a serem elaborados envolverão toda Policlínica, nas áreas administrativas e assistenciais. Para a ABEAS todos os colaboradores da Policlínica, bem como pacientes, acompanhantes e familiares serão beneficiados. O alinhamento das documentações voltadas à estruturação da assistência e melhoria dos processos de trabalho são pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

Protocolos Assistenciais - Medidas de Controle de Qualidade

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava- se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário.

A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais da Policlínica.

LOGOTIPO Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse	PROTOCOLO INSTITUCIONAL	IDENTIFICAÇÃO: PROTOCOLO XXX
NOME DO PROTOCOLO:		

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

ESPECIALIDADE:	
Executante:	
Resultados esperados:	
Recursos necessários:	
Atividades: • Introdução e descrição do protocolo; • Revisão de Literatura; • Definição e diagnóstico; • Justificativa e Objetivo; • Critérios de Elegibilidade; • Critérios de Exclusão; • Tratamento proposto; • Indicador de monitoramento; • Referências Bibliográficas;	
• Anexos	
Cuidados:	
Ações em caso de não conformidade:	
Elaborado em:	Responsável:
Aprovado em:	Responsável:
Revisado em:	Responsável:

Todas as ações possuem:

Recursos Necessários: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Condições necessárias: situação existente que justifica a ação Cuidados especiais: itens de verificação necessários para o início do procedimento.

Executor: profissional responsável pela ação.

Ações: descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.

Resultados Esperados: listagem dos resultados esperados.

Ações corretivas: ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.

Riscos/ Tomada de decisão: listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas Anexos: material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores da Policlínica.

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

Os protocolos de enfermagem se constituem como ferramenta para normatização e ampliação da clínica do Enfermeiro nos diferentes pontos da rede de atenção. Integra múltiplos documentos e recomendações, baseados em evidências em uma ferramenta ampla e concisa.

Objetivos:

- Cumprir a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem protegendo a prática clínica do Enfermeiro;
- Otimizar o processo de trabalho do Enfermeiro;
- Promover atendimento integral ao paciente em que este profissional possui plena capacidade técnica para análise, investigação e tomada de decisão;
- Aproximar os Enfermeiros às diversas diretrizes internacionais da prática de Enfermagem.
- Validar práticas recorrentes nas Unidades de Saúde por necessidade na agilização de processos de trabalho.

Administração de Inalação por Oxigenoterapia

Finalidades:

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, a fim de facilitar sua

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

expectoração;

- Administrar medicamentos absorvidos pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

Material Necessário:

- 01 bandeja;
- 01 Kit de inalação;
- Medicamento prescrito;
- 01 seringa 10ml;
- 01 agulha 40X12;
- 01 ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Fluxômetro de O2.

Pré - Execução:

- Conferir prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);
- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;
- Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Instalar o fluxômetro na fonte de O2 e conectar a extensão do kit de inalação ao fluxômetro;
- Elevar decúbito do paciente entre 30 a 45º ;
- Aspirar o soro fisiológico da ampola com o auxílio da agulha, instilar no inalador através do orifício de conexão da máscara, acrescentar o medicamento prescrito utilizando a mesma técnica;
- Regular o fluxômetro entre 5 a 7 l/min;
- Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

boca;

- Após o término da solução, desligar o fluxômetro e proteger o inalador com saco plástico transparente;
- Deixar o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós – Execução:

- Desprezar o material em local pré-determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação:

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos;
- Expectoração eficiente.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas;
- Efeitos colaterais dos medicamentos: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

Administração de Medicação Tópica

Finalidades:

- Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze (se necessário), medicação prescrita e 01 bandeja.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a aplicação do medicamento prescrito;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado;
- Realizar as anotações necessárias;
- -Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Presença de rubor e calor local.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e colateral: Retirar medicação do local medicado com soro fisiologico 0,9%, avisar o médico.

Administração de Medicação Via Endovenosa

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Finalidades:

- Administrar solução de medicação direto na corrente sangüínea.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento;
- 02 álcool Swab;
- medicação à ser administrada;
- 01 seringa;
- 01 agulha;
- 01 protetor de conexão 02 vias;
- 1 bandeja;
- 01 bureta com soro correspondente a diluição da medicação (se necessário).

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 "C";
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução à ser administrada;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia do local da infusão (conexão 2 vias);
- Adaptar a seringa a conexão;
- Abrir o Clamp;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Testar a permeabilidade da via;
- Injetar a medicação prescrita lentamente;
- Fechar o Clamp e desconectar a seringa; após término.
- Proteger a conexão;
- Em caso de uso da bureta, proceder a antissepsia do injetor e introduzir a medicação na bureta;
- Abrir a pinça da bureta e controlar o gotejamento conforme tempo de infusão estipulado para a solução;
- Em caso de cateter intermitente, após o término de medicação permeabilizar a via com SF 0,9% no volume indicado;
- Em caso de infusão contínua com bureta adicionar soro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar se há infiltração tecidual;
- Avaliar se houve contaminação;
- Avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração Tecidual: Trocar via de acesso;
- Contaminação: Repetir o procedimento;
- Efeito Colateral: Avaliar a queixa do paciente comunicar ao enfermeiro / médico com urgência.
- Reações pirogênicas: seguir protocolo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Administração de Medicação Via Intradérmica

Finalidades:

- Manter níveis séricos de medicação para rápida atuação no organismo, introduzindo-o abaixo da epiderme para a identificação de processos alérgicos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 seringa de 1 ml, 01 agulha 13X4,5, medicação a ser administrada, álcool Swab e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar a medicação prescrita;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Identificar a área de aplicação;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer antissepsia do local, de cima para baixo;
- Introduzir a agulha 15 graus de angulação, com bisel para cima;
- Injetar a medicação, observando a formação de pápula;
- Retirar a agulha com um movimento único;
- Não esfregar o local;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Administração incorreta de medicamento: utilizar técnica para administração intradérmica;
- Abcesso, ulceração local, necrose do tecido: avaliar condições do local de aplicação, comunicar médico, administrar medicação prescrita.

Administração de medicação via intramuscular

Finalidades:

- Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida;
- Utilizada para administração de substâncias irritantes, inferiores a 05 ml;
- Absorção, via preferencial para a administração de drogas potentes e tóxicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 seringa de 5 ml;
- 01 agulha de acordo com o paciente;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- 01 agulha 40X12;
- medicação a ser administrada;
- 01 álcool swab;
- 01 carrinho de medicação;
- 01 algodão seco.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação prescrita;
- Fazer a assepsia da ampola/frasco;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o paciente na posição adequada para aplicação;
- Proceder a antissepsia da área escolhida;
- Fazer a prega muscular aprisionando o músculo enter o polegar e o indicador, com a mão não dominante;
- Introduzir a agulha, perpendicularmente ao músculo;
- Soltar a prega muscular e aspirar o êmbolo da seringa;
- Injetar a medicação lentamente;
- Retirar a agulha pressionando a região com algodão;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais à medicação administrada;
- Avaliar local de aplicação.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e efeitos colaterais a medicação prescrita: comunicar a enfermeira;
- Contaminação: desprezar o material e reiniciar o procedimento;
- Hiperdistrofia muscular por falta de rodízio de local de aplicação: comunicar a enfermeira;
- Hiperemia e edema local: comunicar a enfermeira para avaliação;
- Hematoma: comunicar a enfermeira para avaliação;

Administração de Soro

Finalidades:

- Nutrir e hidratar o paciente; restabelecer o volume líquido do organismo; elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingestão hídrica;
- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Suporte de soro
- 01 bandeja;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- solução a ser administrada;
- 01 equipo de soro;
- 01 par de luvas de procedimentos;
- 01 álcool Swab;
- 01 rótulo;
- 01 conector, se necessário.

Pré – Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar material necessário;
- Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do paciente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto,horário do início e término e assinatura;
- Lavar as mãos;
- Adaptar o equipo ao frasco de soro;
- Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
- Confeccionar e fixar escala de soro;
- Colocar os materiais na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro no suporte;
- Calçar a luva de procedimento;
- Realizar a antissepsia da conexão;
- Conectar o equipo ao cateter venoso ou conexão;
- Abrir o controlador de gotas do equipo;
- Controlar o gotejamento de acordo com a prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Colocar tala para restrição, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado

Avaliação:

- Checar permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar volume/horário;
- Mensurar dados vitais;
- Observar infiltração tecidual

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: trocar acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume e eletrólitos comunicar ao médico;
- Alteração vitais: mensurar dados vitais, comunicar ao médico;
- Flebite química: trocar acesso venoso.

Atuação em Cardioversão Elétrica

Finalidades:

- Reversão de arritmias cardíacas.

Material Necessário:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Máscara ou cateter de O2;
- cardioversor/desfibrilador;
- pasta condutora;
- biombo;
- monitor cardíaco;
- medicamentos prescritos;
- carro de urgência.

Pré – Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material necessário;
- Checar e testar todo material necessário;
- Fechar as portas ou isolar a área com biombo;
- Observar a voltagem do aparelho em relação a rede local;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Puncionar veia caliborsa ou preparar material para dissecção de veia central, se houver indicação médica;
- Monitorar o paciente com o cabo de monitorização do próprio cardioversor;
- Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação;
- Retirar as pás do suporte e colocar pasta condutora na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra para espalhar a pasta de modo uniforme; entregar as pás para o médico;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Promover sedação do paciente, C.P.M.;
- Acionar a tecla liga do painel dianteiro, ligando o aparelho;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Acionar a tecla SINC do painel dianteiro, para aquisição do sinal de

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

sincronismo;

- Programar a carga solicitada pelo médico;
- Manter as pás no tórax do paciente e verificar o rítmo cardíaco, se necessário repetir o procedimento sincronizando novamente o aparelho;
- Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que a mesma esteja estável;
- Manter a unidade em ordem.

Pós - Execução:

- Encaminhar e desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o processo realizado.

Avaliação:

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar nível de consciência;
- Avaliar padrão respiratório.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Em caso de queimadura - Proteger a área c/ gaze Rayon, e seguir prescrição médica;
- Em caso de fibrilação Ventricular - Manter cardioversor em padrão assincrônico e promover protocolo de desfibrilação ventricular;
- Em caso de rebaixamento do nível de consciência manter vias aéreas pérveas, oxigenação adequada, Monitorização.

Atuação em Parada Cardiorrespiratória

Finalidades:

- Restabelecer as funções básicas de vida.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Material Necessário:

- Luva de procedimento, material e equipamentos de emergência.

Pré - Execução:

- Constatar PCR (checar responsividade, ausência de pulso carotídeo e ausência de respiração);
- Acionar equipe interdisciplinar;
- Encaminhar material/equipamentos para o leito do paciente (no Departamento de Emergência encaminhar o paciente para a sala de emergência);
- Solicitar a saída de familiares do quarto.

Execução:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, posicionando a tábua sob o tórax;
- Checar ritmo cardíaco através do desfibrilador, posicionando as pás sobre o tórax (nos setores de pediatria deverá ser instalado monitor cardíaco);
- Conectar o ambu a fonte de oxigênio;
- Hiperextender o pescoço;
- Observar a permeabilidade das vias aéreas superiores;
- Adaptar a máscara do ambu sobre a boca e o nariz do paciente, promovendo compressão suficiente para evitar escape de ar;
- Ventilar duas vezes;
- Observar frequência respiratória e cardíaca;
- Posicionar as mãos dois dedos acima do apêndice xifoide, sobre o esterno, e iniciar a massagem cardíaca. Tratando-se de pré-adolescentes. Massagear com uma mão, na mesma região descrita e com dois dedos os recém nascidos;
- Contar o número de compressões em voz alta, solicitando duas ventilações a cada 30 compressões;
- Após um minuto de manobras, avaliar efetivamente o procedimento;
- Continuar a manobra até reestabelecimento do paciente ou chegada da equipe;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Providenciar acesso venoso calibroso;
- Administrar medicação, conforme solicitação médica;
- Solicitar a um terceiro colaborador, que prepare material para intubação.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Fazer contato com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva para passar o plantão:
- Transportar o paciente com segurança para com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva:
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar prescrição médica;
- Proceder a orientação dos familiares;
- Caso necessário, contatar familiares e médico responsável;
- Acionar o serviço de limpeza;
- Repor materiais e medicamentos.

Avaliação:

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar fratura/escoriações/queimaduras;
- Avaliar se há obstrução de orofaringe.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queimaduras: Proteger a área lesada;
- Em caso de trauma em orofaringe, promover, retirar corpos estranhos promover compressão local, verificar avaliação da equipe de Endoscopia / Broncoscopia;
- Em caso de fraturas de arcos costais, verificar lesão preliminar e proceder conforme orientação médica.

Coleta de sangue arterial

Finalidades:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Colher material necessário para auxiliar no diagnóstico do paciente.

Material Necessário:

- 01 seringa de 01 ou 03ml;
- Escalpe;
- Heparina;
- 01 par de luva de procedimento;
- 01 álcool Swab;
- 01 agulha hipodérmica descartável;
- 01 oclusor de punção (fornecido pelo laboratório);
- 01 pacote de gaze.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Heparinizar a seringa e o escalpe;
- Identificar a seringa com a etiqueta do paciente.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Escolher o local da punção (Braquial ou Radial);
- Posicionar o paciente e restringí-lo, se necessário;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia da pele com movimentos em uma única direção (aguardar a pele secar);
- Introduzir a agulha no plano subcutâneo com o bisel para cima, em uma ângulo de 45º;
- Certificar-se que puncionou a artéria;
- Aspirar a quantidade de sangue necessário;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Retirar o escalpe, e fazer compressão local com algodão seco;
- Retirar o escalpe da seringa;
- Proteger a seringa com agulha encapada nova;
- Identificar a seringa com etiqueta do paciente;
- Verificar se o sangramento parou, e colocar o oclusor de punção;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Acondicionar a amostra em geladeira;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar o laboratório para retirar a amostra;
- Proceder às anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar técnica de punção.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Hematoma: Observar evolução, solicitar ao médico responsável prescrição de medicamento;
- Lesão na pele: Observar evolução da lesão, fazer curativo s/n;
- Contaminação: Observar evolução, acionar DCIH; - Lesão de nervo radial: Observar evolução da lesão, comunicar médico responsável.

Coleta de sangue venoso

Finalidades:

- Determinar compatibilidade de grupos e fatores sanguíneos;
- Auxiliar o diagnóstico.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Material Necessário:

- 01 Seringa;
- 01 escalpe;
- 01 garrote;
- recipientes próprios para a coleta;
- 01 par de luvas;
- 01 álcool Swab;
- 01 oclusor de punção (cedido pelo laboratório);
- gaze seca;
- 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o recipiente com etiqueta do paciente;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro;
- Fazer antissepsia da área a ser puncionada em um único sentido;
- Puncionar a veia de melhor acesso;
- Coletar o sangue;
- Comprimir o local com gaze seca;
- Injetar o sangue coletado no frasco de recipiente próprio;
- Fazer curativo no local da punção;
- Homogeneizar delicadamente o sangue no meio de cultura;
- Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Checar prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Solicitar ao laboratório que encaminhe a amostra. Avaliação:
- Coleta de material de maneira correta.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação do material: orientar quanto a técnica de coleta, repetir o procedimento;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Hematomas pós punção: realizar compressa fria no local.

Controle de Diurese – Adulto

Finalidades:

- Avaliar a função renal, condições hemodinâmicas do paciente e auxiliar no diagnóstico de doenças específicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 cálice graduado;
- 01 comadre ou papagaio;
- 01 bandeja pequena;
- etiqueta do paciente.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e familiares quanto ao procedimento;
- Identificar o cálice graduado com a etiqueta do paciente;
- Calçar as luvas;
- Solicitar que o paciente urine na comadre ou papagaio;
- Armazenar o volume urinário no cálice graduado, até o término do período;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Perdas e características do material coletado.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Perda do material: anotar a perda, e continuar a fazer o controle da diurese.

Controle de glicemia com aparelho

Finalidades:

- Quantificar a glicose sérica do paciente;

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento;
- 01 Lanceta;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- 01 álcool Swab;
- 01 unidade de gaze não esterilizada;
- 01 lanceteador;
- 01 fita reagente para sangue;
- aparelho dosador de glicose;
- 01 bandeja pequena.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar a lanceta ao lanceteador e armá-lo;
- Observar o rodízio no local da punção;
- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado (em criança utilizar o calcâneo);
- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente (certificar-se que o lote da fita correspondente a amostra do aparelho);
- Lancetear o local selecionado;
- Colocar uma gota de sangue no local determinado da fita reagente;
- Oferecer gaze ao paciente para a compressão da região perfurada (em criança fazer compressão da região perfurada);
- Proceder a leitura do aparelho;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias e comunicar o resultado;
- Guardar o aparelho dosador em local apropriado.

Avaliação:

- Coleta de material insuficiente: reiniciar o procedimento;
- Descalibragem ou defeito do aparelho: calibrar o aparelho e reiniciar o procedimento;
- Hematomas: comunicar a enfermeira que fará avaliação;
- Contaminação: comunicar a enfermeira.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Comparar o resultado com sinais e sintomas;
- Avaliar a calibragem e efetividade do aparelho;
- Integridade cutânea.

Controle de temperatura

Finalidades:

- Detectar alterações na temperatura corpórea.

Material Necessário:

- Termômetro, 02 Álcool Swab e 01 Bandeja.

Pré - Execução:

- Observar rotina da unidade;
- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Proceder a limpeza da ponta de mercúrio do termômetro até a parte distal com álcool swab;
- Zerar o termômetro;
- Escolher o local para verificação de temperatura, dando preferência para região axilar;
- Colocar o termômetro na axila do paciente, solicitar para que deixe o braço imóvel, esperar 3 minutos;
- Proceder a leitura do termômetro;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Limpar o termômetro com álcool swab, da parte distal para a ponta de mercúrio;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

Avaliação:

- Avaliar resultados;
- Avaliar posicionamento adequado;
- Avaliar integridade cutânea;
- Avaliar tempo de mensuração.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de pele por quebra do termômetro: interromper o procedimento e realizar curativo; comunicar a enfermeira.
- Mensuração incorreta: reiniciar o procedimento;
- Quebra do equipamento: reiniciar o procedimento com novo equipamento.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Curativo de Ferida Limpa

Finalidades:

- Auxiliar na cicatrização, proteger contra o meio externo e prevenir infecções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento;
- pacote de curativo;
- gazes;
- soro fisiológico 0,9%;
- , 01 saco de lixo;
- 01 tesoura;
- 01 bandeja, (a quantidade dependerá da extensão da ferida).

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o saco de lixo em local próximo ao leito;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar com o material esterilizado;
- Calçar luvas;
- Utilizar técnica asséptica;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Retirar o curativo anterior;
- Solicitar avaliação do enfermeiro;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Desprezar o curativo sujo no saco de lixo;
- Retirar as luvas;
- Lavar ferida com SF 0,9%;
- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, do centro para as bordas;
- Secar a ferida;
- Proteger a ferida com gazes (se necessário);
- Fixar o curativo com micropore (se necessário);
- Deixar o paciente confortável e com campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

Desprezar material utilizado no expurgo;
Lavar as mãos;
Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Evolução da ferida;
- Quantidade e aspecto da secreção;
- Integridade cutânea.

Riscos/ Tomada de Decisão:

- Contaminação: rever técnica de curativo;
- Lesão da pele: utilizar proteção para a borda da ferida, prescrita pelo enfermeiro, observar evolução;
- Deiscência: avaliar e prescrever curativo, comunicar ao médico.

Lavagem Gástrica

Finalidades:

- Preparar o aparelho digestivo para exames ou cirurgias, estancar hemorragias gástricas ou esofágicas usando líquidos gelados e remover do estômago

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

conteúdo gástrico excessivo ou nocivo.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento;
- 01 sonda gástrica com o número compatível com o tamanho do paciente;
- 01 cuba-rim;
- Esparadrapo;
- Micropore;
- soro fisiológico 0,9% 500ml;
- 01 seringa de 10ml ou 20ml;
- 01 tubo de Xilocaína geleia;
- Gaze;
- 01 coletor de urina aberto ou saco coletor;
- 01 equipo com injetor lateral.

Pré - Execução:

- Observar a prescrição médica;
- Preparar material;
- Solicitar o auxílio para a realização do procedimento, se necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar luvas;
- Realizar sondagem gástrica conforme técnica própria;
- Fixar a sonda com micropore;
- Com a seringa, verificar se reflui suco gástrico ou resíduos;
- Infundir soro fisiológico 0,9% ou outra solução em seringa ou através do equipo, conforme prescrição médica;
- Aspirar o mesmo volume de solução que foi infundida, se necessário;
- Fazer lavagem até que o líquido retorne totalmente límpido, ou conforme

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

orientação do enfermeiro / médico;

- Desprezar o líquido em cuba-rim se necessário;
- Observar aspecto, volume da solução retirada;
- Manter sonda aberta / fechada conforme orientação médica;
- Manter o paciente confortável e com a campainha a seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar fixação da sonda posicionamento adequado;
- Avaliar distensão abdominal;
- Avaliar débito (aspecto e volume);
- Avaliar presença de náuseas e vômitos.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Mobilização da sonda: Reposicionar a sonda;
- Bronco aspiração: Fazer aspiração naso-traqueal, verificar insuficiência respiratória e manter decúbito elevado;
- Distensão abdominal: Abrir / Aspirar sonda, observar náusea e vômitos;
- Posicionamento da sonda: verificar posicionamento da sonda e se necessário providenciar. reposicionamento.

Transporte do paciente da Cadeira de Rodas / Poltrona Para ambulatório ou sala de procedimentos

Finalidades:

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida de maneira segura.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Material Necessário:

- 01Par de Luvas de procedimento.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar a cadeira de rodas/poltrona junto do paciente;
- Travar a cadeira de rodas;
- Calçar as luvas;
- Colocar um braço sob a axila do paciente, e solicitar que o ajudante faça o mesmo;
- Girar o corpo do paciente, deitando-o;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Posicionamento correto mantendo medidas de segurança e confortabilidade.

Riscos / Tomada de Decisão:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Queda do paciente: solicitar ajuda, solicitar avaliação do médico plantonista, comunicar o médico do paciente.

Punção Venosa

Finalidades:

- Obter acesso venoso periférico para infusão de soluções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento;
- 02 álcool Swab;
- micropore (20cm);
- 01 tesoura;
- 01 garrote;
- 01 cateter venoso periférico;
- conexão de 2 vias e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Observar rede venosa periférica, selecionando o melhor acesso;
- Escolher cateter venoso mais adequado e cortar o micropore;
- Calçar as luvas;
- Colocar o garrote;
- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado em um único sentido;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Segurar o membro a ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;
- Com a mão dominante, proceder a introdução do cateter venoso, com bisel da agulha para cima, numa angulação de 15 a 30 graus, de 1 a 2cm abaixo do ponto onde a agulha penetra a veia;
- Mantendo a pele tracionada, introduzir a agulha na veia lentamente;
- Após a introdução completa do cateter, retirar o garrote e conectar-se o que estiver prescrito;
- Fixar o cateter com micropore e datá-lo;
- Limpar o local da punção, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

Avaliar integridade da pele;
Avaliar o posicionamento adequado do cateter;
Avaliar o calibre adequado de cateter;
Avaliar permeabilidade da veia;
Avaliar se há hiperemia, dor e edema;
Avaliar a fixação adequada.

Risco / Tomada de Decisão:

- Garroteamento Excessivo: Soltar o garrote;
- Flebite: Observar evolução, anotar em prontuário, elevar membro;
- Transfixação do cateter: Fazer compressão no local;
- Extravasamento de líquido e hematoma: Fazer compressão local, elevar o membro, fazer compressa com bolsa de água quente.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Retirada de Pontos

Finalidades:

- Retirar pontos após o processo de cicatrização.

Material Necessário:

- Bandeja;
- pacote de curativo;
- gaze esterilizada;
- soro fisiológico 0,9%;
- saco de lixo;
- 01 par de luvas de procedimento;
- lâmina de bisturí descartável.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o material a ser usado próximo do paciente;
- Aproximar o lixo, em posição que não cruze material sujo sobre o limpo;
- Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas o local da incisão;
- Calçar as luvas;
- Retirar o curativo, se estiver usando técnica de curativo simples (usar luvas);
- Verificar as condições de cicatrização, avaliando se os pontos podem ser retirados totalmente ou alternados;
- Colocar o pacote de curativo sobre o carrinho ou bandeja;
- Dispor as pinças num lado, em cima e na borda do campo esterilizado, com

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

auxílio da pinça servente;

- Abrir o pacote de gaze e colocá-las no campo esterilizado distante das pinças;
- Fazer antissepsia da incisão e lavar com SF 0,9%;
- Preparar o bisturí;
- Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;
- Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele;
- Puxar o ponto retirando-o;
- Colocar o ponto retirado sobre a gaze próximo a incisão;
- Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
- Desprezar a gaze;
- Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- Fazer o curativo de acordo com a técnica simples ou contaminado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Preencher a nota de débito e anexar à ficha de atendimento.

Avaliação:

- Presença de secreção e deiscência. Riscos / Tomada de Decisão:
- Sangramento: Compressão local e avisar o médico;
- Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.

Transporte do paciente da maca para o leito

Finalidades:

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Pré - Execução:

- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca com o leito, observando o lado da cabeceira;
- Travar a maca;
- Calçar as luvas;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo do paciente;
- Levar o paciente da maca para a cama de forma sincronizada;
- Virar o paciente para o outro lado e retirar o lençol;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar posição confortável;
- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente;
- Mobilização de drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Transporte do paciente do leito para a maca

Finalidades:

- Transportar o paciente com restrições na deambulação.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 transfer, 01 maca e 01 lençol.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Alinhar a maca ao leito;
- Travar a maca;
- Calçar luvas;
- Colocar o transfer sob o paciente e o lençol;
- Segurar o lençol que encontra-se embaixo da paciente;
- Transferi-lo para a maca de forma sincronizada;
- Virar o paciente de lado e retirar o lençol;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar conforto e segurança do paciente;
- Avaliar posicionamento de drenos e cateteres.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: reposicionar o paciente e comunicar a enfermeira para realizar o exame físico e avaliação do paciente;
- Mobilizar de forma inadequada: reposicionar o paciente e mobilizar adequadamente;
- Mobilização e drenos e cateteres: comunicar a enfermeira para avaliação do paciente e posicionamento correto de drenos e cateteres.

PROTOCOLOS DE SEGURANÇA E QUALIDADE DO PACIENTE

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso.

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente.

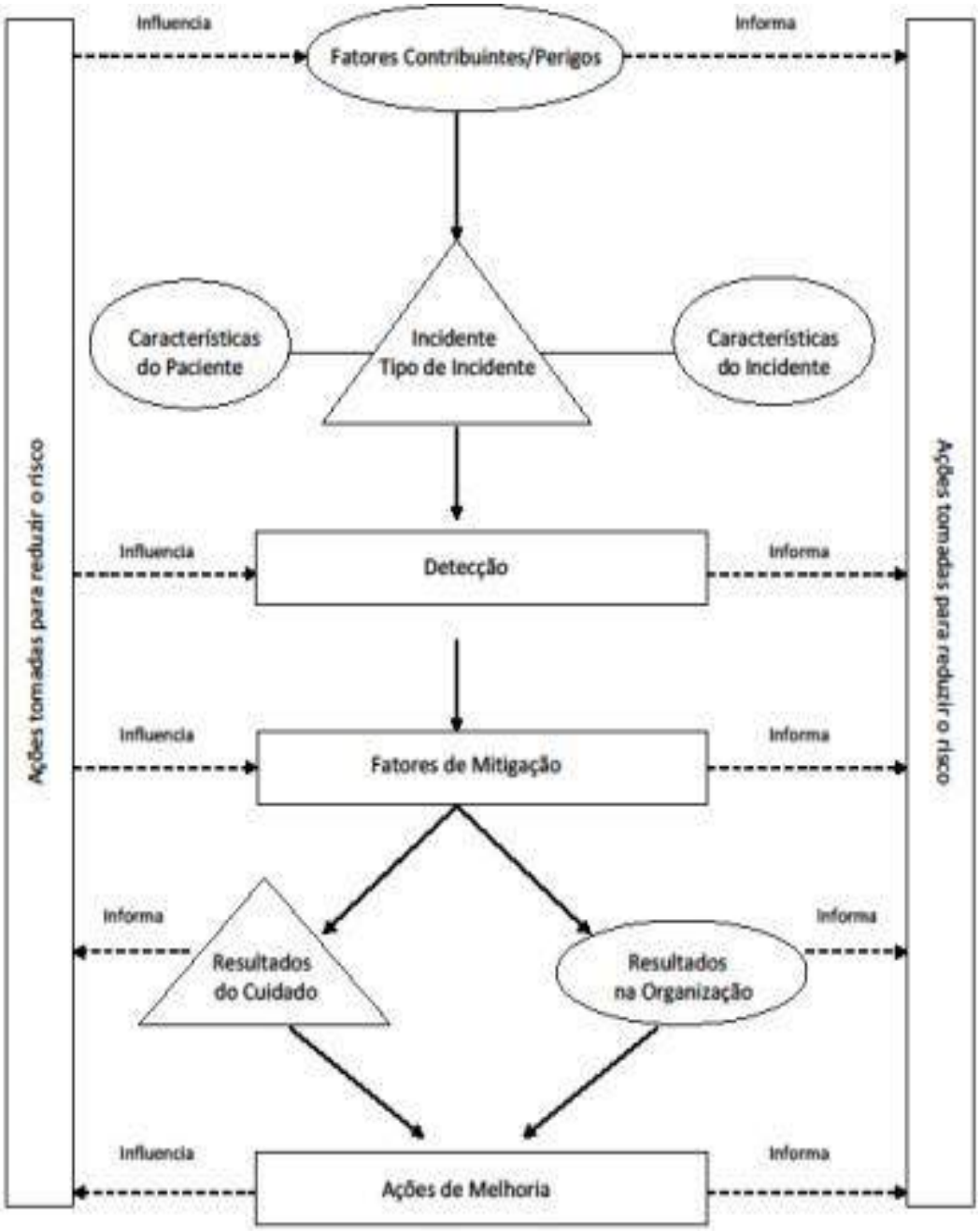
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

Planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde São planos desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde. Na Figura 2, o esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS ajuda a organizar as ações no plano.

Esquema Conceitual da Classificação Internacional de segurança do paciente da OMS

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS pretende fornecer uma compreensão global do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema.

As ações foram diferenciadas da seguinte forma:

- Ações definidas a partir da detecção de um incidente.
- Ações (Fatores de Mitigação) que previnem ou moderam a progressão de um incidente, tomadas depois da ocorrência de um erro que tenha colocado em xeque os mecanismos de prevenção de incidentes existentes.
- Ações de melhoria para aprimorar ou compensar qualquer dano ao paciente depois de um incidente.
- Ações de redução de risco – para prevenir a ocorrência de um mesmo incidente ou de incidente similar e para melhorar a resiliência do sistema**.
- Ações que busquem compreender a realidade e o perfil assistencial do ponto de atenção, possibilitando observar os maiores riscos envolvidos no cuidado. Para a organização do plano é importante que se conheça os fatores contribuintes, que são circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

Os fatores podem ser:

I Humanos – relacionados ao profissional.

II Sistêmico – relacionados ao ambiente de trabalho.

III Externos – relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor. IV. Relacionados ao paciente. Exemplo: não adesão ao tratamento. Conhecer e modificar o fator contribuinte de um incidente é uma ação de prevenção primária.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Segurança do paciente	**Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.**
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

PROTOCOLOS

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Finalidade

- A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Justificativa

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 20031 .

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

Abrangência

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Identificar os pacientes:

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice deste Protocolo.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador:

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos. 5. Procedimento operacional

Identificar o paciente

A identificação de todos os pacientes deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

CASOS ESPECIAIS:

O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Definições Institucionais

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação. Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente número de prontuário do paciente. Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

Os registros dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos. Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve: Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e não se desgastar durante a permanência do paciente na unidade. Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.

A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável. A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na transferência e na alta do paciente.

Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde.

O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde. Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como: o local de onde a pessoa foi resgatada e o horário, o número de registro do atendimento do serviço de ambulância, a descrição física da pessoa. Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

- A administração de medicamentos;
- A administração do sangue;
- A administração de hemoderivados
- A coleta de material para exame
- A entrega da dieta e;
- A realização de procedimentos invasivos.

O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência na unidade, a fim de manter a sua segurança.

Peça ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas NUNCA pergunte ao paciente "você é o Sr. Silva?" porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

COMUNICAÇÃO EFETIVA

OBJETIVO

- Estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de profissionais e/ou pacientes. Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação.

APLICAÇÃO

- Este protocolo deverá ser aplicado nos pontos de assistência de todos os setores da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

DEFINIÇÕES

Fidedignas: Aquilo ou aquele que é de confiança, crédito, veracidade.

Imprescindível: Imprescindível é sinônimo de: indispensável, insubstituível, essencial.

Terminologia: Conjunto de termos específicos ou sistema de palavra.

Read Beack: leia de volta.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

RESPONSABILIDADES

Enfermagem: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

Equipe multidisciplinar: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

DESCRIÇÃO

A comunicação efetiva é relevante em qualquer ambiente. Dessa forma, as instituições reduzem a ocorrência de erros, resultando na melhoria da Segurança do Paciente.

A comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado deve ser clara, para que não comprometa nenhuma etapa da assistência.

A comunicação é a troca de informações envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. A comunicação efetiva é a Segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente.

Falhas na comunicação podem causar sérios danos ao paciente.

Nesta instituição ocorrerá através:

- Comunicação verbal presencial;
- Quadros e/ou painéis de informação;
- Sistema informatizado interno;
- Prontuários e livros de registros;
- Telefones;
- E-mail;

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

Características essenciais para a comunicação efetiva entre os profissionais.

- Clareza

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Precisão
- Objetividade
- Informações completas
- Informações sem ambiguidade

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade.

A transmissão de informações nas Unidades deve ser realizada na forma:

- A passagem de plantão presencial e padronizada a cada troca de turno para todas as categorias de profissionais;
- Entre horário/plantão:
    - nome do cliente
    - diagnóstico médico;
    - estado geral;
    - nível de consciência;
    - dispositivos em uso;
    - exames realizados durante as últimas 24 h;
    - intercorrências e mudanças no quadro de saúde;
    - pendências para os próximos plantões;
    - novas condutas adotadas;
    - inicio de novas drogas e mudanças na infusão/ concentração;
    - troca de local dos acessos venoso periférico;
    - integridade da pele;
- Visitas interdisciplinares com o envolvimento da equipe (Núcleos, Gerências, Coordenadores por áreas entre outros) e, quando possível, do paciente e/ou familiares;
- Discussões interdisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave;
- Rondas em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional, núcleo de segurança do paciente a gestão.
- Sempre confirmar as informações recebidas, repetindo-as para o locutor, com a finalidade de conferir se elas foram compreendidas corretamente;
- Toda anotação deve ser escrita, de forma clara, objetiva, contendo as

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

informações necessárias com relação aos procedimentos e atitudes tomadas e descrever (o que foi feito e o porquê da sua não realização.)

SEQUÊNCIA OPERACIONAL DA ROTINA

I Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente.

II Adotar relatórios escritos, passagem de plantão beira do leito ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos.

III Utilizar quadros e/ou painéis nas unidades com informações sobre pacientes críticos.

IV Respeitar os horários padronizados para as passagens de plantão.

V Promover feedback e read beack em casos de dúvidas decorrentes da falta de clareza na comunicação.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Finalidade:

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

Justificativa:

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes.

Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos.

Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde. Estima- se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis.

No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (highalert medications), que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

Em pesquisa que analisou eventos adversos relacionados a medicamentos que ocorreram em hospital norte-americano de 1994 a 2000, foi observado que mais da metade dos eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos "medication errors" e "Brazil" encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares.

Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Abrangência (âmbito, ponto de cuidado, local de aplicação)

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

Práticas seguras para prescrição de medicamentos

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

- Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
- Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;
- Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;
- Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa; Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;
- Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista;
- Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde.
- Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

Intervenções

Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- nome completo do paciente;
- endereço;
- data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome da Unidade de Saúde; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala.

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente.

A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento.

Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura "NI" (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

Identificação do prescritor na prescrição:

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Identificação da instituição na prescrição:

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor. A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição. O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via.

Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição. É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omisso, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão "ensaio clínico".

Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita.

Exemplos de nomes semelhantes: DOPAmina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; VimBLASTina e VinCRIStina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de "2,5 mL" seja interpretada como "25 mL".

Não utilize "ponto" em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita.

Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g". 5.1.2

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

Alergias: Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

Padronização de medicamentos

A equipe da Policlínica criará uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo.

A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde. Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos. Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico. A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, não deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como "usar como de costume", "usar como habitual", "a critério médico", "se necessário" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), "uso contínuo" e "não parar" devem ser abolidas das prescrições. Quando for preciso utilizar a expressão "se necessário", deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento. Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5ºC. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a "síndrome do homem vermelho", que ocorre com a infusão rápida de vancomicina. É

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

Modificação da prescrição atual ou vigente

Em prescrições ambulatoriais e hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode: Acarretar erro na dispensação; e aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

Prescrições verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento.

A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível. Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

Pontos de transição do paciente

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário.

Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição e entre instituições de saúde distintas, as seguintes ações devem ser realizadas: Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente. O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante: Os pontos de transição dos pacientes na Unidade de Saúde, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.

Nos pontos de transição, especialmente na alta, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

Outras informações importantes para a prescrição segura

O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica. Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração do medicamento. Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros. As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada.

PROTOCOLO HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Finalidade:

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Abrangência

O protocolo em questão deverá ser aplicado em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde que prestam cuidados à saúde, seja qual for seu nível de complexidade, no ponto de assistência. Entende-se por Ponto de Assistência o local onde três elementos estão presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente). O conceito envolve a necessidade de realizar a higiene das mãos nos momentos indicados, exatamente onde o atendimento ocorre. Isto exige o acesso fácil a um produto de higiene das mãos (como por exemplo, a preparação alcoólica) que esteja tão próximo quanto possível – ao alcance das mãos no ponto de assistência ou tratamento do paciente.

Os produtos "point-of-care", no local de atendimento, devem estar acessíveis sem haver a necessidade de o profissional sair do ambiente do paciente (WHO, 2009a). A disponibilização de preparação alcoólica para a higiene das mãos no ponto de assistência ocorre, geralmente, por meio de preparação alcoólica portada pelo profissional (frasco de bolso), dispensadores fixados na parede, frascos fixados na cama / na mesa de cabeceira do paciente ou nos carrinhos de curativos / medicamentos levados para o ponto de assistência (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a).

Definição "Higiene das mãos" é um termo geral que se refere a qualquer ação de limpeza das mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (WHO, 2009a).

De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mãos (que não será abordada neste protocolo), definidas a seguir.

- Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.
- Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.
- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

Intervenções

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Momentos As mãos devem ser higienizadas nos momentos essenciais e necessários dentro do fluxo de cuidados assistenciais para prevenir IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos, seguindo os "Meus cinco momentos para a higiene das mãos" (WHO, 2009a), ou seja:

- ANTES DE TOCAR O PACIENTE
- ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO
- APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS
- APÓS TOCAR O PACIENTE APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.



Indicações para a higiene das mãos

As indicações para higiene das mãos envolvem (WHO, 2009a):

- Higienizar as mãos com sabonete líquido e água quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB)

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

o após uso do banheiro (II);

- Se a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de C. difficile, é preferível realizar a higiene das mãos com sabonete líquido e água (IB);
- Usar a preparação alcoólica como meio preferido para a higiene rotineira das mãos em todas as outras situações clínicas descritas nos itens D(a) a D(f) listados abaixo, se as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA). Em caso de impossibilidade de obter preparação alcoólica para a higiene das mãos, higienizar as mãos com sabonete líquido e água (IB).
- Realizar a higiene das mãos: antes e após contato com o paciente (IB); antes de manusear um dispositivo invasivo para o atendimento ao paciente, independentemente do uso ou não de luvas (IB); após contato com fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou curativos (IA); em caso de deslocamento de um local contaminado do corpo para outro local do corpo durante atendimento do mesmo paciente (IB); após contato com superfícies e objetos inanimados (inclusive equipamentos para a saúde) nas áreas próximas ao paciente (IB); após remoção de luvas esterilizadas (II) ou de procedimento (IB);
- Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos, realizar a higiene das mãos usando preparação alcoólica para as mãos ou lavar as mãos com sabonete líquido comum ou associado a antisséptico e água (IB);
- Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente (II).

Procedimentos Operacionais

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

Finalidade

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (BRASIL, 2010).

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Duração do procedimento:

A fricção das mãos com antisséptico deve ter duração de 20 a 30 segundos. 5.1.3. Técnica Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (WHO, 2006):



Higienização simples

Finalidade

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

HIGIENIZE AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO QUANDO ELAS ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS! CASO CONTRÁRIO, FRICCIONE AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA AS MÃOS.

Entende-se por mãos visivelmente sujas, as mãos que mostram sujidade visível ou que estejam visivelmente contaminadas por sangue, fluidos ou excreções corporais (WHO, 2009a).

Duração do procedimento

A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

Técnica

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos (WHO, 2006):

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!

Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Higienização antisséptica

Finalidade

Promover a remoção de sujidades e de micro-organismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

Duração do procedimento

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

Técnica

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante (BRASIL, 2007).

Estratégia multimodal

Uma melhoria da higienização das mãos bem sucedida e sustentada é alcançada por meio da implementação de um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais.

A Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a; OPAS & ANVISA, 2008b) foi proposta para traduzir na prática as recomendações sobre a higiene das mãos e é acompanhada por uma ampla gama de ferramentas práticas (kit de ferramentas de implementação) prontas para serem aplicadas nos serviços de saúde. Os componentes-chave da estratégia são descritos a seguir (WHO, 2009a):

- Mudança de sistema: assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde.
- Isto inclui dois elementos essenciais: acesso a um fornecimento contínuo e seguro de água, bem como de sabonete líquido e papel toalha; acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência.
- Educação e treinamento: fornecer capacitação regular a todos os profissionais

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

de saúde sobre a importância da higiene das mãos, com base na abordagem "Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos" e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

- Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde, e retroalimentando estes resultados (feedback).
- Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.
- Clima de segurança institucional: criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente, e no qual a melhoria da higiene das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis, incluindo:
    - a participação ativa em nível institucional e individual;
    - a consciência da capacidade individual e institucional para mudar e melhorar(autoeficácia);
    - parcerias com pacientes e organizações de pacientes.

1.1.3.2. Proposta de manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos

Neste item a ABEAS apresenta a proposta para o Manual de rotinas administrativas para o faturamento de procedimentos, como segue:

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

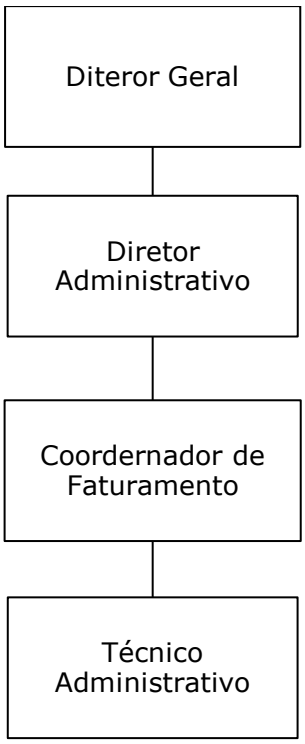
Art.1º O Faturamento tem como finalidade, apurar os gastos provenientes de determinados pacientes pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sejam eles atendidos internamente ou externamente pela policlínica. Sua principal função é a organização e execução destas faturas para posterior recebimento delas.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.2º O Faturamento é representado por uma coordenação e está subordinado a Diretoria Administrativa. Sua área compreende uma sala localizada no andar térreo da Policlínica.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º O Faturamento recebe os prontuários do Setor da Auditoria sem inconformidades e é faturado. O faturamento da conta desses prontuários deve ser lançado nos respectivos programas, internação – SISAIH, Apac de quimioterapia – APAC MAG, Ambulatório – BPA MAG e Exames SADT - SISCAN, sendo esses três itens lançados num sistema informatizado que abrange todo a policlínica, após isso são gerados quatro arquivos que são enviados para o Departamento de Processamento de Informações da Secretaria de Saúde do Maranhão - DPI, onde são analisados e devolvidos os rejeitos para correção e reenvio.

Art.5º O Faturamento desempenha as seguintes atividades:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Integra-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pelo caminho percorrido pelo paciente, ou seja, desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída;

II - Planeja e executa as faturas sejam elas internas ou externas de todo e qualquer convênio inclusive o SUS;

III - Mantem atualizada toda e qualquer tabela utilizada com preços e demais itens utilizados para confecção das faturas;

IV - Mantem sempre atualizado o banco de dados, referente aos convênios e profissionais que atuam na Policlínica; e

V - Realiza o processamento de todas as contas para emissão de cobrança dos valores devidos a Unidade de Saúde, pelos Sistema Único de Saúde, referente a todo e qualquer serviço de saúde efetivamente prestado.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.6º O setor de faturamento é composto pelos seguintes profissionais:

I - Coordenador de Faturamento; e
II - Técnico em Administração;

Art.7º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Coordenador de Faturamento	40h	1							1
Técnico em Administração	44h	6							6
Total	-	7							7

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art.8º São atribuições do Coordenador de Faturamento:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Processar as informações geradas;

II - Identificar erros;

III - Enviar arquivos para a SES; e

IV - Receber os rejeitos e gerar relatórios de acompanhamento do faturamento.

Art.9º São atribuições do Técnico em Administração:

I - Receber prontuários da auditoria;

II - Faturar os prontuários;

III - Corrigir os rejeitos da produção e acompanhar a autorização dos prontuários juntos ao auditor;

IV - Inserir documentos dentro dos prontuários; e

V - Procurar os prontuários dos pacientes que irão ter atendimento e tramitar os mesmos para os respectivos setores, após a finalização da competência enviar os prontuários para o RHC (Registro Hospitalar de Câncer).

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.10 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.11 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.12 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.13 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.14 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.15 A Policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.16 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home office, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.17 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.18 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pelas Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.19 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.20 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.21 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.23 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a pacientes internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.24 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.25 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.26 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.27 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.28 Deverão ser permitidas visitas aos pacientes, em dia e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios pacientes e serão regularizadas por normatização específica.

Art.29 O paciente internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.30 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

SEÇÃO I - NORMAS ESPECÍFICAS

Art.31 Não é permitida a permanência de pessoas estranhas no Setor de Faturamento.

Art.32 O Setor de Auditoria terá como obrigação a entrega do prontuário completo ao Setor de Faturamento para que o mesmo seja faturado e inserido no sistema.

Art.33 O quadro funcional do setor terá como obrigação o envio do arquivo da fatura para cobrança junto a Secretaria de Estado da Saúde - Departamento de Processamento de Dados.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.34 No Setor de Faturamento haverá um constante rodízio de atividades, afim de todos os funcionários estarem aptos às rotinas e o fato de estimular o espírito de coletividade entre todos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.35 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

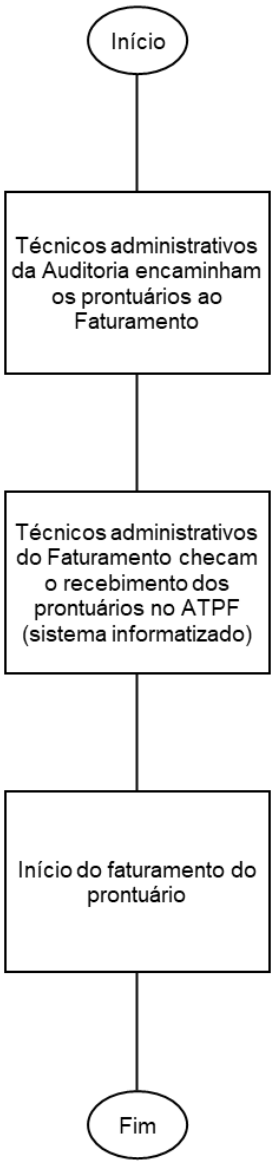
Art.36 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.37 O presente regimento serve como instrumento de definição de atividades e instalação de autoridade, devendo ser aplicado a todos.

Art.38 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

Fluxograma do Faturamento

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



1.1.3.3. Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio

Neste item a ABEAS apresenta a proposta para o Manual de rotinas administrativas para o almoxarifado, e na sequência, para o do patrimônio, como segue:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

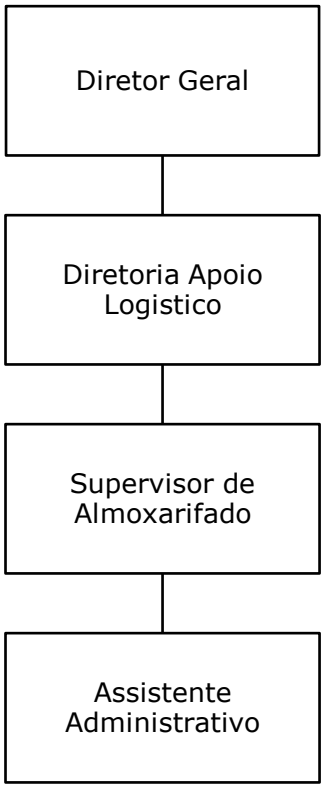
CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Setor de Almoxarifado tem como finalidade, o recebimento, armazenamento e distribuição de materiais de consumo e soluções de limpeza de uso da Policlínica.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O Almoxarifado é representado por um supervisor e subordinado a Diretoria Apoio Logístico. Sua área compreende uma sala localizada no térreo da Policlínica.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º O almoxarifado é um local destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional da Policlínica

SEÇÃO I - FUNÇÕES

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.5º As funções inerentes ao setor seguem uma dinâmica de processos:

I - Recebimento e conferência dos materiais adquiridos ou cedidos de acordo com a ordem de compra, nota fiscal e nota de entrega;

II - Após receber e conferir e feito o registro dos produtos no sistema informatizado através da NOTA FISCAL para que seja gerado saldo no estoque;

III - A dispensação dos materiais será realizada conforme solicitação dos setores pelo sistema informatizado visando um atendimento ágil, rápido e eficiente;

IV - Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como, solicitar sua aquisição e evitar que não ocorra sua falta.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.6º O setor de Almoxarifado é composto pelos seguintes profissionais:

I - Supervisor de Almoxarifado;

II - Assistente Administrativo.

Art.7º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Supervisor	40h	1							1
Assistente Administrativo	44h	1							1
Total	-	2							2

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.8º São atribuições Supervisor de Almoxarifado:

I - Supervisionar as rotinas de recebimento; e

II - Conferir as notas fiscais com os pedidos, estocagem, cadastramento e liberação de materiais.

Art.9º São atribuições do Assistente Administrativo:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Controlar entrada e saída de materiais entregues ou retirados do estoque; e

II - Organizar a estocagem de materiais, preservando sua integridade física e condições de uso.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.10 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.11 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.12 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.13 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.14 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.15 A Policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.16 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, deve ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.17 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.18 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pelas Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.19 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.20 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.21 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.23 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.24 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.25 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Gera.

Art.26 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.27 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.30 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dia e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.31 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.32 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.33 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

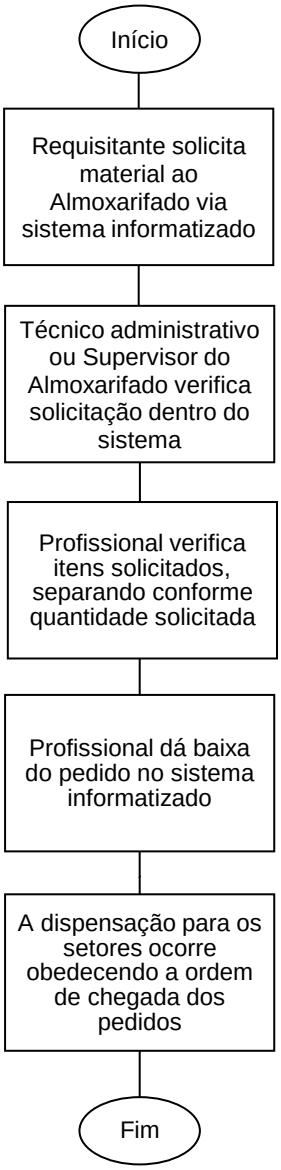
Art.34 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.35 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.36 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxograma do Almoxarifado



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Na sequência, o Manual de rotinas administrativas para o patrimônio

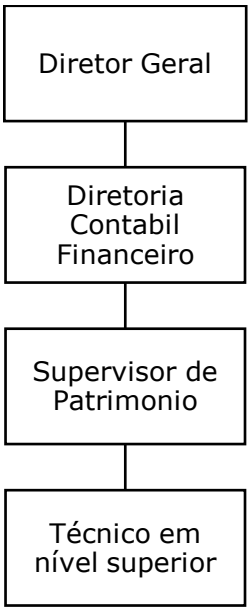
CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Setor De Patrimônio tem por finalidade definir conceitos e competências, estabelecendo procedimentos para a realização da gestão dos bens patrimoniais, cedidos, adquiridos e doados, sob a responsabilidade da Policlínica, visando minimizar riscos e aumentar a segurança do controle patrimonial, além de promover a política de gestão patrimonial.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O Setor de Patrimônio é representado por uma supervisão e subordinado a Diretoria Contábil Financeira. Sua área compreende uma sala que está localizada no andar térreo da Policlínica próximo a farmácia satélite do Pronto-Atendimento.

Art. 3º - A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º O Patrimonio atua na prestação de contas, contabiliza e gerencia todos os bens existentes na Policlínica seja bens cedidos, locados, doados e comprados. Acompanha também,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

a vida útil de cada equipamento da Policlínica, observando se há corrosão, oxidação, deterioração e outros agentes.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art.5º O setor de Patrimônio é composto pelos seguintes profissionais:

I - Supervisor de Patrimônio; e
II - Técnico de Nível Superior.

Art.6º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Supervisor de Patrimônio	40h	1							1
Técnico em Nível Superior	40h	7							7
Total	-	8							8

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.7º São atribuições do Supervisor de Patrimônio:
I - Controle e gestão dos bens moveis;
II - Intermediar entre a direção da unidade e o Almoxarifado Central da Secretaria de Estado da Saúde – SES;

Art.8º São atribuições do Técnico em Nível Superior:

I - Monitorar transferências e solicitações;
II - Ter conhecimento da quantidade e a qualidade do patrimônio;
III - Acompanhar o recebimento feito do almoxarifado;
IV - Fixação das etiquetas de tombamento;
V - Emissão de termos de responsabilidades, notas de transferências até a eventual baixa desse bem.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VI - Realizar tarefas administrativas básicas do setor, e junto ao supervisor manter a organização e controle de entrada e saída,

VII - receber e efetivar notificações de transferências entre setores.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.9º Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.10 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.11 O colaborador da Policlínica deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.12 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.13 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.14 A Policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.15 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home office, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.16 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.17 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pela Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.18 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.19 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.20 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.21 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.23 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.24 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.25 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.26 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.27 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dia e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.28 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.29 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.30 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.31 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.32 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.33 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

1.1.3.4. Proposta de manual de rotinas administrativas para administração financeira

Neste item a ABEAS apresenta a proposta para o Manual de rotinas para administração financeira, e, na sequência, o Manual de contabilidade, como segue:

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Setor Financeiro tem como finalidade, realizar todos os pagamentos a fornecedores, médicos e funcionários, bem como, o recebimento dos valores dos contratos firmados, controlando toda a movimentação financeira da policlínica, gerando informações e relatórios econômico-financeiros para a Controladoria. Dispõe sobre os procedimentos, linhas e princípios sobre atos e fatos relacionados ao sistema de controle de gastos, financeiro referente à: planejamento, controle de gastos e administração financeira, visando assim, o equilíbrio econômico-financeiro.

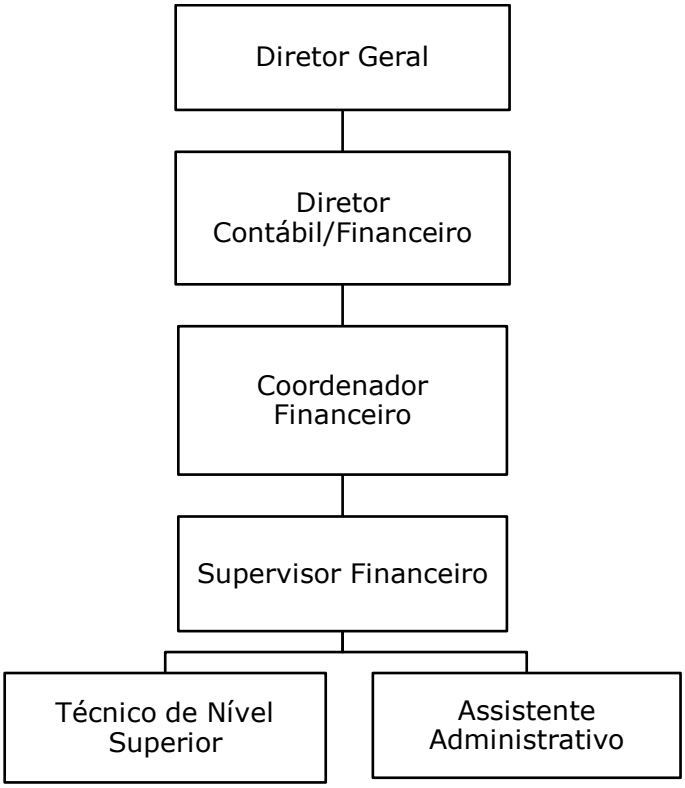
CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O setor financeiro é representado por uma coordenação e subordinado à diretoria Contábil/Financeira. Sua composição compreende-se em dois setores:

I - Setor de Contas a Pagar; e
II - Setor de Contas a Receber.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º O Setor Financeiro é um ambiente administrativo com sistema organizado para oferecer suporte a Direção nas tomadas de decisões, bem como gerir de forma eficiente todos os recursos financeiros destinados a manutenção da Policlínica

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.5º O Setor Financeiro é composto pelos seguintes profissionais

I - Coordenador Financeiro;

II - Supervisor Financeiro;

III - Técnico de Nível Superior;

IV - Assistente Administrativo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.6º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Coordenador Financeiro	40h		1						1
Supervisor Financeiro	40h		1						1
Técnico de Nível Superior	40h		1						1
Assistente Administrativo	44h		1						1
Total	-		4						4

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art.7º São atribuições do Coordenador Financeiro:

I - Planejar, dirigir e controlar as atividades do departamento no sentido de atingir os objetivos específicos, de acordo com a política e regimento aprovados pela Diretoria Contábil/Financeira e Diretoria Geral;

II - Estabelecer processos de avaliação permanente da atividade de trabalho desenvolvida no departamento e propor medidas que visem à melhoria da produtividade dos trabalhos, distribuindo as tarefas à sua equipe;

III - Manter a Diretoria Contábil/Financeira informada em assuntos relacionados à confecção de relatórios gerenciais, levantamentos de indicadores econômicos e estudos financeiros;

IV - Acompanhar o controle de recebimentos bem como orientar quanto aos inadimplentes;

V - Elaborar relatórios financeiros e Administrativos para manter a Diretoria Contábil/Financeira informada sobre a situação financeira da Policlínica;

VI - Zelar pela movimentação financeira e saldos em contas bancárias;

VII - Cumprir e fazer cumprir o regulamento da policlínica e o regimento interno do departamento;

VIII - Conferir todos os relatórios e documentos oficiais emitidos pelo departamento;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

IX - Elaborar mensalmente o relatório de atividades padronizado pela Associação Brasileira de Entidades de Assistencial Social - Abeas;

X - Controlar com eficiência o banco de horas, evitando excessos e cumprindo a legislação vigente; e

XI - Designar na sua ausência um colaborador que posa resolver os problemas do departamento/setor.

Art.8º São atribuições do Supervisor Financeiro:

I - Planejar, dirigir, organizar e controlar as atividades do setor no sentido de atingir os objetivos específicos;

II - Receber todos os valores devidos a policlínica;

III - Controlar o fundo fixo de caixa;

IV - Elaborar juntamente com a chefia imediata, o fluxo de caixa para o período;

V - Controlar a entrada de NF's recebidas no sistema gerencial;

VI - Conciliar as contas bancárias com o extrato emitido do banco;

VII - Acompanhar mensalmente as emissões das NF´s em comparação com o PDT;

VIII - Fazer conciliação bancária no sistema gerencial;

IX - Auxiliar na confecção dos relatórios e documentos oficiais emitidos pelo departamento; e

X - Auxiliar o preenchimento mensalmente com dados do fluxo de caixa o relatório de atividades padronizado pela Associação Brasileira de Entidades de Assistencial Social - ABEAS;

Art.9º São atribuições do Técnico de Nível Superior:

I - Conferir as notas fiscais de pagamento do fornecedor com relação ao vencimento;

II - Cadastrar, lançar e baixar em sistema informatizado, as notas fiscais de fornecedores; e

III - Manter atualizado diariamente o relatório de contas pagas.

Art.10 São atribuições de Assistente Administrativo:

I - Conferir as notas fiscais de pagamento do fornecedor com relação ao vencimento;

II - Cadastrar, lançar e baixar em sistema informatizado, as notas fiscais de fornecedores

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III - Manter atualizado diariamente o relatório de contas pagas;

IV - Manter atualizado o arquivo digital do contas a pagar; e

V - Arquivar de forma ordenada os pagamentos diários.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.11 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.12 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.13 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.14 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.15 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.16 A Policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.17 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home office, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.18 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.19 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pelas Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.20 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.21 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.22 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.23 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.24 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.25 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.26 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Gera.

Art.27 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.28 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.29 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dia e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.30 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.31 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.32 Os pagamentos somente serão efetuados com a devida documentação hábil e autorização prévia da Diretoria Contábil/Financeira ou Diretoria Geral;

Art.33 Promover a ética e a guarda de informações sigilosas.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.34 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

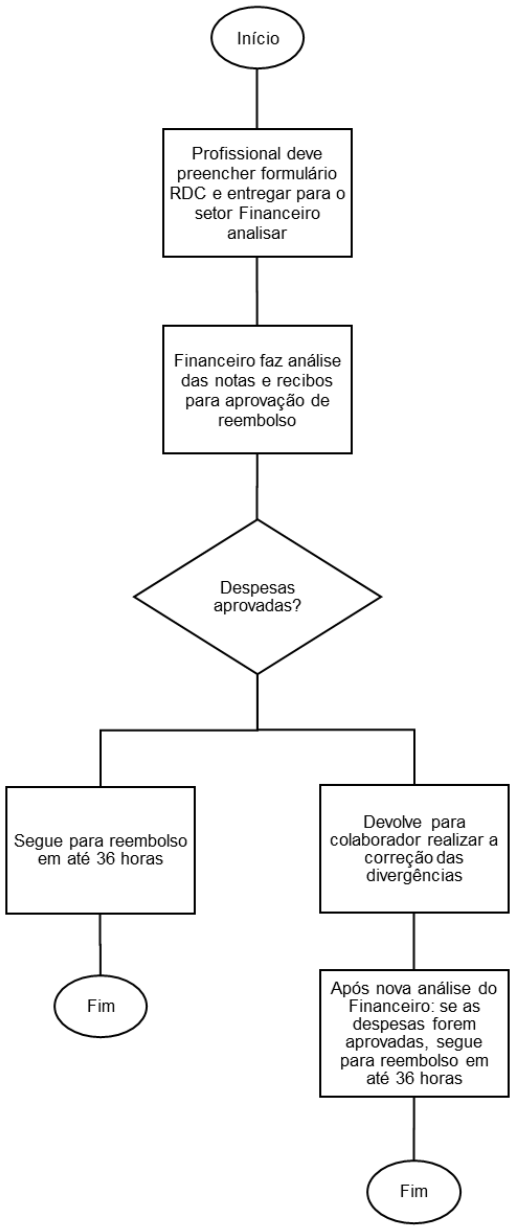
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.35 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.36 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.37 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

Fluxograma do Reembolso de Despesas Corporativas



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Na sequência, o Regimento da Contabilidade:

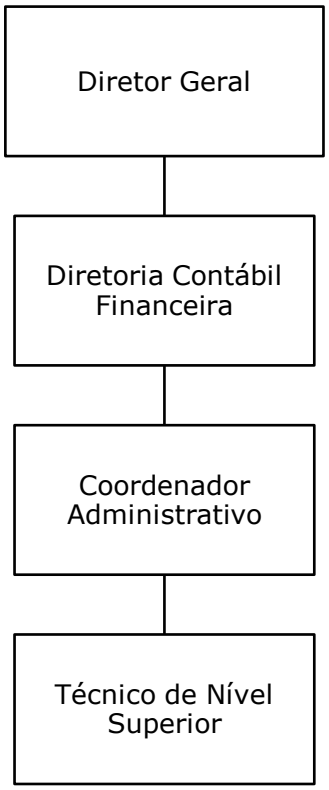
CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Setor de Contabilidade tem como finalidade captar, registrar e interpretar todas as operações que afetem questões financeiras, econômicas e patrimoniais da policlínica, seguindo rigorosamente a legislação vigente e os princípios válidos para a execução do processo de contabilização.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O Setor de Contabilidade é representado por um coordenador e subordinado à Diretoria Contábil Financeira.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.4º O Setor de contabilidade e responsável pelas criações das tabelas contábil no sistema informatizado preconizado, que realiza importações de lançamentos das notas fiscais e assim é possível consolidar a escrituração contábil financeiro.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.5º O setor de Contabilidade é composto pelos seguintes profissionais:

I - Coordenador Administrativo; e
II - Técnico de Nível Superior.

Art.6º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Total
Coordenador Administrativo	40h	1						1
Técnico de Nível Superior	40h	1						1
Total	-	2						2

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.7º São atribuições comuns ao Coordenador e Técnico de Nível Superior:

I - Receber as notas fiscais (NF´s) de prestadores de serviços do setor Financeiro protocoladas, para assim apurar os devidos impostos retidos e emitir as guias desses impostos para serem pagos;

II - Preencher mensalmente planilha com as informações de todas as NF´s de serviço recebidas dentro do mês para acompanhamento dos impostos retidos;

III - Realizar o controle dos impostos e contribuições retidos (IRRF, PIS, COFINS, CSLL, ISS, INSS);

IV - Elaborar e enviar as declarações acessórias, (DCTF, EFD Reinf e SPED Contribuições);

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - Registrar no Sistema Público de Escrituração Digital (SPED Contábil, ECD e ECF);

VI - Lançar as provisões dos valores referentes aos serviços contratados conforme planilha de controle com base no PDT atual;

VII - Realizar lançamentos mensal das folhas de pagamento de salário, as provisões de férias, 13 salários, rescisões e impostos e encargos e demais obrigações sobre folha de pagamento da Matriz e filial Maranhão;

VIII - Verificações diária das baixas de pagamento no sistema financeiro;

IX - Conciliação das contas patrimoniais contábil em conjunto com o financeiro, solicitando e corrigindo quando necessário;

X - Emissão dos relatórios contábil das escriturações (Balancete, razão, demonstração do resultado mensal e outros);

XI - Confecção das fichas de movimentação das receitas e despesas;

XII - Emissão do balanço patrimonial, DRE, DFC, ECF, EFD;

XIII - Preenchimento dos dados econômico no Relatório de Atividades – RA;

XIV - Apuração e registro do consumo dos produtos em estoque;

XV - Controle e registro contábil dos bens patrimonial da entidade;

Art.8º São atribuições do Coordenador:

I - Supervisionar a execução das atividades realizadas pelo técnico de nível superior.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.9º Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.10 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.11 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.12 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.13 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.14 A Policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.15 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home office, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art. 16 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.17 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pelas Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.18 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.19 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.20 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.21 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.23 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.24 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Gera.

Art.25 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.26 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.27 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dia e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.28 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.29 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.30 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.31 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.32 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.33 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral

1.2. Incrementação de atividades

A ABEAS - Associação Brasileira de Estudos e Ações em Saúde tem o prazer de apresentar sua proposta de trabalho para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com foco na incrementação das atividades de saúde, visando aprimorar a oferta de serviços e otimizar o atendimento à população. Alinhados aos princípios de humanização, eficiência e inovação no cuidado à saúde, buscamos fortalecer a atuação multiprofissional da policlínica por meio de práticas integradas e uma abordagem centrada no paciente.

Nossa proposta contempla a ampliação de serviços especializados, a implementação de processos de monitoramento e avaliação contínua, bem como a integração de novas tecnologias e metodologias que visam melhorar a eficiência operacional e a qualidade dos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

atendimentos. Com isso, acreditamos que será possível oferecer um cuidado mais qualificado, ágil e acessível, sempre atendendo às demandas específicas da comunidade local e promovendo o bem-estar de todos os usuários.

1.2.1. Proposição de projetos assistenciais, de saúde e/ou sociais, dentro do custeio previsto para a unidade

A ABEAS está comprometida em oferecer serviços de saúde que vão além da excelência clínica, integrando valores como o cuidado humanizado e a sustentabilidade. Diante disso, apresentamos a presente proposição de projetos assistenciais, de saúde e sociais, alinhados ao custeio previsto para a unidade e com foco na implementação de iniciativas inovadoras que promovam o bem-estar da população e a preservação do meio ambiente.

Dentro desse contexto, destacamos a Implementação do Programa de Humanização na Assistência à Saúde (PHAS), que busca fortalecer a relação entre pacientes, profissionais de saúde e a comunidade, assegurando um ambiente de acolhimento, respeito e dignidade em todas as etapas do atendimento. O PHAS será integrado a práticas assistenciais que valorizam o paciente como um ser integral, promovendo a participação ativa de todos os envolvidos no processo de cuidado.

Além disso, o Projeto de Sustentabilidade Ambiental será uma ação estratégica que visa tornar a Policlínica uma referência no uso consciente de recursos naturais, promovendo práticas ecologicamente responsáveis em todas as suas operações. Desde o gerenciamento adequado de resíduos até a implementação de ações que reduzam a pegada ecológica da unidade, o projeto reflete o compromisso com a preservação ambiental e a responsabilidade social.

Essas iniciativas não apenas reforçam o compromisso com a qualidade dos serviços de saúde, mas também promovem a integração de valores fundamentais para o desenvolvimento sustentável e humanizado da Policlínica.

1.2.1.1. Proposta de Implementação do Programa de Humanização na Assistência à Saúde (PHAS)

Introdução ao Programa de Humanização

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A humanização na assistência à saúde é fundamental para integrar a eficácia técnica e científica com princípios éticos que respeitem o ser humano em sua totalidade. É essencial considerar as variáveis sociais, culturais, educacionais e psicológicas que influenciam cada paciente, promovendo um atendimento que priorize a vida, a cidadania e a interação humana sem preconceitos.

Diretrizes do Ministério da Saúde

A Política Nacional de Humanização ressalta a importância da valorização dos diversos atores envolvidos no sistema de saúde, destacando a autonomia, o protagonismo dos pacientes, a corresponsabilidade, e a construção de laços solidários e participativos na gestão. Tais medidas requerem uma reestruturação tanto no modelo de atenção quanto no modelo de gestão.

Desafios para Gestores e Profissionais de Saúde

Profissionais e gestores enfrentam diariamente um vasto número de responsabilidades e desafios, especialmente no atendimento a indivíduos em condições de vulnerabilidade. A implementação de um espaço coletivo para reflexão e inovação pode significativamente melhorar a qualidade do serviço prestado, tornando o ambiente de trabalho mais integrado e eficiente.

Para promover padrões de cuidados mais humanizados para os usuários, é essencial que as relações institucionais entre funcionários e suas lideranças também sejam pautadas pela humanização. Isso envolve criar um ambiente onde a comunicação flua de maneira aberta e respeitosa, permitindo que todos se sintam valorizados e ouvidos. Além disso, é fundamental incentivar a colaboração entre colegas de diferentes formações e responsabilidades, promovendo o compartilhamento de conhecimentos e experiências. Ao cultivar um clima de empatia e solidariedade dentro da equipe, podemos melhorar não apenas a qualidade do atendimento prestado aos usuários, mas também a satisfação e o bem-estar dos próprios funcionários. Assim, todos se beneficiam de um ambiente de trabalho mais positivo e acolhedor.

Objetivos do PHAS

- Promover a Mudança Cultural: Encorajar uma transformação cultural contínua no atendimento ao paciente, respeitando sua dignidade e integridade.
- Sensibilização: Conscientizar todos os envolvidos sobre a relevância e os benefícios de um ambiente de trabalho humanizado.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Protagonismo Institucional: Assegurar que a instituição se posicione como líder no processo de humanização dos seus serviços.

Estrutura e Funcionamento do PHAS

O PHAS será composto por representantes de diversos setores da Policlínica, incluindo lideranças, médicos, enfermeiros, técnicos, assistentes sociais, psicólogos, e pessoal de apoio, garantindo diversidade e equidade nas decisões. A coordenação do PHAS será determinada entre as lideranças comprometidas com a humanização.

Plano Operacional de Ação de Humanização

Desenvolveremos um plano operacional que contempla ações de curto, médio e longo prazo, adaptadas às necessidades específicas da Policlínica e às práticas já existentes.

A elaboração de um plano de ação de humanização é um processo crucial que envolve a definição de estratégias a curto, médio e longo prazo. Este plano será desenvolvido com base nas prioridades e necessidades específicas da Unidade de Saúde, considerando também as ações de humanização que já estão em andamento. O objetivo é criar um ambiente mais acolhedor e centrado no paciente, promovendo a dignidade e o respeito a todos os usuários.

Para garantir a eficácia do plano, será realizada uma análise detalhada do contexto atual da Unidade de Saúde, incluindo a coleta de feedback de pacientes, familiares e funcionários. Essa abordagem permitirá identificar áreas que necessitam de melhorias e potenciais oportunidades de inovação.

O plano de ação de humanização se fundamentará nas diretrizes do Programa de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), que orienta práticas que valorizam a relação entre profissionais de saúde e pacientes. Além disso, serão consideradas as melhores práticas de humanização observadas em outras instituições de saúde, buscando adaptar e implementar soluções que melhor se adequem ao nosso contexto.

As etapas do plano incluirão:

Diagnóstico Situacional: Avaliação das práticas atuais de humanização e identificação de lacunas.

Definição de Metas: Estabelecimento de objetivos claros e mensuráveis para cada fase do plano.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Ações Estratégicas: Desenvolvimento de iniciativas que promovam a humanização, como treinamentos para a equipe, melhorias na infraestrutura e a criação de canais de comunicação mais eficazes.

Avaliação e Monitoramento: Implementação de um sistema de monitoramento contínuo para avaliar o progresso das ações e ajustar as estratégias conforme necessário.

Este plano estará alinhado ao Programa de Humanização do SUS e incluirá iniciativas como:

- Celebração de datas comemorativas.
- Oficinas culturais e educativas para funcionários.
- Políticas flexíveis de visitação.
- Palestras e workshops sobre qualidade de vida e bem-estar.

A implementação deste programa de humanização propõe não apenas melhorar a qualidade do atendimento e da gestão da saúde, mas também fomentar um ambiente colaborativo e respeitoso, essencial para a recuperação e bem-estar dos pacientes. A participação ativa de todos os níveis profissionais é crucial para o sucesso desta iniciativa.

Ao final do processo, espera-se que o plano de ação não apenas melhore a experiência do paciente, mas também promova um ambiente de trabalho mais positivo para todos os colaboradores, fortalecendo a cultura de humanização dentro da Unidade de Saúde.

1.2.1.2. Projeto de Sustentabilidade Ambiental para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

Justificativa

A saúde ambiental tem impacto direto na saúde humana. Hospitais e policlínicas geram resíduos, consomem grandes volumes de água e energia, e contribuem para emissões de gases de efeito estufa. Diante disso, a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, busca implementar práticas que reduzam seu impacto ambiental e promovam o uso consciente de recursos naturais. Este projeto visa alinhar a unidade com as políticas ambientais nacionais e internacionais, melhorando sua gestão de resíduos e consumo de energia, e promovendo a conscientização ambiental entre colaboradores e usuários.

Objetivo Geral

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Desenvolver e implementar um sistema de gestão sustentável na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, focado na redução do consumo de recursos naturais, manejo eficiente de resíduos e na promoção de ações educativas sobre sustentabilidade.

Objetivos Específicos

- Reduzir o consumo de energia elétrica e água em 20% em um período de dois anos.
- Implantar a coleta seletiva de resíduos sólidos e promover a correta destinação dos resíduos hospitalares.
- Promover campanhas de conscientização para funcionários, pacientes e comunidade sobre práticas de sustentabilidade ambiental.
- Integrar tecnologias sustentáveis como sistemas de captação de água da chuva e painéis solares.
- Implementar um plano de compras verdes, priorizando fornecedores locais e produtos recicláveis ou biodegradáveis.

Metodologia

a) Diagnóstico Inicial

Realizar uma auditoria para avaliar o consumo de energia, água e a geração de resíduos da Policlínica. Isso inclui:

- Identificar fontes de desperdício de energia e água.
- Quantificar a geração de resíduos sólidos, recicláveis e hospitalares.

Eficiência Energética

- Instalação de painéis solares: Implementar um sistema de energia solar para reduzir o consumo de eletricidade da rede pública.
- Iluminação LED: Substituir lâmpadas convencionais por lâmpadas de LED em toda a Policlínica.
- Sensores de presença: Instalar sensores de presença em áreas de baixo tráfego para evitar desperdício de energia.

Gestão da Água

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Captação de água da chuva: Instalar sistemas de coleta e armazenamento para utilização em áreas não clínicas (irrigação de jardins, limpeza de áreas externas).
- Redutores de fluxo: Instalar dispositivos economizadores de água em torneiras e chuveiros.
- Reutilização de água: Criar um sistema de reaproveitamento da água de aparelhos de ar-condicionado.

Manejo de Resíduos

- Coleta Seletiva: Instalar lixeiras diferenciadas em toda a Policlínica e firmar parcerias com cooperativas de reciclagem.
- Resíduos Hospitalares: Implementar uma política de manejo de resíduos perigosos, com treinamento específico para os funcionários sobre separação, armazenamento e descarte correto.

Educação e Conscientização

- Campanhas Internas: Criar campanhas de educação ambiental para funcionários, enfatizando a importância da separação correta de resíduos e economia de água e energia.
- Programas de Engajamento: Oferecer workshops e treinamentos para sensibilizar a equipe sobre práticas sustentáveis.
- Selo Verde para Pacientes: Instituir um programa de reconhecimento para pacientes e familiares que adotem práticas sustentáveis (por exemplo, reduzir o uso de copos descartáveis).

Compras Sustentáveis

- Criar um plano de compras que priorize fornecedores de produtos recicláveis e biodegradáveis.
- Dar preferência a fornecedores locais, contribuindo para a economia da região e reduzindo a pegada de carbono associada ao transporte de produtos.

Resultados Esperados

- Redução do consumo de energia em 20%, através da utilização de fontes renováveis e práticas de economia energética.
- Diminuição do consumo de água em 15%, por meio de reaproveitamento de água e redução de desperdícios.
- Aumento da reciclagem de resíduos sólidos em 50% no primeiro ano.
- Maior conscientização ambiental entre os funcionários e a comunidade local, com impactos diretos e indiretos na preservação ambiental.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Indicadores de Sucesso

- Medição mensal de consumo de água e energia e comparação com os meses anteriores à implementação do projeto.
- Monitoramento da quantidade de resíduos reciclados e resíduos perigosos corretamente descartados.
- Número de campanhas educativas realizadas e adesão dos funcionários.
- Relatório de economia financeira, resultante das práticas sustentáveis adotadas.

Parcerias Estratégicas

- Secretaria do Meio Ambiente de Goiás: Apoio técnico e financeiro.
- Empresas Locais de Energia Sustentável: Instalação e manutenção dos painéis solares.
- Cooperativas de Reciclagem: Recolhimento e reaproveitamento dos resíduos recicláveis.

Cronograma de Implementação

ETAPA	PRAZO	RESPONSÁVEL
Auditoria inicial	1 mês	Equipe de Gestão
Instalação de painéis solares	3 meses	Empresa de Energia Renovável
Campanhas de conscientização	6 meses	Departamento de RH e TI
Implantação da coleta seletiva	2 meses	Equipe de Limpeza
Implementação de compras sustentáveis	1 mês	Setor de Compras

Este projeto visa tornar a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse uma referência em sustentabilidade ambiental na área da saúde no Estado de Goiás. A implementação de práticas ambientalmente responsáveis não apenas contribuirá para a redução de custos operacionais, mas também para a promoção de uma cultura sustentável na região, beneficiando tanto o meio ambiente quanto a comunidade local.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2. FA.2: ÁREA DE QUALIDADE

A Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS) desempenha um papel importante na promoção de práticas que visam elevar o desempenho dos serviços assistenciais, assegurando, assim, a eficácia das ações implementadas e o fortalecimento da humanização das relações entre as equipes profissionais, os usuários das unidades de saúde e a comunidade. Como proposta para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, a atuação da ABEAS pode ser expressa através de ações voltadas tanto para a qualidade objetiva dos serviços prestados quanto para a qualidade subjetiva das relações estabelecidas no ambiente da saúde.

No que tange à qualidade objetiva, a instituição de comissões internas de monitoria dos serviços emerge como uma estratégia fundamental. Essas comissões serão responsáveis por acompanhar e avaliar continuamente os processos, garantindo que os padrões de qualidade técnica e operacional sejam cumpridos, além de identificar possíveis áreas de melhoria. A monitoração constante será essencial para que a Policlínica alcance um nível ótimo de desempenho, adequando-se às exigências do setor de saúde e promovendo um ambiente mais eficiente e organizado, que, por sua vez, impacta positivamente a experiência dos usuários.

Já em relação à qualidade subjetiva, a ABEAS propõe ações focadas na humanização das relações na unidade de saúde. A humanização no atendimento é um princípio que vai além das práticas técnicas, concentrando-se no acolhimento adequado, no respeito às individualidades e na construção de uma comunicação empática entre profissionais e usuários. A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, ao incorporar essas práticas, poderá proporcionar uma experiência mais satisfatória para seus pacientes, criando um ambiente onde o cuidado é percebido não apenas como um serviço prestado, mas como uma relação de confiança e respeito mútuo. Acolher os pacientes de forma humanizada, com atendimento eficaz e atencioso, contribui para a criação de uma atmosfera de segurança e bem-estar, essencial para a recuperação e para o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde.

A ABEAS, ao propor um modelo de gestão que integra a qualidade objetiva e subjetiva, oferece à Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse uma via para otimizar seus serviços, promovendo tanto a eficiência técnica quanto o acolhimento humanizado. Essa combinação será bem executada, garantindo não apenas a eficácia das ações assistenciais, mas também a criação de um ambiente de saúde mais acolhedor e satisfatório para todos os envolvidos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1. Qualidade objetiva

A ABEAS apresenta, por meio desta proposta, um plano de trabalho cuidadosamente elaborado para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Nosso compromisso é oferecer uma gestão focada na excelência, pautada em princípios de qualidade, eficiência e inovação, com o objetivo de potencializar os resultados assistenciais e administrativos da instituição.

Este documento apresenta de forma objetiva e clara as ações propostas pela ABEAS, que visam otimizar os processos internos, garantir a humanização no atendimento e promover a sustentabilidade dos recursos, tudo isso alinhado às diretrizes de saúde pública e aos valores que norteiam a Policlínica.

Nosso foco está em oferecer soluções personalizadas e integradas, baseadas em um diagnóstico preciso da realidade local e no uso das melhores práticas de gestão em saúde, garantindo, assim, uma assistência de excelência para toda a comunidade atendida.

Estamos confiantes de que a implementação desta proposta contribuirá para o fortalecimento da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com impactos positivos para a equipe multiprofissional, os pacientes e toda a rede de saúde envolvida.

A policlínica irá dispor das comissões apresentados nos itens a seguir, dentre outras que se fizerem necessárias à qualificação da gestão.

As comissões técnicas serão criadas com o objetivo de realizar ações preventivas, corretivas, de melhorias de processos, de manutenção da qualidade da assistência, de investigação e outras atividades. Compete às comissões seguirem as orientações da legislação pertinente, desenvolvendo assim suas atividades.

As comissões serão formadas por grupos de profissionais atuantes no serviço, tendo cada uma, um presidente, vice-presidente, primeiro secretário e segundo secretário.

Esses grupos se reunirão periodicamente, de acordo com as características de cada comissão para propor as análises e as ações a serem realizadas.

2.1.1. Comissão de Ética Médica

A ABEAS, comprometida com a excelência na gestão da saúde, tem a honra de apresentar a Comissão de Ética Médica destinada à Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão é formada por profissionais altamente capacitados, cujo objetivo é assegurar a prática médica ética, promovendo um ambiente de trabalho em que os valores da integridade, respeito e responsabilidade permeiam cada ação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A Comissão de Ética Médica da ABEAS atua como um órgão consultivo e normativo, dedicado a garantir que todos os profissionais da Policlínica ajam em conformidade com o Código de Ética Médica, assegurando o cumprimento dos direitos dos pacientes e a valorização da dignidade humana no cuidado à saúde.

Nosso compromisso é proporcionar um espaço de diálogo e reflexão, abordando questões éticas de forma transparente e respeitosa, além de promover a educação continuada sobre temas relacionados à ética médica. O trabalho desta comissão será essencial para o fortalecimento da confiança entre profissionais de saúde e a comunidade atendida, contribuindo para uma prática clínica segura, humana e tecnicamente competente.

Estamos prontos para colaborar de forma ativa na construção de um ambiente ético e comprometido com a qualidade do atendimento na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

2.1.1.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Ética Médica	I – Atender à Resolução CFM nº 2.152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde. II - Atender à Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, que aprova o Código de Ética Médica. III - Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão; IV - Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; V - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica; VI - Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da policlínica quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;	I - Três médicos titulares; e II - Três médicos suplentes.	3 meses

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	VII - Orientar o paciente da policlínica sobre questões referentes à Ética Médica; VIII - Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e IX - Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da policlínica.		

2.1.1.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º A Comissão de Ética Médica constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina (CRM), tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito da policlínica. Tem por finalidade:

I - Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;

II - Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;

III - Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;

IV - Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da policlínica quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

V - Orientar o paciente da policlínica sobre questões referentes à Ética Médica;

VI - Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e

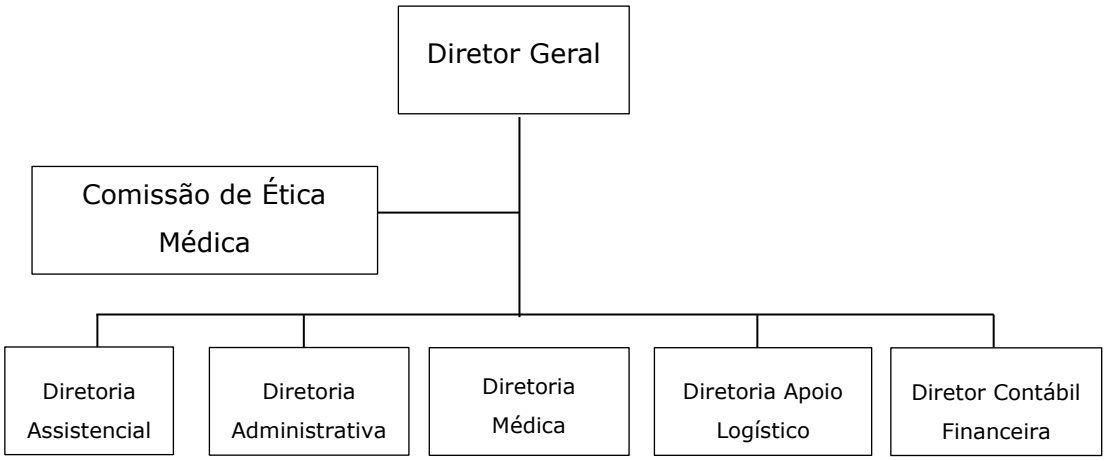
VII - Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da policlínica.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A Comissão de Ética Médica é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

SEÇÃO I - ORGANIZAÇÃO

Art.4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais Médicos, quanto ao processo ético da Medicina.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão trimestralmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art.6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art.7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art.8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art.11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

SEÇÃO II - ELEIÇÃO

Art.12 A escolha dos membros da Comissão será feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõe o corpo clínico da policlínica, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art.13 Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na Diretoria Médica, Assistencial ou Administrativa da policlínica.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art.14 São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo Conselho Regional de Medicina do Maranhão.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina de Maranhão deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art.15 O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art.16 O Diretor Médico designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina do Maranhão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da policlínica não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica da policlínica.

Art.17 A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na policlínica, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art.18 A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM Nº 2.152/2016.

Parágrafo 1º - No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

Parágrafo 2º - O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art.19 A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da policlínica, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art.20 A comissão eleitoral procederá à sindicância dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art.21 O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Maranhão para homologação e registro.

Art.22 Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina do Maranhão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.23 Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina do Maranhão.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina do Maranhão emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado em local visível ao público.

Art.24 Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRM-MA.

Parágrafo 1º - Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CRM-MA.

Parágrafo 2º - Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM-MA.

Art.25 Nos casos de ocorrer vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

SEÇÃO III - SINDICÂNCIA

Art.26 A sindicância será instaurada mediante:

I - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II - Ex officio, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a sindicância, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRM-MA para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.27 As sindicâncias deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a sindicância dos fatos no local em que ocorreram.

Art.28 Instaurada a sindicância, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A sindicância no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art.29 A sindicância deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao CRM-MA.

Art.30 Encerrada a sindicância dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CRM-MA.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.31 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Três médicos titulares; e
II - Três médicos suplentes.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.32 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.33 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.34 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.35 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.36 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.37 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.38 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.39 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.40 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.41 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.42 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.43 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.44 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.45 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.46 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.47 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.48 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.49 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.50 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.51 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.52 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.53 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Ética Médica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.1.3. Cronograma de atividade anual

Cronograma de atividade anual – Comissão de Ética Médica													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais médicos, aqueles que possuem perfil adequado para compor a Comissão Eleitoral.	x											
2	Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral.	x											
3	Publicar edital de convocação das eleições.	x											
4	Realizar a inscrição das chapas.	x	x										
5	Realizar a eleição, publicar o resultado.	x	x										
6	Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina.	x	x										
7	Dar posse aos membros eleitos da Comissão.		x	x									
8	Validar, através da comissão, a proposta de Regimento Interno.		x	x									
9	Reunir com o corpo clínico para apresentar a comissão e seu regimento.		x	x									
10	Elaborar proposta de trabalho da comissão.		x	x									
11	Realizar reunião ordinária.			x			x			x			x
12	Realizar oficinas de estudo sobre o código de ética médica.				x		x		x		x		
13	Realizar treinamentos propostos.			x			x			x			x

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

14	Elaborar relatório trimestral.			x			x			x			x
15	Realizar sessão clínica sobre: análise de erro médico e suas implicações éticas						x						
16	Realizar Workshop sobre Questões éticas em medicina											x	
17	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
18	Elaborar relatório anual.												x

2.1.2. Comissão de Ética Multiprofissional

A ABEAS, com seu compromisso em promover a excelência nos serviços de saúde, tem o prazer de apresentar a proposta de Comissão de Ética Multiprofissional da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão reunirá representantes de diversas áreas de atuação da saúde, com o objetivo de garantir a condução ética, humanizada e colaborativa no atendimento aos pacientes.

A Comissão de Ética Multiprofissional reflete a importância do trabalho conjunto entre diferentes especialidades, promovendo um ambiente onde o respeito, a ética e a responsabilidade norteiam todas as decisões e práticas. O papel dessa comissão é fomentar o diálogo entre as equipes, resolver dilemas éticos com base nas melhores práticas e assegurar que os direitos dos pacientes, assim como os dos profissionais, sejam protegidos e respeitados.

Dedicada a atuar de maneira preventiva e educativa, esta comissão busca orientar e apoiar todos os membros da equipe multiprofissional, para que possam oferecer cuidados de saúde de qualidade, pautados por princípios éticos e alinhados aos valores da Policlínica. Além disso, sua atuação promoverá a integração e o fortalecimento das relações interprofissionais, contribuindo diretamente para um ambiente de trabalho harmonioso e para a segurança dos pacientes.

Estamos prontos para trabalhar de forma ativa e colaborativa, visando o desenvolvimento contínuo de práticas que reforcem a ética, a responsabilidade e o respeito à dignidade humana em todos os aspectos do atendimento prestado pela Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.2.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Ética Multiprofissional	I - Fazer cumprir a Resolução Coffito nº 424, de 08 de Julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia; II - Fazer cumprir a Resolução Coffito nº425, de 08 de Julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional; III - Fazer cumprir o Decreto Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969, que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências; IV - Fazer cumprir a Resolução CFFa nº 305/2004, que estabelece o Código de Ética da Fonoaudiologia; Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981 e Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982, que regulamentam a profissão da fonoaudiologia; V - Fazer cumprir a Resolução CFP Nº 010/05, que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo; Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. VI - Fazer cumprir a Resolução CFN nº 334 de 10 de maio de 2004, que dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências; Lei nº 8.234,	I - Um representante da fisioterapia e seu respectivo suplente; II - Um representante da terapia ocupacional e seu respectivo suplente; III - Um representante do fonoaudiologia e seu respectivo suplente; IV - Um representante da psicologia e seu respectivo suplente; V - Um representante da nutrição e seu respectivo suplente; VI - Um representante	3 meses

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. VII - Fazer cumprir a Resolução CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares; Decreto nº 20.377, de 08 de setembro de 1931, que aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil; Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. VIII - Fazer cumprir a Resolução CFESS nº273/1993, que aprova o Código de Ética do Assistente Social e as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011; Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. IX - Divulgar o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional; X - Promover e/ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional; XI - Assessorar as Diretorias e as Comissões Internas, no que se refere às	da farmácia e seu respectivo suplente; VII - Um representante do serviço social e seu respectivo suplente; VI - Um representante da direção.	

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres; XI - Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas; XIII - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética; XIV - Zelar pelo exercício ético dos profissionais da equipe multiprofissional na policlínica; XV - Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao Conselho Regional da respectiva categoria; XVI - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Conselho Regional da respectiva categoria, sempre que necessário; XVII - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao Conselho Regional da respectiva categoria, sempre que solicitado.		

2.1.2.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Ética Multiprofissional.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Ética Multiprofissional visa divulgar o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, estimular a conduta ética dos profissionais por meio da análise das intercorrências notificadas, denúncia formal e/ou auditoria, zelar pelo exercício ético dos profissionais e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

colaborar com os Conselhos Regionais na prevenção do exercício ilegal de atividade e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais da equipe multiprofissional. Tem por finalidade:

I - Fazer cumprir a Resolução Coffito nº 424, de 08 de Julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia;

II - Fazer cumprir a Resolução Coffito nº425, de 08 de Julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional;

III - Fazer cumprir o Decreto Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969, que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências;

IV - Fazer cumprir a Resolução CFFa nº 305/2004, que estabelece o Código de Ética da Fonoaudiologia; Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981 e Decreto nº 87.218, de 31 de maio de 1982, que regulamentam a profissão da fonoaudiologia;

V - Fazer cumprir a Resolução CFP Nº 010/05, que aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo; Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo.

VI - Fazer cumprir a Resolução CFN nº 334 de 10 de maio de 2004, que dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências; Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.

VII - Fazer cumprir a Resolução CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares; Decreto nº 20.377, de 08 de setembro de 1931, que aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil; Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

VIII - Fazer cumprir a Resolução CFESS nº273/1993, que aprova o Código de Ética do Assistente Social e as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011; Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

IX - Divulgar o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

X - Promover e/ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos profissionais da equipe multiprofissional;

XI - Assessorar as Diretorias e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XI - Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;

XIII - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;

XIV - Zelar pelo exercício ético dos profissionais da equipe multiprofissional na policlínica;

XV - Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao Conselho Regional da respectiva categoria;

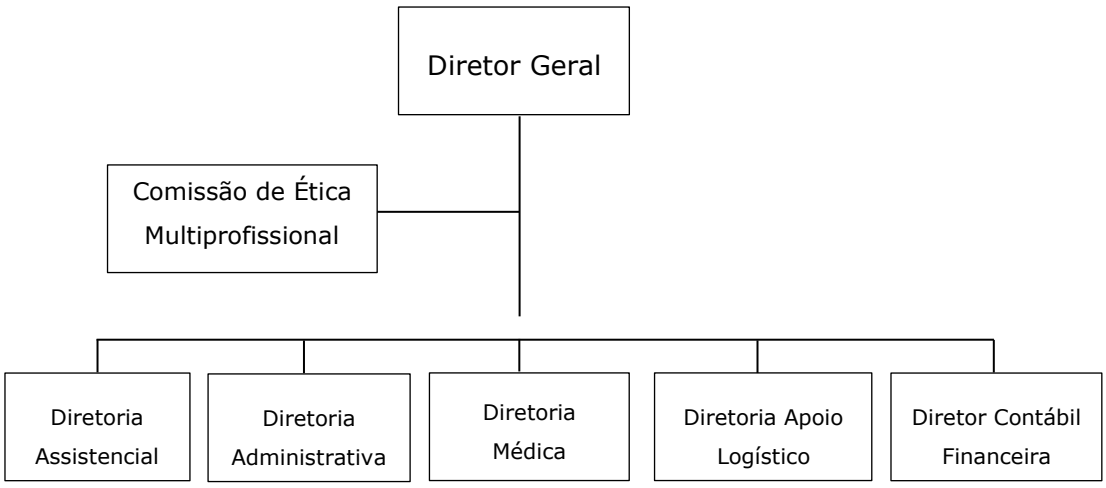
XVI - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Conselho Regional da respectiva categoria, sempre que necessário;

XVII - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao Conselho Regional da respectiva categoria, sempre que solicitado.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º A Comissão de Ética Multiprofissional é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art. 3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

SEÇÃO I - ORGANIZAÇÃO

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da policlínica e realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da policlínica, quanto ao processo de melhoria da assistência.

Art. 5º Os membros da Comissão se reunirão trimestralmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

SEÇÃO II - ELEIÇÃO

Art.12 Os membros da Comissão de Ética da equipe multiprofissional serão eleitos através de voto facultativo, direto e secreto da equipe da policlínica.

Art.13 A Comissão de Ética da equipe multiprofissional vigente, a seu critério, fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral que será responsável pela organização, eleição,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

apuração e divulgação dos resultados do pleito, devendo ser composta por membros representantes de todos os vínculos empregatícios.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos.

Parágrafo 2º - A convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias das datas estabelecidas para as inscrições, divulgação dos inscritos e eleição dos candidatos.

Parágrafo 3º - Os candidatos deverão representar todas as categorias da equipe multiprofissional (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, farmácia, serviço social).

Art.14 Os candidatos integrantes das chapas que concorrerão a eleição da Comissão de Ética Multiprofissional deverão atender aos seguintes requisitos:

I - Estar quites com a situação financeira e inscricional perante o Conselho Regional da respectiva categoria;

II - Não terem sido condenados em processo administrativo na Policlínica onde trabalham, ou em processo ético no Conselho Regional da respectiva categoria, nos dois últimos anos.

Parágrafo único. Ocorrendo qualquer dos impedimentos enunciados neste artigo durante a investidura na Comissão de Ética, o profissional deverá ser afastado, respeitando o princípio do contraditório, incluindo em sua vaga o suplente imediato.

Art.15 Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Conselho Regional da respectiva categoria e com vínculo empregatício na policlínica.

Art.16 A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, dos profissionais da equipe multiprofissional na policlínica, devendo ser providenciada nova eleição se o número mínimo de votantes não for atingido.

Art.17 Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, dentro de no máximo 48 horas após o resultado das eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último, à instância superior – Conselho Regional da respectiva categoria.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.18 A Comissão de Ética Multiprofissional eleita será empossada pelo Diretor Geral e Assistencial em cerimônia, previamente agendada.

Art.19 A Comissão de Ética Multiprofissional terá um mandato de dois anos, podendo ser prorrogado por igual período, por uma única vez.

SEÇÃO III - SINDICÂNCIA

Art.20 A Comissão de Ética Multiprofissional fará, em caráter sigiloso, a avaliação do fato encaminhado à Comissão (denúncia), ocorrido nas dependências da policlínica, podendo envolver profissionais, pacientes, familiares ou acompanhantes que poderá ser:

I - Fato de natureza ética: ato ou ações que ferem o Código de Ética da categoria;

II - Fato de natureza administrativa: ato ou ações que desobedecem às normas e rotinas estabelecidas pela policlínica;

III - Fato de natureza administrativa e ética: ato ou ação que, além de ferir o Código de Ética dos Profissionais, também fere o Regimento Interno da policlínica.

Parágrafo único - A denúncia poderá ser encaminhada para a Comissão de Ética pelas seguintes pessoas:

I - Todos os profissionais da equipe multiprofissional com vínculo empregatício na policlínica;

II - Pacientes, familiares ou acompanhantes em atendimento nas dependências da policlínica;

III - Profissionais de outras categorias que exerçam atividades laborais na policlínica.

Art.21 Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética Multiprofissional, este será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às atividades na Comissão durante a vigência da investigação.

Art.22 A Comissão de Ética Multiprofissional ao receber uma denúncia terá o prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento, para conclusão da investigação.

Parágrafo único. O prazo de conclusão da investigação pela Comissão de Ética poderá ser prorrogado por igual período.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.23 A Comissão de Ética Multiprofissional ao tomar ciência de um fato com indícios de infração de natureza ética, poderá instaurar um processo de averiguação (sindicância) para confirmação de tais indícios.

Parágrafo 1º - Compete ao presidente da Comissão de Ética Multiprofissional e, na sua ausência, ao seu vice-presidente, a instauração de processo de sindicância na policlínica.

Parágrafo 2º - O processo de sindicância na policlínica deverá ser instaurado quando houver necessidade da convocação dos profissionais e/ou testemunhas envolvidos para esclarecimentos sobre o fato, ou ainda, quando for necessária a verificação da documentação acerca do fato, avaliação de registros em prontuários, livros de relatórios, provas materiais, entre outros meios de prova admitidos.

Parágrafo 3º - A instauração de um Processo de Sindicância é facultativa aos membros da Comissão de Ética Multiprofissional.

Parágrafo 4º - Todo o Processo de Sindicância deverá transcorrer em caráter sigiloso.

Art.24 O Presidente da Comissão de Ética Multiprofissional, ao receber a denúncia, deverá designar três (3) membros da Comissão de Ética Multiprofissional para proceder a sindicância.

Art.25 O prazo para a conclusão da sindicância, após instaurada, deverá estar incluso dentro do prazo da Comissão de Ética Multiprofissional na conclusão da averiguação da denúncia recebida.

Parágrafo único - O prazo a que se refere este artigo poderá ser prorrogado por 15 dias nas seguintes situações:

I - Intercorrências com pelo menos um dos membros da Comissão de Sindicância;

II - Intercorrências com pelo menos um dos membros envolvidos no Processo;

III – Obstrução no recolhimento das provas;

IV - Quando ainda se fizer necessária a continuidade da apuração para a elaboração do relatório final;

V - Solicitação da Diretoria.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.26 O Presidente da Comissão de Sindicância deverá convocar os profissionais envolvidos e as testemunhas, por escrito, com registro do recebimento da convocação.

Parágrafo 1º - Em caso do não comparecimento dos envolvidos em um primeiro momento, ocorrerá nova convocação, que não excederá três vezes, obedecendo o prazo para a conclusão da investigação.

Parágrafo 2º - Persistindo o não comparecimento dos envolvidos para apresentarem seu depoimento, o processo poderá ser:

I - Arquivado por falta de dados concretos para apuração do fato ocorrido, considerando o material que a Comissão teve acesso;

II - Solicitada intervenção da Direção Assistencial para o envolvimento do profissional com o intuito de solucionar o fato;

III - Enviado para o presidente do Conselho Regional da categoria pertinente, caso um dos profissionais envolvidos assim solicite.

Art.27 A Comissão de Sindicância deverá tomar os depoimentos dos envolvidos, individualmente, e com registro das falas.

Parágrafo 1º - O Presidente da Comissão de Sindicância conduzirá a tomada dos depoimentos;

Parágrafo 2º - O Secretário da Comissão de Sindicância será responsável pela transcrição dos depoimentos.

Art.28 Durante a tomada de depoimentos, a Comissão de Sindicância produzirá o Termo de Declaração que deverá ser digitado ou manuscrito em letra de forma legível, contendo:

I - Nome completo e número do conselho profissional ou documento de identidade do declarante;

II - Data, local e horário do depoimento;

III - Datas e números escritos por extenso, sem rasuras, entrelinhas, espaço em branco e abreviatura.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Parágrafo 1º - O documento redigido ao final do depoimento deverá ser assinado por todos os presentes, com rubrica em todas as folhas.

Parágrafo 2º - Caso seja de interesse do depoente, o Presidente da Comissão de Sindicância poderá fornecer-lhe uma cópia de seu depoimento.

Art.29 A Comissão de Sindicância redigirá um Relatório Final de Sindicância contendo:

I - Parte expositiva: relato objetivo dos fatos apurados;

II - Parte conclusiva: relatar se houve ou não indícios de uma infração/mérito de natureza ética.

Art.30 Ao final dos trabalhos, os membros da Comissão de Sindicância poderão concluir que o Processo poderá ser:

I - Arquivado quando não houver confirmação de indícios de infração de qualquer natureza;

II - Encaminhado Direção Assistencial quando não houver confirmação de indícios de infração ética, para avaliação quanto às medidas cabíveis à administração;

III - Encaminhado, em forma de denúncia, com o ciente da Direção Assistencial, para o Presidente do Conselho Regional da categoria quando houver confirmação de indícios de infração de natureza ética;

IV - Encaminhado para a Direção Assistencial e para o Presidente do Conselho Regional da categoria quando houver confirmação de infração de natureza administrativa e ética, respectivamente.

Art.31 Os envolvidos (denunciado e denunciante) em uma infração de natureza ética, deverão ser comunicados previamente sobre o encaminhamento da denúncia ao Presidente do Conselho Regional da categoria, sob forma de memorando interno, em caráter sigiloso.

Art.32 Em caso de desligamento de algum membro da Comissão de Ética Multiprofissional, a pedido ou de ofício, o Diretor Assistencial poderá indicar outro profissional da equipe multiprofissional vinculado à policlínica para compor a Comissão de Ética Multiprofissional vigente.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão de Ética Multiprofissional deverão avaliar o profissional indicado pelo Diretor Assistencial.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Parágrafo 2º - Caso a avaliação do profissional indicado pelo Diretor Assistencial não seja aprovado pelos membros da Comissão de Ética Multiprofissional, será solicitado nova indicação.

Art.33 Os arquivos da Comissão serão mantidos no Setor da Qualidade, contando com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.34 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Um representante da fisioterapia e seu respectivo suplente;
II - Um representante da terapia ocupacional e seu respectivo suplente;
III - Um representante do fonoaudiologia e seu respectivo suplente;
IV - Um representante da psicologia e seu respectivo suplente;
V - Um representante da nutrição e seu respectivo suplente;
VI - Um representante da farmácia e seu respectivo suplente;
VII - Um representante do serviço social e seu respectivo suplente;
VI - Um representante da direção.

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art. 35 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;
III - Administrar a pauta da reunião;
IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;
V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;
VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.36 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.37 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.38 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.39 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.40 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.41 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.42 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.43 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.44 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.45 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.46 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.47 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.48 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.49 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.50 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.51 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.52 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.53 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.54 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.55 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.56 Este regimento entrará em vigor após a aprovação do Diretor Geral.

2.1.2.3. Cronograma de atividade anual

Cronograma de atividade anual – Comissão de Ética Multiprofissional													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral.	x											
2	Publicar edital de convocação das eleições.	x											
3	Realizar a inscrição das chapas.	x	x										

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

4	Realizar a eleição e publicar o resultado.	x	x										
5	Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional da categoria profissional.	x	x										
6	Dar posse aos membros eleitos da Comissão.		x	x									
7	Validar, através da comissão, a proposta de Regimento Interno.		x	x									
8	Reunir com a equipe multiprofissional para apresentar a comissão e seu regimento.		x	x									
9	Elaborar proposta de trabalho da comissão.		x	x									
10	Realizar reunião ordinária.			x			x			x			x
11	Realizar oficinas de estudo sobre o código de ética da equipe multiprofissional.				x		x		x		x		
12	Realizar treinamentos propostos.						x						x
13	Elaborar relatório trimestral.			x			x			x			x
14	Realizar Workshop sobre Questões éticas da equipe multiprofissional.											x	
15	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
16	Elaborar relatório anual.												x

2.1.3. Comissão de Biossegurança

A ABEAS, em sua missão de promover a segurança e a qualidade nos serviços de saúde, apresenta a Comissão de Biossegurança para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A criação dessa comissão reflete o compromisso com a implementação de práticas seguras e com a preservação da saúde dos profissionais, pacientes e da comunidade atendida.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A Comissão de Biossegurança é responsável por desenvolver, monitorar e revisar protocolos que garantam a prevenção de riscos biológicos, químicos e físicos no ambiente da Unidade de Saúde. Seu papel é assegurar que todas as atividades realizadas na Policlínica sigam normas rigorosas de segurança, prevenindo a disseminação de infecções e acidentes, além de promover a conscientização e a capacitação contínua de toda a equipe multiprofissional sobre as melhores práticas de biossegurança.

Ao adotar medidas preventivas e corretivas, a Comissão de Biossegurança visa minimizar riscos, garantindo a proteção da saúde dos trabalhadores e dos pacientes, bem como a preservação do ambiente. A comissão trabalhará de forma colaborativa com todos os setores da Policlínica, garantindo a aplicação de práticas seguras e eficientes em todas as áreas de atendimento.

Estamos confiantes de que, com o apoio e a dedicação desta comissão, a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse continuará a ser um ambiente seguro e de referência, alinhado aos mais altos padrões de segurança em saúde.

2.1.3.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Biossegurança	I – Fazer cumprir a Lei nº 11.105, de 2005, que regulamenta os incisos II, IV e V do § 1o do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio e dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB; II - Fazer cumprir a Resolução Normativa nº 01, de 20 de junho de	I - SESMT; II - Recursos Humanos; III - Núcleo de Segurança do Paciente; IV - Laboratório; V - Central de Material e Esterilização (CME); VI - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;	15 dias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	2006, que dispõe sobre a instalação e o funcionamento das Comissões Internas de Biossegurança (CIBios) e sobre os critérios e procedimentos para requerimento, emissão, revisão, extensão, suspensão e cancelamento do Certificado de Qualidade em Biossegurança (CQB); III - Fazer cumprir a Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde); IV - Fazer cumprir a Portaria nº MTP nº 2.318, de 3 de agosto de 2022, que aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 04 - Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho; V - Fazer cumprir a Portaria nº 2.175, de 28 de julho de 2022, que aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 06 - Equipamentos de Proteção Individual – EPI; VI - Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes; VII - Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na policlínica;	VII - Diretoria Assistencial.	

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	VIII - Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras; IX - Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos à biossegurança que lhes forem enviados; X - Sugerir normas para melhorias na biossegurança; XI - Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas; XII - Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança; XIII - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança; XIV - Zelar pelo sigilo ético das informações; XV - Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado; XVI - Assessorar a Diretoria Médica em assuntos de sua competência; XVII - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;		

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	XVIII - Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à policlínica.		

2.1.3.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Biossegurança.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Biossegurança é um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde, conforme a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), tendo por finalidade:

I - Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II - Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na policlínica;

III - Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras;

IV - Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos à biossegurança que lhes forem enviados;

V - Sugerir normas para melhorias na biossegurança;

VI - Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

VII - Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;

VIII - Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações sobre biossegurança;

IX - Zelar pelo sigilo ético das informações;

X - Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pelas demais comissões ou outro serviço interessado;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XI - Assessorar a Diretoria Médica em assuntos de sua competência;

XII - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;

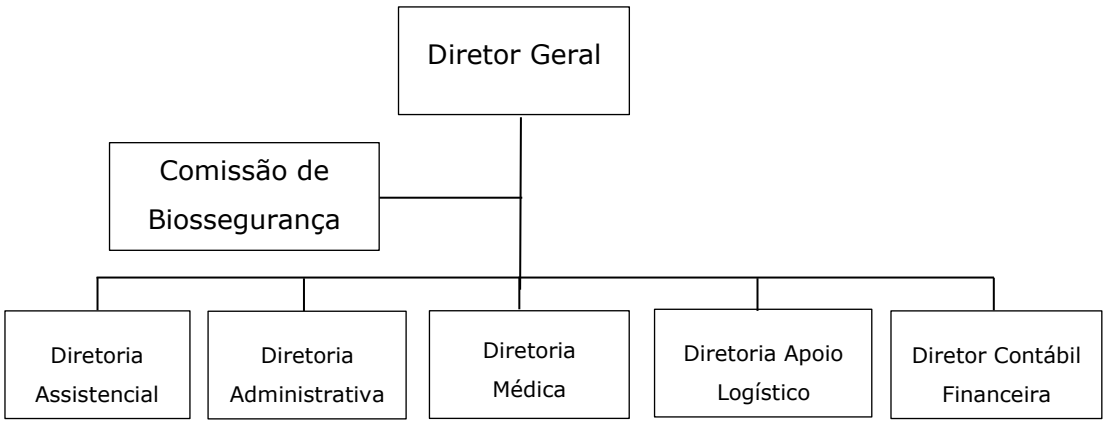
XIII - Desenvolver atividades de caráter técnico - científico com fins de subsidiar conhecimentos

relevantes à Policlínica.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A Comissão de Biossegurança é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica e realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da Policlínica, quanto ao processo de biossegurança.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão bimestralmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 7º A reunião terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - SESMT;

II - Recursos Humanos;

III - Núcleo de Segurança do Paciente;

IV - Laboratório;

V - Central de Material e Esterilização (CME);

VI - Núcleo Hospitalar de Epidemiologia;

VII - Diretoria Assistencial.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata;

III - Participar das ações da Comissão;

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão; e

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A Policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da policlínica.

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da Policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com a aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após a aprovação do Diretor Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.3.3. Cronograma de atividade anual

Cronograma de atividade anual – Comissão de Biossegurança												
Item	Ação	Meses de contrato										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x		x		x		x		x		x	
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x		x		x		x		x		x	
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.4. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

A ABEAS, em sua contínua busca pela excelência na gestão e na prestação de serviços de saúde, tem a honra de apresentar a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão tem como missão primordial a prevenção, o monitoramento e o controle das infecções associadas ao cuidado em saúde, contribuindo diretamente para a segurança dos pacientes e profissionais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A CCIRAS é responsável por elaborar e implementar protocolos de controle de infecções, atuando de forma multidisciplinar e integrada com todas as equipes da Policlínica. Seu objetivo é reduzir ao máximo o risco de infecções hospitalares, por meio de práticas baseadas em evidências científicas e em conformidade com as legislações vigentes. Além disso, a comissão promoverá ações educativas para sensibilizar e capacitar todos os profissionais de saúde quanto à importância da adesão às boas práticas de higiene, esterilização e desinfecção de materiais e ambientes.

A presença da CCIRAS na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse garantirá a aplicação de medidas de controle rigorosas, proporcionando um ambiente mais seguro para pacientes e colaboradores. Sua atuação é essencial para a prevenção de infecções, resultando em uma assistência à saúde de maior qualidade, com menores taxas de complicações e melhor recuperação dos pacientes.

Estamos comprometidos em assegurar que a Policlínica continue a ser uma referência em cuidados de saúde, contando com a contribuição dessa comissão para manter elevados padrões de segurança e qualidade no atendimento.

2.1.4.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	I – Fazer cumprir a Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que instituiu diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções em serviços de saúde e estabelece as ações mínimas necessárias a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções. II - Tem por finalidade o desenvolvimento e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), com autonomia plena	I - Serviço Médico; II - Serviço de Enfermagem; III - Serviço de Farmácia; IV - Laboratório de Microbiologia; e V - Administração.	15 dias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	para decidir sobre assuntos que, direta, ou indiretamente, estejam relacionados com o de controle de Infecções.		

2.1.4.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

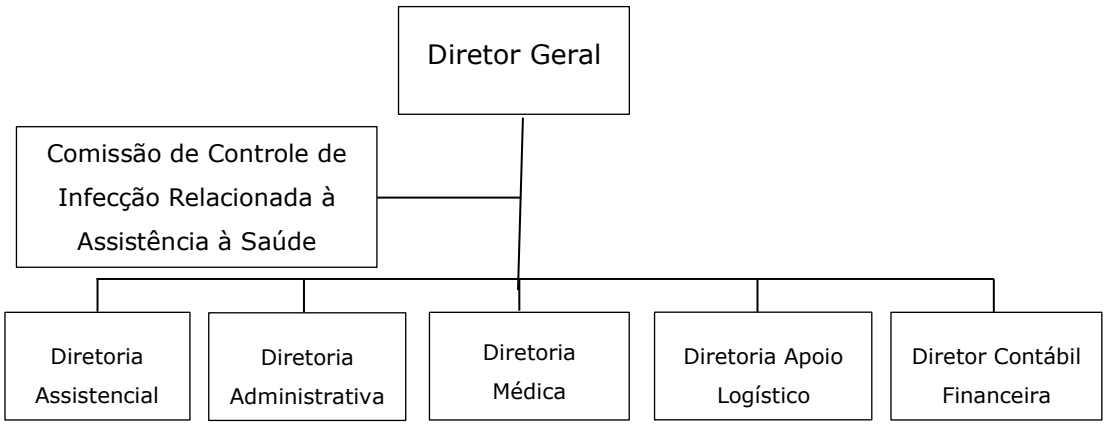
CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde é de natureza técnico-científica permanente, estruturada e organizada conforme os termos da Port. nº. 2.616/MS, de 12 de maio de 1998. Tem por finalidade o desenvolvimento e execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), com autonomia plena para decidir sobre assuntos que, direta, ou indiretamente, estejam relacionados com o de controle de Infecções Hospitalares (IH).

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da policlínica, quanto ao processo de controle de infecções hospitalares.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Serviço Médico;
II - Serviço de Enfermagem;
III - Serviço de Farmácia;
IV - Laboratório de Microbiologia; e
V - Administração.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art. 13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;
III - Administrar a pauta da reunião;
IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;
V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;
VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;
VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;
VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e
IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e
II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.4.3. Cronograma de atividade anual

Cronograma de atividade anual – Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde												
Item	Ação	Meses de contrato										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x		x		x		x		x		x	
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x		x		x		x		x		x	
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.5. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

A ABEAS (Associação Brasileira de Estudos e Administração em Saúde) tem o prazer de apresentar a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão tem como objetivo promover a qualidade e a integridade das informações contidas nos prontuários dos pacientes, assegurando que os registros sejam precisos, completos e reflitam de maneira fiel a assistência prestada.

A análise e revisão sistemática dos prontuários são fundamentais para garantir que a documentação clínica siga as normas legais e regulamentares, bem como os princípios éticos que regem a prática assistencial. A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários trabalhará de forma contínua na verificação dos registros, visando melhorar a comunicação entre as equipes de saúde e, consequentemente, otimizar os cuidados prestados aos pacientes.

Além de garantir a qualidade documental, essa comissão desempenha um papel crucial na segurança do paciente, identificando oportunidades de melhoria nos processos de atendimento e assegurando que as condutas terapêuticas estejam devidamente registradas. Seu trabalho contribui para a transparência, a continuidade do cuidado e a conformidade com as boas práticas clínicas.

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com o apoio dessa comissão, reafirma seu compromisso com a excelência e a segurança na assistência à saúde, assegurando que cada etapa do cuidado seja rigorosamente documentada e analisada, em benefício da qualidade do atendimento prestado.

2.1.5.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	I – Fazer cumprir a Resolução CFM nº 1.638/2002, que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde; II - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário;	I - Médico; II – Representante do Serviço de Arquivo Médico (SAME); e III – Enfermeiro.	15 dias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	III - Programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.		

2.1.5.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários deve conduzir os processos de avaliação dos aspectos éticos e legais, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002, a qual define o que é prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários. Desse modo, tem por finalidade:

I - Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

a) Identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c) Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e o respectivo número de registros dos conselhos de toda a equipe multiprofissional;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

e) Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;

f) Assegurar a responsabilidade do preenchimento que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe e à direção técnica da unidade;

g) Detectar e avaliar as falhas de preenchimento; e

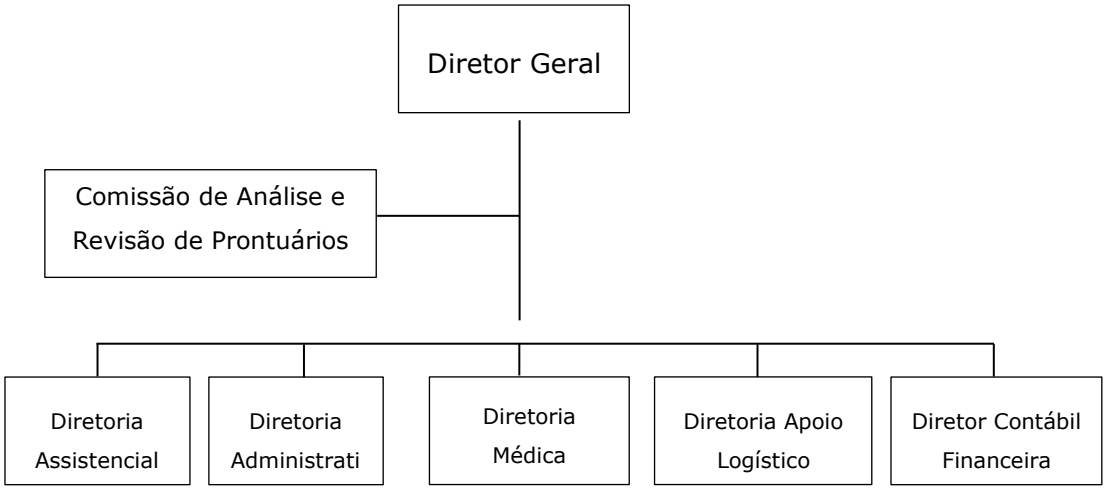
h) A continuidade das falhas poderá resultar em convocação do responsável e devendo ser tomadas as providências cabíveis;

II - Havendo necessidade, a Comissão deve programar cursos de reciclagem junto à Comissão de Educação Permanente.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da área assistencial, quanto ao processo de avaliação dos aspectos éticos e legais dos prontuários dos pacientes.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Médico;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II – Representante do Serviço de Arquivo Médico (SAME); e

III – Enfermeiro.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.5.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário.

Cronograma de atividade anual – Comissão de Análise e Revisão de Prontuário													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.6. Comissão de Acidentes Com Materiais Biológicos (CAMB)

A ABEAS apresenta a Comissão de Acidentes com Materiais Biológicos (CAMB) para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, reafirmando o compromisso com a segurança ocupacional e o bem-estar dos profissionais de saúde. A CAMB tem como principal missão prevenir, monitorar e gerenciar incidentes envolvendo exposição a materiais biológicos, garantindo uma resposta rápida e eficaz em situações de risco.

A atuação dessa comissão é essencial para minimizar as ocorrências de acidentes com perfurocortantes, fluidos corporais e outros materiais potencialmente contaminantes, que representam um risco para os trabalhadores da saúde. Além de desenvolver protocolos de prevenção e resposta imediata, a CAMB também promove a capacitação contínua da equipe, assegurando que todos os profissionais estejam preparados para lidar com situações de exposição e saibam como proceder de maneira segura e eficaz.

A CAMB também desempenha um papel crucial no acompanhamento e tratamento pós-exposição, garantindo que todos os envolvidos recebam o suporte adequado, tanto em termos de saúde quanto de orientações legais e técnicas. A comissão trabalhará de forma integrada com outros setores da Policlínica, promovendo um ambiente de trabalho seguro, que prioriza a proteção dos profissionais e a qualidade do atendimento prestado.

Com o apoio da CAMB, a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse reforça seu compromisso com a segurança e a saúde de seus colaboradores, garantindo que as melhores práticas de prevenção e gestão de riscos biológicos sejam implementadas e seguidas rigorosamente.

2.1.6.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Acidentes com Material Biológico	I – Fazer cumprir a Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências;	I - Um representante do SESMT; II - Um representante da CIPA;	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	II - Fazer cumprir a Portaria n.º 787, de 27 de novembro de 2018, que dispõe sobre as regras de aplicação, interpretação e estruturação das Normas Regulamentadoras; III - Fazer cumprir a Lei nº 6.367, de 19 de outubro de 1976, que dispõe sobre o seguro de acidentes do trabalho a cargo do INPS e dá outras providências. IV - Fazer cumprir a Lei nº 11.105, de 2005, que regulamenta os incisos II, IV e V do § 1o do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados e seus derivados, cria o Conselho Nacional de Biossegurança - CNBS, reestrutura a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança - CTNBio e dispõe sobre a Política Nacional de Biossegurança – PNB; V - Fazer cumprir a Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005, que aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde); VI - Fazer cumprir a Portaria nº MTP nº 2.318, de 3 de agosto de 2022, que aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 04 - Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho; VII - Fazer cumprir a Portaria nº 2.175, de 28 de julho de 2022, que aprova a	III - Um representante do serviço de enfermagem; IV - Um representante da comissão de biossegurança; V - Um representante do corpo clínico; VI - Um representante da direção; VII - Um representante da CCIH.	

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	nova redação da Norma Regulamentadora nº 06 - Equipamentos de Proteção Individual – EPI; VIII - Tem como finalidade realizar o acompanhamento dos acidentes com material biológico, definir estratégias para reduzir ou eliminar os riscos relacionados à ocorrência de acidentes com material biológico.		

2.1.6.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

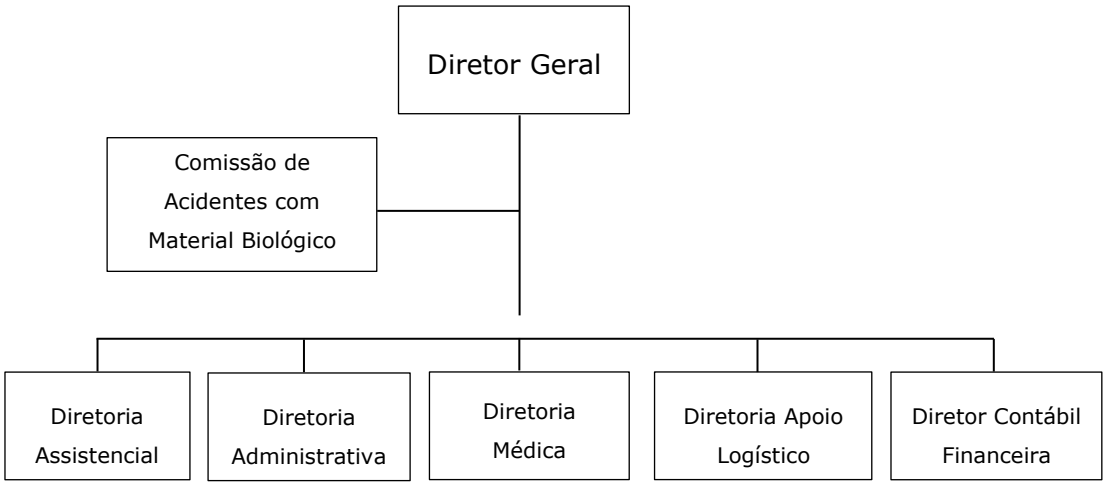
Art. 1º A Comissão de Acidentes com Material Biológico tem como finalidade realizar o acompanhamento dos acidentes com material biológico, definir estratégias para reduzir ou eliminar os riscos relacionados à ocorrência de acidentes com material biológico.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º A Comissão de Acidentes com Material Biológico é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art. 3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da policlínica e realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da policlínica, quanto ao processo de melhoria da assistência.

Art. 5º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Um representante do SESMT;
II - Um representante da CIPA;
III - Um representante do serviço de enfermagem;
IV - Um representante da comissão de biossegurança;
V - Um representante do corpo clínico;
VI - Um representante da direção;
VII - Um representante da CCIH.

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art. 13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;
III - Administrar a pauta da reunião;
IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;
V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;
VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após a aprovação do Diretor Geral.

2.1.6.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Acidentes com Material Biológico.

Cronograma de atividade anual – Comissão de Acidentes com Material Biológico													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que	x											

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	possuem o perfil adequado para compor a comissão.												
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

A ABEAS, comprometida com a promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis, apresenta sua proposta para a constituição da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A CIPA tem como objetivo identificar, avaliar e propor soluções para situações de risco no ambiente de trabalho, com foco na prevenção de acidentes e na preservação da saúde dos trabalhadores.

A constituição da CIPA é um passo fundamental para assegurar que as práticas de segurança ocupacional sejam rigorosamente observadas, incentivando a participação ativa de todos os colaboradores na construção de um ambiente de trabalho mais seguro. A comissão atuará de forma colaborativa, desenvolvendo programas de prevenção, treinamentos e ações educativas que visam conscientizar a equipe sobre a importância de adotar medidas preventivas no dia a dia.

Além de contribuir para a redução dos acidentes de trabalho, a CIPA também será responsável por realizar investigações de incidentes e sugerir melhorias nos procedimentos e nas condições de trabalho, promovendo uma cultura de segurança contínua na Policlínica. A ABEAS acredita que, com a criação desta comissão, a Policlínica Estadual da Região Nordeste –

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Posse fortalecerá ainda mais seu compromisso com a saúde e bem-estar dos seus profissionais, garantindo um ambiente mais protegido e eficiente para todos.

Estamos confiantes de que, com a implementação da CIPA, a Policlínica estará alinhada aos mais elevados padrões de segurança no trabalho, proporcionando uma assistência de saúde de excelência e qualidade.

2.1.7.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	I – Fazer cumprir a Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978, que aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho; II - Fazer cumprir a Portaria nº 1.083, de 2018, que estabeleceu novas regras para a formação, o funcionamento e as atribuições da CIPA; III - Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); IV - Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho; V - Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da	I - 10 (dez) integrantes efetivos; e II - 10 (dez) integrantes suplentes.	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho; VI - Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores; VII - Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas; VIII - Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho; IX - Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores; X - Requerer ao SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores; XI - Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho; XII - Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem		

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho; XIII - Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; XIV - Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores; XV - Requisitar à empresa as cópias das Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitidas; XVI - Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT; XVII - Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's); XVIII - Incluir regras de conduta a respeito do assédio sexual e de outras formas de violência nas normas internas da policlínica, com ampla divulgação do seu conteúdo aos empregados e às empregadas; XIX - Fixar os procedimentos para recebimento e acompanhamento de denúncias, para apuração dos fatos e, quando for o caso, para aplicação de sanções administrativas aos responsáveis diretos e indiretos pelos atos de assédio		

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	sexual e de violência, garantido o anonimato da pessoa denunciante, sem prejuízo dos procedimentos jurídicos cabíveis; e XX - Realizar, no mínimo a cada 12 (doze) meses, de ações de capacitação, de orientação e de sensibilização dos empregados e das empregadas de todos os níveis hierárquicos da empresa sobre temas relacionados à violência, ao assédio, à igualdade e à diversidade no âmbito do trabalho, em formatos acessíveis, apropriados e que apresentem máxima efetividade de tais ações. XXI – Fazer cumprir a Portaria/MTP nº 422, de 07 de outubro de 2021, que aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA.		

2.1.7.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente, o trabalho com a preservação e a promoção da saúde do trabalhador. Sua criação atende a Norma Regulamentadora nº 05 (NR-05), aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978 e nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022. Tem por finalidade:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação

do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT);

II - Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III - Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV - Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V - Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI - Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII - Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII - Requerer ao SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere

haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX - Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X - Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de

acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI - Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII - Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido

na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII - Requisitar à empresa as cópias das Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitidas;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XIV - Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de

Acidentes do Trabalho - SIPAT;

XV - Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's);

XVI - Incluir regras de conduta a respeito do assédio sexual e de outras formas de violência nas normas internas da policlínica, com ampla divulgação do seu conteúdo aos empregados e às empregadas;

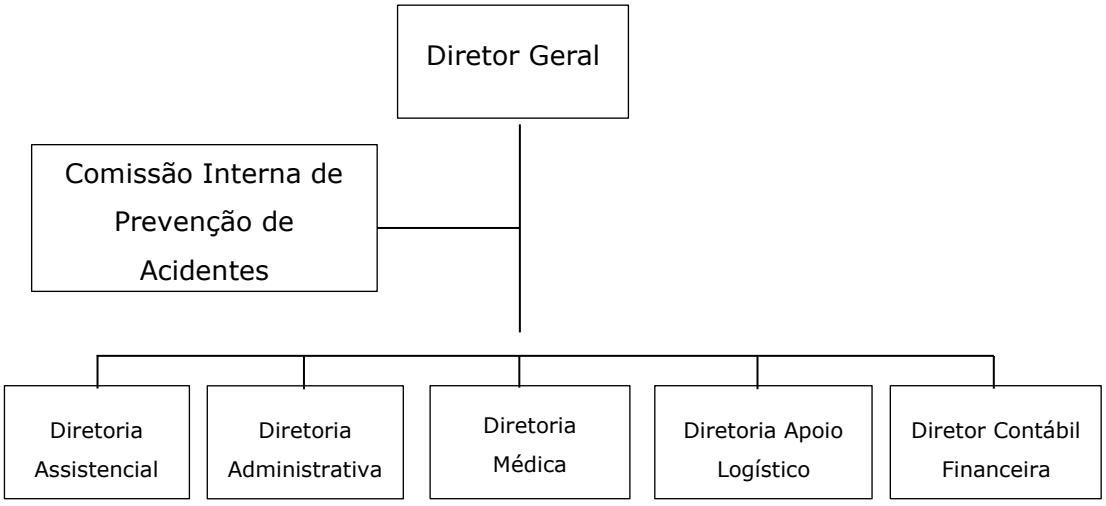
XVII - Fixar os procedimentos para recebimento e acompanhamento de denúncias, para apuração dos fatos e, quando for o caso, para aplicação de sanções administrativas aos responsáveis diretos e indiretos pelos atos de assédio sexual e de violência, garantido o anonimato da pessoa denunciante, sem prejuízo dos procedimentos jurídicos cabíveis; e

XVIII - Realizar, no mínimo a cada 12 (doze) meses, de ações de capacitação, de orientação e de sensibilização dos empregados e das empregadas de todos os níveis hierárquicos da empresa sobre temas relacionados à violência, ao assédio, à igualdade e à diversidade no âmbito do trabalho, em formatos acessíveis, apropriados e que apresentem máxima efetividade de tais ações.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A CIPA é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

SEÇÃO I - ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da policlínica, quanto ao processo de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, além do assédio.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão bimestralmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art.6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art.7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art.8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art.11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

SEÇÃO II - ELEIÇÃO

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.12 O empregador deve convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de sessenta dias antes do término do mandato em curso.

Parágrafo único. A organização deve comunicar, com antecedência, podendo ser por meio eletrônico, com confirmação de entrega, o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria preponderante.

Art.13 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros a comissão eleitoral, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Parágrafo único. Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a comissão eleitoral será constituída pela policlínica.

Art.14 O processo eleitoral deve observar as seguintes condições:

I - Publicação e divulgação de edital de convocação da eleição e abertura de prazos para inscrição de candidatos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;

II - Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias corridos;

III - Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante em meio físico ou eletrônico;

IV - Garantia de emprego até a eleição para todos os empregados inscritos;

V - Publicação e divulgação da relação dos empregados inscritos, em locais de fácil acesso e visualização, podendo ser em meio físico ou eletrônico;

VI - Realização da eleição no prazo mínimo de trinta dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

VII - Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados do estabelecimento;

VIII - Voto secreto;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

IX - Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante da organização e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral, facultado o acompanhamento dos candidatos; e

X - Organização da eleição por meio de processo que garanta tanto a segurança do sistema como a confidencialidade e a precisão do registro dos votos.

Art.15 Na hipótese de haver participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados no dia anterior, a qual será considerada válida com a participação de, no mínimo, um terço dos empregados.

Parágrafo 1º - Constatada a participação inferior a um terço dos empregados no segundo dia de votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá prorrogar o período de votação para o dia subsequente, computando-se os votos já registrados nos dias anteriores, a qual será considerada válida com a participação de qualquer número de empregados.

Parágrafo 2º - A prorrogação deve ser comunicada ao sindicato da categoria profissional preponderante.

Art.16 As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada de inspeção do trabalho, até trinta dias após a data da divulgação do resultado da eleição da CIPA.

Parágrafo 1º - Compete à autoridade máxima regional em matéria de inspeção do trabalho, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder à anulação, quando for o caso.

Parágrafo 2º - Em caso de anulação somente da votação, a organização convocará nova votação, no prazo de dez dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

Parágrafo 3º - Nos demais casos, a decisão da autoridade máxima regional em matéria de inspeção do trabalho determinará os atos atingidos, as providências e os prazos a serem adotados, atendidos os prazos previstos nesta NR.

Parágrafo 4º - Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.17 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes os candidatos mais votados.

Art.18 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art.19 Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, emordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art.20 Os membros eleitos e designados deverão ser empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art.21 O mandato dos membros da CIPA terá duração de um ano sendo permitida uma nova reeleição.

SEÇÃO III - TREINAMENTO

Art.22 A organização deve promover treinamento para o representante nomeado e para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Parágrafo único. O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art.23 O treinamento deve contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I - Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

II - Noções sobre acidentes e doenças relacionadas ao trabalho decorrentes das condições de trabalho e da exposição aos riscos existentes no estabelecimento e suas medidas de prevenção;

III - Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

IV - Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de prevenção dos riscos;

V - Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

VI - Noções sobre a inclusão de pessoas com deficiência e reabilitados nos processos de trabalho; e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VII - Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art.24 O treinamento realizado há menos de dois anos contados da conclusão do curso pode ser aproveitado na mesma organização, observado o estabelecido na NR-1.

Art.25 Os cipeiros deverão receber treinamento de curso de CIPA, cumprindo a carga horária mínima de dezesseis horas para estabelecimentos de grau de risco 3.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.26 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - 10 (dez) integrantes efetivos; e

II - 10 (dez) integrantes suplentes.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.27 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.28 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.29 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.30 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.31 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.32 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.33 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.34 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.35 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.36 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.37 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.38 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.39 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.40 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.41 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.42 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.43 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.44 As Comissões devem cumprir o Regulamento da policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.45 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.46 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.47 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.48 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

2.1.7.3. Cronograma de atividade anual

Cronograma de atividade anual – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA.	x											
2	Constituir a comissão eleitoral.	x											
3	Realizar a eleição.	x	x										
4	Empossar os membros eleitos e designados e criar a comissão,		x										

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	através de uma Circular Normativa do Diretor Geral.												
5	Promover treinamento para os cipeiros titulares e suplentes.		x	x									
6	Aprovar o Regimento Interno da comissão.		x	x									
7	Realizar reunião ordinária.			x		x		x		x		x	
8	Elaborar proposta de trabalho da comissão.			x									
9	Elaborar relatório.			x		x		x		x		x	
10	Promover a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT										x		
11	Realizar capacitações.			x		x		x		x		x	
12	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
13	Elaborar relatório anual.												x

2.1.8. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT)

A ABEAS, comprometida com a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros, apresenta sua proposta para a constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, caso seja selecionada para a gestão e organização dos serviços.

O SESMT tem um papel crucial na prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, além de atuar na promoção de boas práticas que garantem a integridade física e mental dos colaboradores. A proposta da ABEAS visa implementar um SESMT estruturado e eficiente, com uma equipe de engenheiros de segurança, técnicos em segurança do trabalho e médicos do trabalho, que estarão dedicados à criação de um ambiente de trabalho seguro e em conformidade com as normas regulamentadoras vigentes.

Este serviço será responsável por identificar riscos, propor soluções para mitigá-los e monitorar a implementação das medidas de segurança necessárias. Além disso, o SESMT irá

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

coordenar ações preventivas, como programas de saúde ocupacional, treinamentos contínuos e ações educativas, promovendo uma cultura de segurança em todos os setores da Policlínica. O trabalho do SESMT é essencial não apenas para proteger a saúde dos trabalhadores, mas também para assegurar a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, reduzindo riscos e melhorando a eficiência das operações.

A ABEAS está preparada para oferecer uma gestão que prioriza a segurança, o bem-estar e a prevenção, garantindo que o SESMT atue de forma integrada com as demais comissões e serviços da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, promovendo um ambiente de trabalho seguro e colaborativo.

Estamos confiantes de que a constituição do SESMT sob a gestão da ABEAS contribuirá de maneira significativa para a excelência dos serviços prestados pela Policlínica, promovendo um ambiente mais seguro para colaboradores e pacientes.

2.1.8.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	I - Fazer cumprir a Portaria nº MTP nº 2.318, de 3 de agosto de 2022, que aprova a nova redação da Norma Regulamentadora nº 04 e determina o redimensionamento dos SESMT em funcionamento.; II - Fazer cumprir a Portaria n.º 787, de 27 de novembro de 2018, que dispõe sobre as regras de aplicação, interpretação e estruturação das Normas Regulamentadoras; III - Promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador; IV – Criar e manter atualizado o Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme Portaria SSST n.º 24, de 29 de dezembro de 1994.	I - Enfermeiro; e II - Técnico de Segurança do Trabalho.	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	V - Operacionalizar ações de redução dos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho, conforme o Programa de Gerenciamento de Riscos, exigido pela NR nº 1 (Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais), aprovada pela Portaria MTb nº 3214, de 8 de junho de 1978.		

2.1.8.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

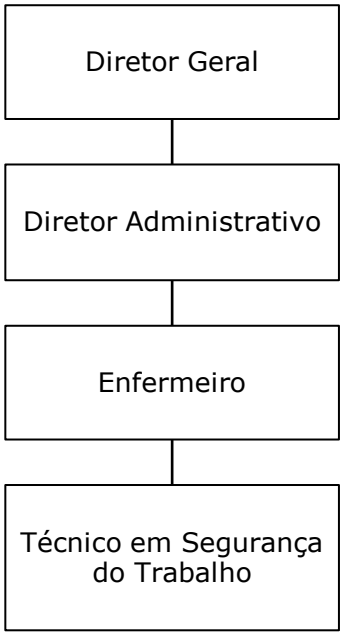
Art.1º Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) tem como finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador. A sua atuação é baseada na operacionalização de ações de prevenção, educação e controle das doenças ocupacionais, desde a admissão até o desligamento dos colaboradores da policlínica, mantendo atualizado o Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme a legislação vigente. A Segurança do Trabalho operacionaliza as ações de redução dos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho, conforme o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), proporcionando um ambiente laboral salubre, a fim de preservar a integridade física dos trabalhadores.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O SESMT é representado por profissionais da área de saúde e segurança do trabalho, sendo subordinado à Diretoria Administrativa. Sua área compreende uma sala, localizada no andar térreo da policlínica.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4° O SESMT é um grupo que reúne profissionais qualificados no gerenciamento da saúde e segurança dos colaboradores em uma organização. O técnico de segurança do trabalho deve dedicar quarenta e quatro horas por semana para as atividades do SESMT. O enfermeiro do trabalho deve dedicar, no mínimo, quinze horas (tempo parcial) ou trinta horas (tempo integral) por semana, para as atividades do setor. Compete ao SESMT, de acordo com a NR 4:

I - Elaborar ou participar da elaboração do inventário de riscos;

II - Acompanhar a implementação do plano de ação do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;

III - Implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais;

IV - Elaborar plano de trabalho e monitorar metas, indicadores e resultados de segurança e saúde no trabalho;

V - Responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela organização;

VI - Manter permanente interação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, quando existente;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VII - Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;

VIII - Propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores;

IX - Conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR;

X - Compartilhar informações relevantes para a prevenção de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho com outros SESMT de uma mesma organização, assim como a CIPA, quando por esta solicitado; e

XI - Acompanhar e participar nas ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, nos termos da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07).

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.5° O setor do SESMT é composto pelos seguintes profissionais:

I - Enfermeiro; e

II - Técnico de Segurança do Trabalho.

Art.6° Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Enfermeiro	30h	1							1
Técnico de Segurança do Trabalho	44h	2							2
Total		3							3

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art.7º São atribuições do Enfermeiro:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Prestar assistência de enfermagem ao colaborador, prescrever ações, realizar procedimentos de maior complexidade, sistematizar a assistência de enfermagem a favor da defesa do trabalhador e dos responsáveis pela empresa, visitando os locais de trabalho e colaborando para identificar necessidades como higiene, segurança e melhoria do trabalho de acordo com o setor;

II - Planejar ações de enfermagem, levantar necessidades e problemas, diagnosticar situações, estabelecer prioridades e avaliar resultado. Descobrir as necessidades de enfermagem do trabalho com ajuda de planos estratégicos de assistência que serão prestados por toda a equipe visando proteção, preservação, recuperação e reabilitação da saúde do funcionário, como, por exemplo: fazer levantamentos de doenças ocupacionais objetivando a diminuição das suas ocorrências;

III - Orientar quanto ao uso e importância dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's);

Implementar ações para a promoção da saúde do colaborador, participar de trabalhos de equipes multidisciplinares, definir estratégias de promoção da saúde para situações e grupos específicos. Como por exemplo, planejar campanhas de incentivo à saúde como diabetes, hipertensão, vacinação, alcoolismo, tabagismo (fumo), primeiros socorros e obesidade;

IV - Participar, conforme a política interna da policlínica, de projetos, cursos e eventos, comissões, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão;

V - Planejar e desenvolver eventos e palestras sobre saúde e riscos ocupacionais, segundo a realidade do local de trabalho, além de promover capacitação e treinamento com membros da CIPA com relação às IST's, aos primeiros socorros, às NR's, entre outros;

VI - Desenvolver informes internos com temas sobre a atualidade no setor da saúde, podendo ser expostos em cartazes, murais, redes sociais e outras formas de divulgação;

VII - Criar as ações sociais, inovação na área do lazer, desenvolver o lúdico, sempre em benefício do bem-estar dos funcionários da empresa;

VIII - Acompanhar os itens previstos no cumprimento do PCMSO (admissional, mudança de função, demissional, retorno ao trabalho, periódicos, treinamentos e campanhas);

IX - Fazer levantamento dos colaboradores que estão com os exames a vencer, efetuando a conferência no PCMSO de quais os exames necessários, de acordo com a função de cada funcionário;

X - Elaborar relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade. A resolução COFEN 571/2018 autoriza ao enfermeiro do trabalho preencher, emitir e assinar o laudo de monitorização biológica, previsto no Perfil Profissiográfico Previdenciário –PPP;

XI - Articular-se e colaborar com os órgãos e entidades ligados à prevenção de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XII - Estar em constante atualização em relação às inovações tecnológicas e científicas em sua área de atuação; e

XIII - Trabalhar segundo norma técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental.

Art.8º São atribuições do Técnico de Segurança do Trabalho:

I - Informar o empregador, através de parecer técnico, sobre os riscos existentes nos ambientes de trabalho, bem como orientá-lo sobre as medidas de eliminação e neutralização;

II - Informar os trabalhadores sobre os riscos da sua atividade, bem como as medidas de eliminação e neutralização;

III - Analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao trabalhador, propondo sua eliminação ou seu controle;

IV - Executar os procedimentos de segurança e higiene do trabalho e avaliar os resultados alcançados, adequando-os as estratégias utilizadas de maneira a integrar o processo prevencionista em uma planificação, beneficiando o trabalhador;

V - Executar programas de prevenção de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho nos ambientes de trabalho com a participação dos trabalhadores, acompanhando e avaliando seus resultados, bem como sugerindo constante atualização dos mesmos e estabelecendo procedimentos a serem seguidos;

VI - Promover debates, encontros, campanhas, seminários, palestras, reuniões, treinamentos e utilizar outros recursos de ordem didática e pedagógica com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, assuntos técnicos, administrativos e prevencionistas, visando evitar acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;

VII - Executar as normas de segurança referentes a projetos de construção, ampliação, reforma, arranjos físicos e de fluxos, com vistas à observância das medidas de segurança e higiene do trabalho, inclusive por terceiros;

VIII - Encaminhar aos setores e áreas competentes normas, regulamentos, documentação, dados estatísticos, resultados de análises e avaliações, materiais de apoio técnico, educacional e outros de divulgação para conhecimento e autodesenvolvimento do trabalhador;

IX - Indicar, solicitar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, recursos audiovisuais e didáticos e outros materiais considerados indispensáveis, de acordo com

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

a legislação vigente, dentro das qualidades e especificações técnicas recomendadas, avaliando seu desempenho;

X - Cooperar com as atividades do meio ambiente, orientando quanto ao tratamento e destinação dos resíduos industriais, incentivando e conscientizando o trabalhador da sua importância para a vida;

XI - Orientar as atividades desenvolvidas por empresas contratadas, quanto aos procedimentos de segurança e higiene do trabalho previstos na legislação ou constantes em contratos de prestação de serviço;

XII - Executar as atividades ligadas à segurança e higiene do trabalho utilizando métodos e técnicas científicas, observando dispositivos legais e institucionais que objetivem a eliminação, controle ou redução permanente dos riscos de acidentes do trabalho e a melhoria das condições do ambiente, para preservar a integridade física e mental dos trabalhadores;

XIII - Levantar e estudar os dados estatísticos de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, calcular a freqüência e a gravidade destes para ajustes das ações prevencionistas, normas, regulamentos e outros dispositivos de ordem técnica, que permitam a proteção coletiva e individual;

XIV - Articular-se e colaborar com os setores responsáveis pelos recursos humanos, fornecendo-lhes resultados de levantamentos técnicos de riscos das áreas e atividades para subsidiar a adoção de medidas de prevenção a nível de pessoal;

XV - Informar os trabalhadores e o empregador sobre as atividades insalubres, perigosas e penosas existentes na empresa, seus riscos específicos, bem como as medidas e alternativas de eliminação ou neutralização dos mesmos;

XVI - Avaliar as condições ambientais de trabalho e emitir parecer técnico que subsidie o planejamento e a organização do trabalho de forma segura para o trabalhador;

XVII - Articular-se e colaborar com os órgãos e entidades ligados à prevenção de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;

XVIII - Participar de seminários, treinamentos, congressos e cursos visando o intercâmbio e o aperfeiçoamento profissional.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.9º Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.10 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.11 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.12 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.13 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.14 A policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.15 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-ofice, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.16 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.17 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pela Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.18 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.19 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.20 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.21 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.23 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.24 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Gera.

Art.25 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.26 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.27 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dias e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.28 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.29 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.30 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.31 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.32 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.33 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

2.1.8.3. Cronograma de atividade anual

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho.

Cronograma de atividade anual – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
2	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
3	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
5	Realizar educação permanente.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.9. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

A ABEAS, comprometida com a promoção da ética e do rigor científico no campo da saúde, apresenta sua proposta para a constituição do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, como parte do seu plano de gestão e organização dos serviços.

O CEP tem como missão garantir que todas as pesquisas envolvendo seres humanos realizadas na Policlínica sejam conduzidas de acordo com os princípios éticos, resguardando os direitos, a dignidade e o bem-estar dos participantes. O comitê será composto por profissionais de diferentes áreas da saúde e de outras disciplinas relacionadas, com vasta experiência e compromisso com a ética na pesquisa científica. Ele atuará de forma independente e colegiada,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

avaliando os aspectos éticos dos projetos de pesquisa, visando assegurar o cumprimento das normas estabelecidas pelas resoluções nacionais e internacionais.

A criação do CEP reflete o compromisso da Policlínica em fomentar a pesquisa científica de qualidade, sempre em conformidade com os mais altos padrões éticos. Além de revisar e aprovar projetos de pesquisa, o CEP será responsável por acompanhar a condução dessas investigações, garantindo transparência, segurança e respeito aos voluntários.

A ABEAS acredita que a constituição do Comitê de Ética em Pesquisa na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse incentivará a produção de conhecimento científico relevante para a melhoria contínua dos serviços de saúde prestados, promovendo uma cultura de responsabilidade e inovação.

Estamos confiantes de que a implementação do CEP sob a gestão da ABEAS será um passo fundamental para consolidar a Policlínica como uma instituição de referência em pesquisa ética e excelência científica.

2.1.9.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comitê de Ética em Pesquisa	I - O CEP observará todas as normas legais atinentes às pesquisas que envolvem seres humanos, em particular a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) bem como a Norma Operacional nº 001/2013, os instrumentos legais e/ou normativos posteriores. II - Analisar e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, inclusive os multicêntricos, visando a observância das normas éticas na defesa dos direitos dos envolvidos na pesquisa: participante, pesquisadores e		

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	instituições, individual ou coletivamente considerado.		

2.1.9.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º O comitê de ética em pesquisa é um órgão colegiado da policlínica, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente e interdisciplinar, tem por objetivo analisar e acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, inclusive os multicêntricos, visando a observância das normas éticas na defesa dos direitos dos envolvidos na pesquisa: participante, pesquisadores e instituições, individual ou coletivamente considerado.

§ 1º O CEP não realiza análise de protocolos de pesquisas envolvendo animais.

Art. 2º O CEP observará todas as normas legais atinentes às pesquisas que envolvem seres humanos, em particular a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) bem como a Norma Operacional nº 001/2013, os instrumentos legais e/ou normativos posteriores.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º A constituição do CEP deve levar em conta os critérios de heterogeneidade profissional definido pela Resolução CSN 466/12. Não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

Art. 4º Os candidatos à membro poderão ser indicados por qualquer pessoa da comunidade e/ou que manifestar interesse próprio em participar do mesmo. Os nomes indicados deverão ser submetidos à apreciação e aprovação em reunião colegiada do CEP.

§ 1º - O colegiado será constituído de pelo menos um terço do quadro permanente da policlínica, votados em reunião colegiada, entre a lista dos nomes sugeridos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 5º A nomeação dos membros será através de ato do Diretor Geral da policlínica, após aprovação pelo colegiado do CEP.

Art. 6º O mandato do membro será de 3 (três) anos, sendo permitida a recondução.

Art. 7º O nome do membro indicado para compor o referido CEP deverá ser encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Art. 8º O indicado para compor o CEP deverá ser cadastrado na Plataforma Brasil e ter o perfil validado como membro do CEP/policlínica.

Art. 9º O novo membro deve obrigatoriamente ser qualificado para exercer a função por meio de curso de capacitação inicial em Ética na pesquisa com seres humanos. O CEP em conjunto com a Diretoria Geral da policlínica deve garantir os meios para a capacitação do novo membro.

Art. 10 O membro que não comparecer consecutivamente a duas reuniões ordinárias ou a três reuniões intercaladas no período de um ano, sem justificativa, será automaticamente substituído. Sendo, portanto, três, o número máximo de ausências por ano.

§ 1º A justificativa deverá ser apresentada formalmente por escrito, via e-mail, WhatsApp ou carta antecipadamente ou até cinco dias após a realização da reunião.

§ 2º O coordenador solicitará formalmente ao Diretor Geral da policlínica a substituição do membro excluído, mediante os critérios estabelecidos nos Artigo 3º, Parágrafo Único e Artigos 4º e 5° deste Regimento.

§ 3º O Diretor Geral deverá nomear o novo membro no prazo máximo de 30 dias. O mandato do mesmo terá início na primeira reunião do mês subsequente à sua indicação.

§ 4º Em consonância com o Capítulo VII. da Resolução/CNS n° 466/2012, os membros não poderão ser remunerados, podendo apenas ser ressarcidos de eventuais despesas com transporte, hospedagem e alimentação relacionadas à sua atuação no CEP.

§ 5º Os membros devem ser dispensados nos horários de seu trabalho no CEP, de outras obrigações nas instituições e/ou organizações às quais prestam serviço, dado o caráter de relevância pública da função.

§ 6º Para exercício dos encargos administrativos de relatoria, será garantida aos membros a carga horária semanal de 04 (quatro) horas.

§ 7º A renovação do colegiado é parcial, de no mínimo 1/3 dos membros para transmissão das informações acumuladas aos recém relatores.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 11 Os trabalhos do comitê serão dirigidos por um coordenador escolhido entre seus componentes, cujo mandato terá duração de 03 (três) anos permitida uma recondução, com exceção do representante de usuários, que poderá ser "pro-tempore".

§ 1º A escolha do coordenador será atribuída aos seus pares, quando da realização da primeira reunião de trabalho do comitê para a primeira designação, e na última reunião do triênio para as subsequentes.

§ 2º A indicação do vice coordenador é da competência do coordenador e aprovada pelo colegiado. A duração do mandato será de 3 anos podendo haver uma recondução.

Artigo 8º. Na execução das atividades administrativas será assegurado pela Diretoria Geral ao CEP, uma secretária executiva exclusiva para a função conforme este regimento e a norma operacional nº 001/2013 do Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único - O apoio logístico e administrativo à Secretaria Executiva é de responsabilidade da Diretoria Geral da policlínica.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art. 9 O CEP é constituído por no mínimo 7 (sete) membros, de caráter multidisciplinar, um representante dos usuários indicado pelo Conselho Estadual ou Municipal de Saúde (assinada pela autoridade máxima do conselho) ou por outras entidades que não tenham vínculo com a instituição requerente.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art. 10 Ao Coordenador, e na sua ausência ou impedimento, ao Vice-Coordenador, incube dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do CEP e especificamente:

- Instalar o comitê e presidir suas reuniões.
- Representar o CEP em suas relações internas e externas.

III - Coordenar e supervisionar as atividades.

- Promover a convocação das reuniões.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Validar na Plataforma Brasil um membro relator indicado para cada protocolo de pesquisa protocolado nesse comitê, bem como acompanhar os prazos definidos pela normativa.

- Tomar parte nas discussões e votações, e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate.

- Convidar entidades, cientistas, técnicos e personalidades para colaborarem em estudos ou participarem como consultores ad hoc na apreciação de matérias em pauta.

- Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê.

- Elaborar resoluções decorrentes de deliberações do Comitê ad referendum nos casos de manifesta urgência.

- Acompanhar a elaboração dos pareceres com vistas ao cumprimento dos prazos legais, e caso necessário adotar medidas cabíveis no caso de descumprimento dos mesmos.

- Indicar os relatores dos projetos de pesquisa, ou, quando necessário, relatores ad hoc.

XII - Indicar entre os membros do CEP, representantes para participar de eventos.

XIII - Elaborar o calendário das reuniões ordinárias e convocar os membros para reuniões extraordinárias, quando necessário.

Art. 11 Aos membros do CEP compete**:**

– Estudar e relatar sob os preceitos da ética, dentro dos prazos definidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador.

– Relatar projetos de pesquisa com autonomia, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão.

– Comparecer às reuniões, participar das discussões e votar os pareceres dos relatores.

IV – Requerer votação de matéria em regime de urgência.

V - Desempenhar atividades que lhes forem solicitadas pelo coordenador.

VI - Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao CEP.

- Manter sigilo e confidencialidade sobre as informações, aos protocolos e assuntos discutidos na plenária ou relacionados ao CEP.

- Assumir, no ato da posse, por meio de instrumento impresso o compromisso com a ética, o sigilo e a confidencialidade, sob pena de responsabilidade.

- Representar o CEP em eventos, quando indicado pelo Coordenador.

X - Aceitar ou recusar a relatoria do protocolo de pesquisa, no prazo máximo de até 48 horas após recebimento, junto à Plataforma Brasil.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XI - Declarar formalmente impedimento na emissão de pareceres ou participar do processo de tomada de decisão na análise de protocolo de pesquisa em que estiver direta ou indiretamente envolvido.

Art. 12 À secretaria executiva compete:

- Assistir às reuniões.

- Encaminhar e providenciar o cumprimento das deliberações do CEP.

- Organizar a pauta das reuniões juntamente com o Coordenador e providenciar as convocações das sessões ordinárias e extraordinárias.

- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos em relatoria a serem apreciados pelo colegiado.

- Receber e verificar se a documentação encaminhada está em conformidade com a Resolução nº 466/96 do CSN.

- Comunicar a indicação dos relatores para análise dos projetos de pesquisa.

- Lavrar e assinar as atas de reuniões e mantê-las arquivadas após assinatura dos membros.

- Assessorar os membros do CEP, pesquisadores e/ou instituições nas questões atinentes ao CEP/CONEP, sem que solicitado.

- Orientar os pesquisadores sobre os documentos necessários para a apresentação dos projetos de pesquisa.

- Manter confidencialidade de todas as informações referentes aos projetos de pesquisa.

- Atender solicitações encaminhadas pelo coordenador relativas ao CEP.

XII - Encaminhar aos membros do CEP:

cronogramas das reuniões ordinárias, e quando necessária convocação para as extraordinárias.

pauta das reuniões.

normas da CONEP e do CEP.

plano de trabalho anual.

relatório anual das atividades desse comitê.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art. 13 O presente regimento poderá ser alterado em parte ou no todo, quando necessário, após deliberação em reunião do colegiado.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 14 O presente regimento entrará em vigor após a sua aprovação pelo voto da maioria dos membros e sua homologação pelo Diretor Geral da policlínica.

Art. 15 Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidos pelo CEP/policlínica em reunião colegiada.

Art. 16 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art. 17 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art. 18 Informar imediatamente ao setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art. 19 A policlínica irá garantir que os membros que integram as comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art. 20 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art. 21 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art. 22 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art. 23 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art. 24 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art. 25 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da policlínica.

Art. 26 Na policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art. 27As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art. 28 As Comissões devem cumprir o Regulamento da policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art. 30 Esse regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art. 31 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-Admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art. 32 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.9.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual do Comitê de Ética em Pesquisa.

Cronograma de atividade anual – Comitê de Ética em Pesquisa													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2	Encaminhar para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).	x	x										
3	Cadastrar na Plataforma Brasil e validar o perfil como membro do CEP.		x	x									
4	Aprovar o Regimento Interno da comissão.		x	x									
5	Realizar capacitação inicial para os membros em Ética na pesquisa com seres humanos.			x									
6	Realizar reunião ordinária.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Elaborar proposta de trabalho da comissão.			x									
8	Avaliar projetos de pesquisa solicitados.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	Elaborar relatório.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	Realizar evento de incentivo de pesquisa em saúde.											x	
11	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
12	Elaborar relatório anual.												x

2.1.10. Comissão de Proteção Radiológica

A ABEAS, com sua atuação voltada para a segurança e excelência na prestação de serviços de saúde, apresenta a proposta de constituição da Comissão de Proteção Radiológica para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A criação dessa comissão é fundamental para assegurar o cumprimento das normas de proteção radiológica, minimizando os riscos associados à exposição à radiação ionizante para profissionais, pacientes e o ambiente.

A Comissão de Proteção Radiológica será composta por uma equipe de especialistas em radiologia, físicos médicos e outros profissionais de saúde, com a responsabilidade de monitorar, orientar e garantir que todos os procedimentos radiológicos sejam realizados em

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

conformidade com as melhores práticas de segurança. A comissão terá como foco o desenvolvimento de protocolos de segurança radiológica, capacitação contínua da equipe envolvida, além de garantir a correta manutenção e uso dos equipamentos, assegurando a proteção de todos contra os efeitos adversos da radiação.

O trabalho da comissão também incluirá a revisão periódica dos procedimentos e instalações radiológicas da Policlínica, propondo melhorias e adaptações necessárias para que os serviços de imagem diagnóstica e terapêutica sigam os mais elevados padrões de qualidade e segurança. A ABEAS, ao propor a constituição desta comissão, visa garantir que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse atue com responsabilidade e respeito às normas de proteção radiológica, promovendo um ambiente seguro para todos.

Estamos certos de que a constituição da Comissão de Proteção Radiológica, sob a gestão da ABEAS, contribuirá significativamente para a segurança operacional e a excelência dos serviços oferecidos pela Policlínica.

2.1.10.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Proteção Radiológica	I - Atender as determinações da Portaria SVS/MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Norma Regulamentadora 32 e 36 de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde; II – Atender a Portaria SVS/MS n° 453, de 1 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências; III - Revisar sistematicamente o Programa de Proteção Radiológica para	I - Dois médicos radiologistas; II - Dois representantes do setor de radiologia; III - Um representante da enfermagem; e IV - Um representante do setor de	15 dias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica; IV - Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na policlínica; e V - Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado à Diretoria Geral.	segurança do trabalho.	

2.1.10.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Proteção Radiológica.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Proteção Radiológica foi estruturada e organizada conforme determinação da Portaria SVS/MS nº 453, de 01 de junho de 1998, com intuito de revisar, de forma sistemática, a correta aplicação das legislações vigentes e uso consciente da radiação ionizante. Assim, tem por finalidade:

I - Atender as determinações da Portaria SVS/MS nº 453, de 01 de junho de 1998 e Norma Regulamentadora 32 e 36 de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde;

II - Revisar sistematicamente o Programa de Proteção Radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

III - Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na policlínica; e

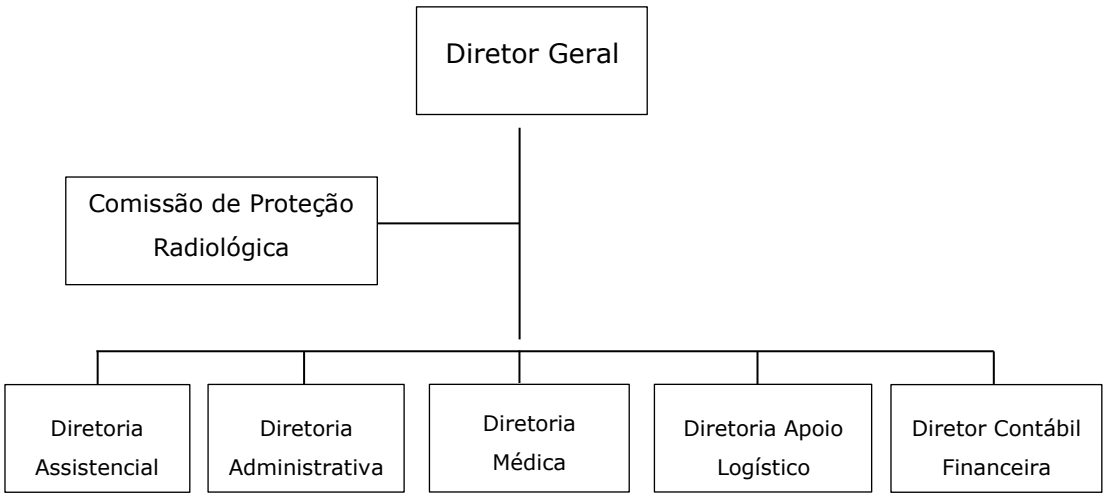
IV - Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado à Diretoria Geral.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.2º A Comissão de Proteção Radiológica é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica (SADT), Centro Cirúrgico e Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), quanto ao processo de proteção radiológica.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão trimestralmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Dois médicos radiologistas;
II - Dois representantes do setor de radiologia;
III - Um representante da enfermagem; e
IV - Um representante do setor de segurança do trabalho.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art. 13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;
III - Administrar a pauta da reunião;
IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.10.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Proteção Radiológica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Cronograma de atividade anual – Comissão de Proteção Radiológica												
Item	Ação	Meses de contrato										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.11. Comissão de gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

A ABEAS, comprometida com a sustentabilidade e a promoção de ambientes de saúde seguros e eficientes, apresenta sua proposta para a constituição da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (GRSS) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão terá como missão garantir a gestão adequada dos resíduos gerados pela unidade, promovendo a saúde pública, a segurança ocupacional e a proteção ambiental.

O gerenciamento correto dos resíduos de serviços de saúde é essencial para prevenir riscos à saúde dos trabalhadores, dos pacientes e da comunidade, além de mitigar impactos ambientais. A Comissão de GRSS será responsável por planejar, implementar e monitorar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), assegurando que todas as

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

etapas – desde a segregação e acondicionamento até o transporte e descarte final – sejam realizadas em conformidade com as normas regulamentadoras e as melhores práticas ambientais.

Além disso, a comissão terá um papel educativo fundamental, promovendo treinamentos contínuos para todos os profissionais da Policlínica sobre o manejo seguro e eficiente dos resíduos, garantindo que os procedimentos sejam seguidos corretamente em todas as áreas da unidade. A proposta da ABEAS visa a criação de uma cultura de responsabilidade ambiental e segurança, assegurando que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse seja um exemplo de sustentabilidade no setor da saúde.

Estamos confiantes de que, com a constituição da Comissão de GRSS, a Policlínica estará preparada para lidar de forma eficiente com a gestão de resíduos, minimizando riscos à saúde e ao meio ambiente, e promovendo um ambiente de trabalho mais seguro e sustentável para todos.

2.1.11.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	I – Atuar na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5); II - Elaborar o Plano de Ação para implementação do PGRSS; III - Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;	I - O líder do setor de higiene e limpeza, como coordenador; II - Um auxiliar administrativo, indicado pela Hotelaria; III - Um enfermeiro da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à	15 dias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	IV - Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento; V - Desenvolver, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente; VI - Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde; VII - Colaborar, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos; VIII - Trabalhar a atualização anual do PGRSS; IX - Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Policlínica; X - Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas; XI - Auxiliar os diversos setores da policlínica em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos; XII - Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS; XIII - Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal,	Saúde – CCIRAS; IV - Um representante sendo Técnico em Segurança do Trabalho; e V - Um representante sendo Supervisor Administrativo.	

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes; XIV - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGR, o PGRSS e demais normas da policlínica.		

2.1.11.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atua na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5). Desse modo, tem por finalidade:

I - Elaborar o Plano de Ação para implementação do PGRSS;

II - Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

III - Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV - Desenvolver, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V - Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

VI - Colaborar, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII - Trabalhar a atualização anual do PGRSS;

VIII - Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Policlínica;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

IX - Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X - Auxiliar os diversos setores da policlínica em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI - Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS;

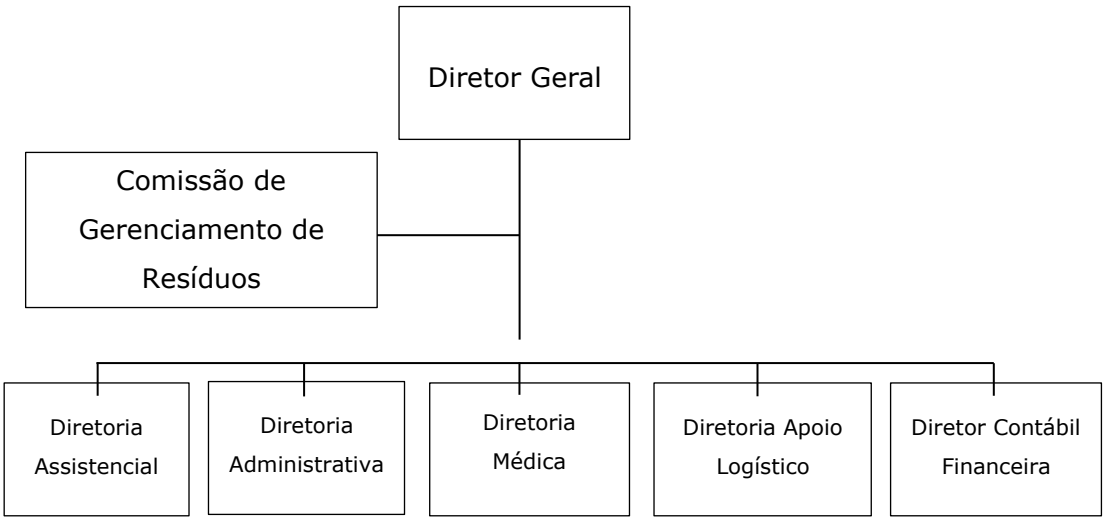
XII - Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGR, o PGRSS e demais normas da policlínica.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da policlínica, quanto ao processo de gerenciamento de resíduos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma especifico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - O líder do setor de higiene e limpeza, como coordenador;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II - Um auxiliar administrativo, indicado pela Hotelaria;

III - Um enfermeiro da Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde – CCIRAS;

IV - Um representante sendo Técnico em Segurança do Trabalho; e

V - Um representante sendo Supervisor Administrativo.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art. 13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.19 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.20 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.21 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.22 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art. 23 A policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.24 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-ofice, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art. 25 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.26 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pelas Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.27 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.28 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.29 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.30 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.31 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.32 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.33 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.34 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.35 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.36 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dias e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.37 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.38 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.39 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.40 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.41 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém Admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.42 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

2.1.11.3. Cronograma de atividade anual

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Cronograma de atividade anual – Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x	x										
6	Elaborar e divulger o PGRSS.	x	x										
7	Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Realizar Visitas Técnicas.		x		x		x		x		x		x
9	Realizar Capacitações.			x			x			x			x
10	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
11	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
12	Elaborar relatório anual.												x

2.1.12. Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

A ABEAS, com seu compromisso em oferecer gestão eficiente e centrada no bem-estar do paciente, apresenta sua proposta para a constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. O NQSP será

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

uma estrutura essencial, dedicada a garantir que a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes sejam prioridades em todos os processos assistenciais da unidade.

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem como missão desenvolver e implementar estratégias que promovam a melhoria contínua da assistência à saúde, com foco na prevenção de eventos adversos e na promoção de uma cultura organizacional segura e transparente. Através da análise sistemática de dados, do monitoramento de indicadores de desempenho e da adoção de protocolos baseados em evidências, o NQSP será responsável por identificar riscos, propor melhorias e assegurar que as melhores práticas sejam adotadas por toda a equipe de saúde.

Além disso, o NQSP terá um papel ativo na capacitação dos profissionais da Policlínica, oferecendo treinamentos e recursos para fomentar uma cultura de segurança, onde o cuidado ao paciente é tratado com o mais alto padrão de responsabilidade e excelência. A constituição deste núcleo reflete o compromisso da ABEAS em garantir que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse seja uma referência em qualidade assistencial, colocando a segurança do paciente no centro de todas as ações.

Estamos confiantes de que, com a constituição do NQSP, a Policlínica estará alinhada às diretrizes nacionais e internacionais de segurança do paciente, proporcionando um ambiente de cuidado mais seguro e eficaz para todos os envolvidos.

2.1.12.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	I – Atender a Portaria MS/GM nº 529, de 01 de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); II - Atender a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências; III – Fazer cumprir a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção,	I - Representantes da alta administração; II - Setor da Qualidade; III - Núcleo de Segurança do Paciente; IV - Coordenação	15 dias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; IV - Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados; V - Promover a implementação da gestão por processos; VI - Liderar processos de gestão de mudanças; VII - Coordenar a gestão de documentos; VIII - Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos pactuados em contratos internos de gestão, coordenando a definição e implementação de ações preventivas e corretivas; IX - Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da policlínica; X - Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde; XI - Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; XII - Auxiliar na elaboração, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, sendo	de Enfermagem; e V - Assistente Administrativo.	

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	a divulgação delegáveis a outros serviços na policlínica; XIII - Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos da Policlínica.		

2.1.12.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente tem o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes e profissionais, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis da Policlínica nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos. Assim, tem por finalidade:

I - Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados;

II - Promover a implementação da gestão por processos;

III - Liderar processos de gestão de mudanças;

IV - Coordenar a gestão de documentos;

V - Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos pactuados em contratos internos de gestão, coordenando a definição e implementação de ações preventivas e corretivas;

VI - Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da policlínica;

VII - Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

VIII - Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos

serviços de saúde;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

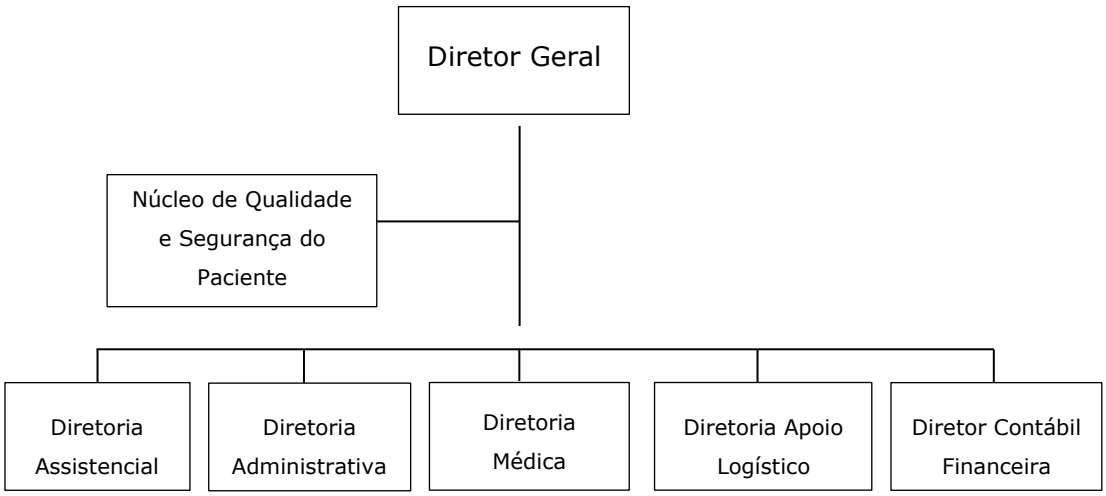
IX - Auxiliar na elaboração, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, sendo a divulgação delegáveis a outros serviços na policlínica;

X - Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos da Policlínica.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da Policlínica, quanto ao processo de melhoria da assistência.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Representantes da alta administração;

II - Setor da Qualidade;

III - Núcleo de Segurança do Paciente;

IV - Coordenação de Enfermagem; e

V - Assistente Administrativo.

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.12.3. Cronograma de atividade anual

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Cronograma de atividade anual – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar e Divulgar Plano de Segurança do Paciente, protocolos de segurança e documentos pertinentes.	x	x	x									
7	Realizar educação permanente.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
10	Elaborar relatório anual.												x

2.1.13. Comissão de Farmácia e Terapêutica

A ABEAS, em seu compromisso de assegurar uma gestão eficiente e responsável dos recursos farmacêuticos, apresenta sua proposta para a constituição da Comissão de Farmácia e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Terapêutica (CFT) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão terá como objetivo principal garantir o uso racional e seguro de medicamentos, promovendo práticas terapêuticas baseadas em evidências científicas e assegurando a qualidade da assistência farmacêutica.

A CFT desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de políticas de medicamentos, revisão de protocolos clínicos e terapias, bem como na seleção de produtos farmacêuticos que atendam às necessidades clínicas dos pacientes. Além disso, a comissão estará ativamente envolvida na avaliação contínua da utilização de medicamentos, visando a eficiência no uso dos recursos e a otimização do tratamento dos pacientes.

A constituição da CFT também proporcionará um espaço para o diálogo e colaboração entre médicos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde, assegurando que as decisões relacionadas ao uso de medicamentos sejam tomadas de maneira integrada, segura e baseada nas melhores práticas. O núcleo da atuação da CFT estará na revisão periódica da lista de medicamentos essenciais, análise de novas terapias, monitoramento de reações adversas e proposição de medidas que promovam a segurança do paciente em todo o processo medicamentoso.

Com a criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, a ABEAS reafirma seu compromisso em garantir a segurança e a qualidade do tratamento dos pacientes, bem como o uso responsável e eficaz dos recursos farmacêuticos, contribuindo para um cuidado integral e de excelência.

2.1.13.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Farmácia e Terapêutica	I – Fazer cumprir a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 338, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; II – Fazer cumprir a Portaria GM/MS n.º 3.435, de 8 de dezembro de 2021, que	I - Profissional médico; II - Um enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; III - Um representante do Almoxarifado;	15 dias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); III - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos na Policlínica; IV - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a junto ao boletim de serviços institucional; V - A padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI); VI - Serão padronizados, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, de acordo com os medicamentos contidos no rol da tabela SIGITAP SUS; VII - A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos	IV - Um Farmacêutico da Unidade de Farmácia Clínica; V - Um representante da Coordenação de Enfermagem; VI - Um representante da Direção Administrativa; VII - Um representante da Direção Médica; VIII - Coordenador do Setor de Farmácia; IX - Um representante do Núcleo de Segurança do Paciente; X - Um representante do Núcleo de Educação Permanente; e XI - Membros convidados.	

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	normatizados na Policlínica ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas; VIII - Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica; IX - Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos; X - Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados; XI - Participar da elaboração de protocolos terapêuticos criados por diferentes serviços clínicos; XII - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados; e XIII - De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração da Policlínica em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da comissão.		

2.1.13.2. Proposta de regimento interno

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) visa formular e implementar políticas institucionais para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à saúde. Assim, tem por finalidade:

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos na Policlínica;

II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulgando-a junto ao boletim de serviços institucional;

III - A padronização de medicamentos se dará conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na inexistência desta, seguirá a Denominação Comum Internacional (DCI);

IV - Serão padronizados, medicamentos de eficiência comprovada, avaliados sob o ponto de vista dinâmico e biofarmacocinético, de acordo com os medicamentos contidos no rol da tabela SIGITAP SUS;

V - A padronização de medicamentos deverá, quando possível, ser vinculada à protocolos terapêuticos normatizados na Policlínica ou emitidos por sociedades de áreas médicas e afins reconhecidas;

VI - Determinar a utilização da relação de medicamentos padronizados como instrumento básico para a prescrição médica;

VII - Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos;

VIII - Normatizar a solicitação e prescrição de medicamentos não padronizados;

IX - Participar da elaboração de protocolos terapêuticos criados por diferentes serviços clínicos;

X - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos padronizados; e

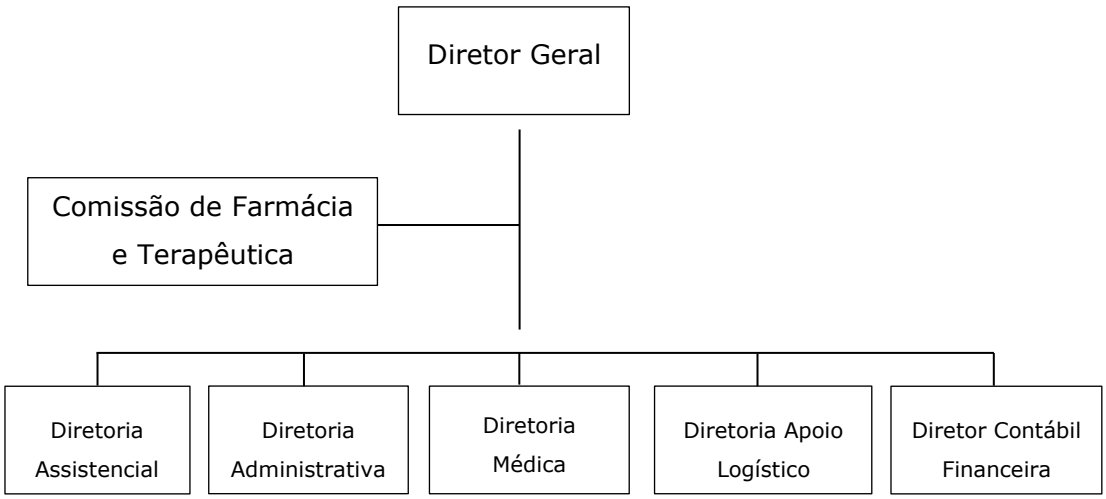
XI - De forma consultiva, ofertar assessoramento ao corpo clínico e a administração da Policlínica em assuntos relacionados a medicamentos, mediante parecer da comissão.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.2º A Comissão de Farmácia e Terapêutica é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da área assistencial, quanto ao processo do uso racional de medicamentos.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à Policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Profissional médico;

II - Um enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

III - Um representante do Almoxarifado;

IV - Um Farmacêutico da Unidade de Farmácia Clínica;

V - Um representante da Coordenação de Enfermagem;

VI - Um representante da Direção Administrativa;

VII - Um representante da Direção Médica;

VIII - Coordenador do Setor de Farmácia;

IX - Um representante do Núcleo de Segurança do Paciente;

X - Um representante do Núcleo de Educação Permanente; e

XI - Membros convidados;

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata;

III - Participar das ações da Comissão;

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas;

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da Policlínica, das atividades propostas pela Comissão; e

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A Policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.13.3. Cronograma de atividade anual

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Cronograma de atividade anual - Comissão de Farmácia e Terapêutica													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x	x										
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.14. Comitê de Compliance

A ABEAS, com seu firme compromisso em promover a integridade, transparência e conformidade nas práticas de gestão, apresenta sua proposta para a constituição do Comitê de Compliance na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. O objetivo deste comitê é assegurar que todas as operações da Policlínica sejam conduzidas de acordo com as legislações

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

vigentes, os regulamentos internos, os princípios éticos e as melhores práticas de governança corporativa.

O Comitê de Compliance será responsável por implementar e monitorar um programa robusto de conformidade, que envolve a revisão de processos, o controle de riscos e a prevenção de irregularidades. A comissão terá a missão de garantir que todos os colaboradores, fornecedores e parceiros atuem em conformidade com as normas e políticas estabelecidas, promovendo uma cultura organizacional baseada na ética e na integridade.

Este comitê também será um importante agente de orientação, capacitando a equipe da Policlínica sobre questões de compliance, como políticas anticorrupção, conflitos de interesse, proteção de dados e práticas de governança. Além disso, o Comitê de Compliance desenvolverá canais de comunicação eficazes para a denúncia de práticas inadequadas e atuará na investigação e resolução de eventuais desvios ou não conformidades, assegurando um ambiente de trabalho seguro e íntegro.

A constituição do Comitê de Compliance representa um avanço significativo na gestão da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, promovendo transparência, eficiência e confiança em todas as suas operações. A ABEAS acredita que, com a implantação deste comitê, a Policlínica estará alinhada aos mais altos padrões de conformidade, garantindo a sustentabilidade e credibilidade de suas atividades.

2.1.14.1. Proposta de Constituição membros, finalidade

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comitê de Compliance	Implementar um conjunto de ações de controle para fortalecer a governança, observando as normas da administração pública e os princípios constitucionais, no sentido de contribuir para o cumprimento de	I - Representante/s das Diretorias. II - Representante/s do Setor da Tecnologia da Informação. III - Representante/s	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	metas, e alcance dos objetivos estratégicos e políticas de gestão de riscos e conformidade.	do Cocepe/Coreme. IV - Representante/s do Recursos Humanos e Departamento Pessoal. V - Representante/s do Setor de Gestão da Qualidade.	

2.1.14.2. Proposta de regimento interno

Segue abaixo proposta de regimento interno do Comitê de Compliance.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1° O Comitê de Compliance da policlínica tem a finalidade de implementar um conjunto de ações de controle para fortalecer a governança, observando as normas da administração pública e os princípios constitucionais, no sentido de contribuir para o cumprimento de metas, e alcance dos objetivos estratégicos e políticas de gestão de riscos e conformidade.

Art. 2º A policlínica, visando garantir controles internos adequados às suas atividades resolve estabelecer o Comitê de Compliance com os seguintes objetivos:

I - Servir de referência em matéria de controles internos e gestão de riscos, disseminando sua cultura no ambiente organizacional;

II - Auxiliar o processo de gestão quanto à prevenção de erros, desperdícios, fraudes e demais danos ao erário;

III - Dar suporte à missão, à continuidade e à sustentabilidade institucional, alinhado aos objetivos estratégicos e às metas estabelecidas;

IV - Monitorar o cumprimento das recomendações dos Órgãos de Controles Externos e Internos;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V - Assegurar a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis, incluindo normas, políticas, programas, planos e procedimentos de governo e da própria policlínica;

VI - Avaliar as rotinas de compliance da policlínica e propor melhorias;

VII - Definir metas para implementação da metodologia de conformidade, controles internos e gestão de riscos.

VIII - Apoiar as unidades organizacionais na elaboração de planos de contingência para os principais processos de trabalho da policlínica;

IX - Monitorar os riscos e as medidas corretivas e preventivas adotadas;

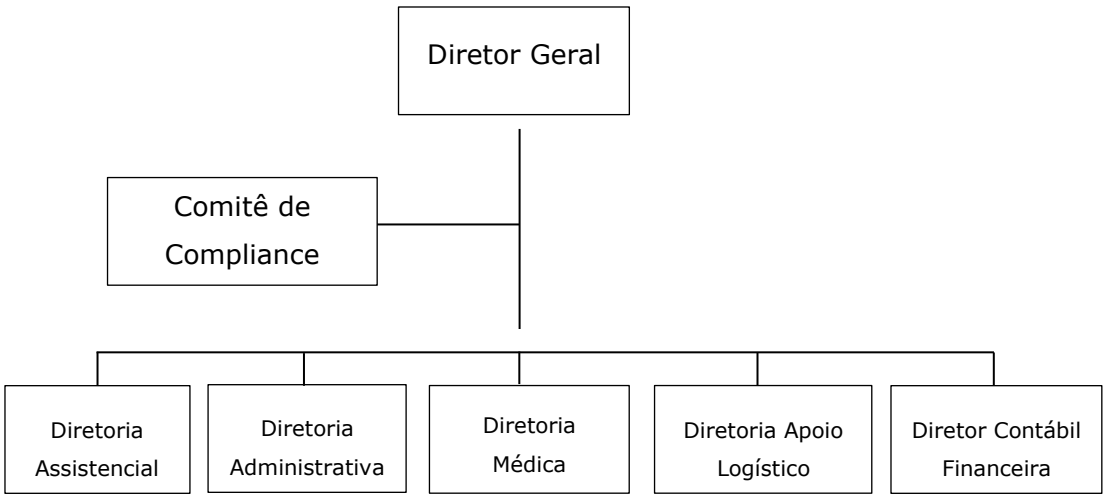
X - Monitorar a efetividade das medidas de compliance implementadas.

Art. 3º O Comitê de Compliance tem como campo de atuação as gerências, divisões, setores e unidades, previstos na estrutura organizacional da policlínica.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4° Os membros do Comitê de Compliance, serão do quadro efetivo, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação na comissão, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art. 5° A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 6° A Diretoria Geral indicará, entre os membros do Comitê, o (a) Coordenador(a) e o seu Substituto que, nos impedimentos legais e/ou pessoais do (a) primeiro (a) conduzirá as atividades do Comitê.

Art. 7° Caberá aos integrantes sem cargos de chefia, apresentar disponibilidade para as atividades do comitê, sob gestão do(a) Coordenador(a), em comum acordo com a sua chefia imediata.

Art. 8° O(a) Coordenador(a) do comitê poderá nomear, à sua escolha, um membro como Secretário.

Art. 9° Os demais integrantes darão apoio operacional às ações do comitê.

Art. 10 Nas hipóteses de afastamentos legais de algum integrante, este será substituído por Portaria do(a) Diretoria Geral a pedido do(a) Coordenador(a) do Comitê.

Art. 11 A função de membro do Comitê é indelegável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

Art. 12 O Comitê de Compliance reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, preferencialmente nas segundas-feiras, e extraordinariamente, por convocação do seu Coordenador(a), a qualquer tempo.

Art. 13 Na primeira reunião do exercício, será elaborado calendário anual de reuniões ordinárias.

Art. 14 As reuniões ordinárias serão realizadas com quórum mínimo de 5 (cinco) membros, no horário às 10:00h, nas dependências da policlínica, ou de forma on-line.

Art. 15 A convocação para as reuniões será encaminhada por e-mail ou via MS Teams, com, no mínimo, 3 (três) dias de antecedência, exceto as extraordinárias, que poderão ser aprazadas com no mínimo 1 (um) dia de antecedência.

Art. 16 A cada reunião, será providenciada a elaboração de ata com registro dos trabalhos, encaminhamentos, conclusões e deliberações, que será assinada pelos membros presentes na reunião.

Art. 17 As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes.

Art. 18 O(A) Coordenador(a) terá direito ao voto de qualidade em decisões.

Art. 19 O(A) Auditor(a) Interno da policlínica, ou um representante da Auditoria, poderá participar das reuniões como facilitador e apoio técnico, mas sem direito a voto.

Art. 20 Outros convocados para debates técnicos poderão participar das reuniões, mas sem direito a voto.

Art. 21 Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, consignado em ata da reunião seguinte, deixar de participar de 2 (duas) reuniões consecutivas ou de 3 (três) não consecutivas no período de 1 (um) ano, sendo substituído por indicação da Diretoria Geral da policlínica a pedido do(a) Coordenador(a) da Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 22 As faltas justificadas deverão ser informadas no respectivo processo convocatório, até dois dias após a reunião ou, em caso de doença, 2 dias após o retorno ao trabalho.

Art. 23 Qualquer falta sem justificativa será notificada à chefia imediata.

Art. 24 A reunião terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;
II - Discussão da pauta do dia e informes;
III - Encaminhamentos;
IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e
V - Elaboração da Ata.

Parágrafo único. Existindo urgência ou relevância de alguma matéria, o comitê, por voto da maioria simples, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 25 Este regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros do comitê julgar necessário, ou mediante publicação de novas normas, portarias, instruções normativas, leis ou outros documentos de ato jurídico.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art. 26 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

Representante/s das Diretorias.
Representante/s do Setor da Tecnologia da Informação.
Representante/s do Cocepe/Coreme.
Representante/s do Recursos Humanos e Departamento Pessoal.
Representante/s do Setor de Gestão da Qualidade.

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art. 27 Ao Comitê de Compliance compete:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Prestar assessoria à Diretoria em assuntos relacionados à conformidade, controles internos e gerenciamento de riscos.

II - Colaborar com a adoção de práticas de *accountability* que institucionalizem a responsabilidade dos agentes públicos na prestação de contas, na transparência e na efetividade das informações.

III - Sugerir metas para implementação da Metodologia de Gestão de Riscos e avaliação / estabelecimento dos Controles Internos.

IV - Validar e opinar sobre a Metodologia de Gerenciamento de Riscos e Controles Internos da policlínica.

V - Monitorar, avaliar e propor melhorias de gestão de riscos e dos controles internos da policlínica.

VI - Preparar convocação de Grupos Técnicos para tratamento de Riscos.

VII - Supervisionar a atuação das demais instâncias da Gestão de Riscos e Controles Internos.

VIII - Auxiliar e monitorar na implementação das recomendações dos órgãos de controle interno e externo pelas áreas envolvidas.

IX - Apoiar a implementação da Metodologia de Gestão de Riscos e Controles Internos.

X - Convocar agente público para prestar esclarecimentos, tirar dúvidas ou responder consulta elaborada pelo Comitê.

Art. 28 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.29 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.30 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.31 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.32 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.33 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.34 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.35 Informar imediatamente ao setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.36 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.37 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.38 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.39 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.40 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.41 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.42 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da policlínica.

Art.43 Na policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.44 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.45 As Comissões devem cumprir o Regulamento da policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.46 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.47 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.48 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.49 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.14.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual do Comitê de Compliance.

Cronograma de atividade anual – Comitê de Compliance													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.15. Outras Comissões

2.1.15.1. Comissão de Documentação Médica e Estatística

A ABEAS, comprometida com a excelência na gestão da informação em saúde, apresenta sua proposta para a constituição da Comissão de Documentação Médica e Estatística na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão terá um papel essencial no gerenciamento e na qualidade dos registros médicos, assegurando a precisão, a confidencialidade e a integridade das informações relacionadas aos pacientes e às atividades assistenciais.

A Comissão de Documentação Médica e Estatística será responsável pela implementação de boas práticas na documentação médica, visando otimizar o fluxo de informações e facilitar a coleta de dados estatísticos. Esses dados são fundamentais para o planejamento estratégico, a tomada de decisões, e para garantir que a Policlínica esteja em conformidade com as normas regulamentadoras de saúde pública. Além disso, a comissão terá um papel central na promoção da padronização e organização dos prontuários e registros, assegurando que toda a documentação seja clara, acessível e útil para o acompanhamento clínico e administrativo.

Outro foco da comissão será a capacitação contínua da equipe de saúde sobre a importância da documentação médica adequada e o uso correto dos dados estatísticos. O trabalho colaborativo dessa comissão será determinante para o aprimoramento da qualidade do atendimento, ao fornecer dados confiáveis que subsidiam o monitoramento de indicadores de saúde e o desenvolvimento de políticas assistenciais mais eficazes.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Com a criação desta comissão, a ABEAS reafirma seu compromisso em promover uma gestão eficiente e transparente da documentação médica e das estatísticas hospitalares, contribuindo para a excelência dos serviços prestados pela Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

2.1.15.1.1. Proposta de Constituição membros, finalidade.

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Documentação Médica e Estatística	I – Fazer cumprir a Resolução nº 1638, de 10 de Julho de 2002, que define prontuário médico e dá outras providências. II - Receber, ordenar, digitalizar e armazenar os prontuários dos usuários. III - Coletar, mensalmente, os dados de produção de todos os departamentos e setores da policlínica, para a elaboração de relatórios estatísticos.	I - Supervisor de Arquivo; e II - Assistente Administrativo.	15 dias

2.1.15.1.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual.

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Documentação Médica e Estatística.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

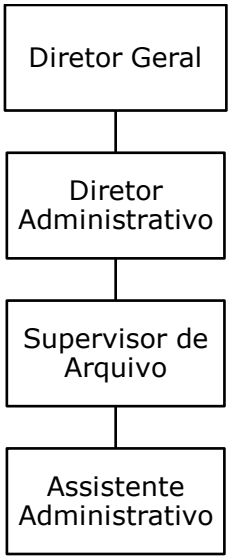
Art.1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística tem como finalidade, receber, ordenar, digitalizar e armazenar os prontuários dos usuários. Além de coletar, mensalmente, os dados de produção de todos os departamentos e setores da policlínica, para a elaboração de relatórios estatísticos.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.2º A Comissão de Documentação Médica e Estatística é representada por um supervisor e está subordinado diretamente à Diretoria Administrativa. Sua área compreende uma sala localizada no andar térreo da policlínica.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.4º A Comissão de Documentação Médica e Estatística realiza o arquivamento, guarda e conservação aos prontuários dos pacientes da policlínica. Oferece também serviços de localização, impressão e digitalização de documentos oriundos desses prontuários, ante as demandas solicitadas. Essa assistência é prestada de forma contínua, 12 horas por dia. Para solicitações de prontuários fora do horário de expediente faz-se o uso de protocolos onde outros setores podem pegar os prontuários para atenderem suas devidas demandas.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística é composta pelos seguintes profissionais:

I - Supervisor de Arquivo; e

II - Assistente Administrativo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.6º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Supervisor	44h	1							1
Assistente Administrativo	44h	9							9
Total	-	10							10

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art.7º São atribuições do Supervisor de Arquivo:

I - Supervisionar a equipe ante as demandas diárias e solucionar possíveis problemas que possam surgir;

II - Orientar a equipe e comunicar aos colaboradores todas as informações referentes às suas atribuições;

III - Relacionar prontuários de pesquisas médicas;

IV - Atender os pacientes e/ou seus familiares quando da solicitação de documentos oriundos de seus prontuários;

V - Participar de reuniões e qualquer evento solicitado pela direção; e

VI - Elaborar e ministrar palestras e cursos para melhorar o desempenho dos colaboradores e desenvolvimento do setor.

Art.8º São atribuições do Assistente Administrativo:

I - Arquivar os prontuários dos pacientes oriundos dos setores;

II - Localizar os prontuários dos pacientes para agendas médicas, encaixes em geral e demandas de diversos setores;

III - Atender os pacientes e/ou seus familiares quando da solicitação de documentos oriundos de seus prontuários;

IV - Pesquisar nos sistemas os prontuários dos pacientes e seus desdobramentos; e

V - Organizar as agendas médicas diárias.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.9 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.10 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da policlínica**.**

Art.11 O colaborador da policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.12 Todo colaborador da policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.13 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.14 A policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.15 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-ofice, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.16 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.17 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pela policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.18 O colaborador, ao se desvincular da policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.19 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.20 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.21 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a pacientes internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.23 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da policlínica.

Art.24 Todo departamento e setor da policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Gera.

Art.25 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.26 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da policlínica.

Art.27 Deverão ser permitidas visitas aos pacientes, em dias e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios pacientes e serão regularizadas por normatização específica.

Art.28 O paciente internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.29 Na policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.30 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.31 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.32 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.33 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

2.1.15.1.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Documentação Médica e Estatística.

Cronograma de atividade anual – Comissão de Documentação Médica e Estatística													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.15.2. Comissão de Humanização

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A ABEAS, com seu compromisso em promover o cuidado centrado no ser humano e a valorização do atendimento humanizado, apresenta sua proposta para a constituição da Comissão de Humanização na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão será responsável por garantir que os princípios de acolhimento, respeito e empatia permeiem todas as práticas assistenciais e organizacionais da Policlínica.

A Comissão de Humanização terá como missão fomentar ações que assegurem a promoção de um ambiente mais acolhedor e inclusivo para os pacientes, familiares e profissionais da saúde. A comissão se dedicará a desenvolver estratégias e políticas voltadas para o aprimoramento do atendimento, garantindo que os cuidados oferecidos sejam não apenas tecnicamente eficazes, mas também realizados de maneira ética, respeitosa e voltada para as necessidades emocionais e sociais dos envolvidos.

Além disso, a comissão atuará na capacitação contínua das equipes, sensibilizando os profissionais para a importância do cuidado humanizado e da comunicação clara e empática com os pacientes e seus familiares. Também incentivará a participação ativa dos usuários na melhoria dos serviços, buscando criar uma relação de confiança e colaboração entre todos os atores envolvidos.

Ao propor a criação da Comissão de Humanização, a ABEAS visa reforçar o compromisso da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse com uma assistência integral, onde a dignidade humana é priorizada e o cuidado é visto como um processo que vai além do tratamento clínico, englobando a dimensão emocional, psicológica e social de cada paciente.

Estamos confiantes de que a constituição desta comissão fortalecerá a cultura de humanização na Policlínica, promovendo um ambiente de cuidado mais humanizado, acolhedor e ético.

2.1.15.2.1. Proposta de Constituição membros, finalidade.

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Humanização	I – Atender a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, instituída pela portaria GM/MS nº 881/2001; II - Organizar ações e propor estratégias de intervenção, agindo na	I - Representante da Direção da Unidade; II - Representante	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	melhoria dos processos de trabalho e qualidade em saúde; III - Valorizar os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, promovendo mudanças nos modos de gerir e cuidar.	de áreas/setores administrativos; III - Representantes dos colaboradores da área/setor da assistência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, ou outro profissional necessário à condução das ações); e IV - Representantes das áreas de atendimento e de apoio (recepção, portaria, higiene e limpeza,	

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

		rouparia, entre outros).	

2.1.15.2.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual.

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Humanização.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º A Comissão de Humanização (CHU) da policlínica é uma organização coletiva, participativa e democrática, que visa organizar ações e propor estratégias de intervenção, agindo na melhoria dos processos de trabalho e qualidade da produção de saúde. Sua composição deve ser pautada em motivação e protagonismo, com pessoas que tenham esses perfis bem desenvolvidos, focando no estabelecimento de relações e execução de processos constituintes do contexto de saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, instituída pela portaria GM/MS nº 881/2001, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

Art.2º A CHU terá as seguintes finalidades:

I - Propor, planejar, implementar e acompanhar o desenvolvimento da cultura institucional da humanização em saúde;

II - Desenvolver ações de humanização em saúde na Policlínica;

III - Divulgar, apoiar e promover permanentemente a PNH na unidade;

IV - Difundir a Política de Humanização na unidade e nos meios de comunicação, quando necessário;

V - Promover a Educação Permanente dos trabalhadores, sempre que necessário e possível;

VI - Fomentar o desenvolvimento de ações de Qualidade de Vida no Trabalho;

VII - Monitorar as ações humanizadas, através das Linhas de Cuidado em Saúde, fazendo uso de ferramentas adequadas;

VIII - Promover ações que assegurem os direitos dos usuários, controle social e ações de promoção à saúde;

IX - Avaliar, de forma contínua e sistematizada, as ações da CHU em reuniões de trabalho;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

X - Motivar, através de ferramentas adequadas todos os atores envolvidos no processo, através de palestras e oficinas;

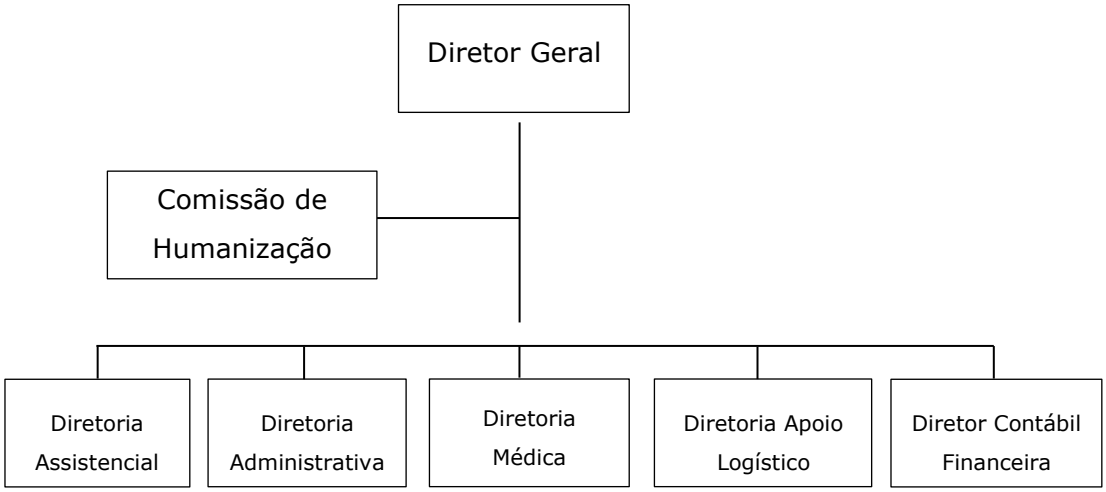
XI - Garantir que as ações de humanização estejam articuladas com os vários níveis de gestão e os vários segmentos que compõem o Sistema Único de Saúde; e

XII - Acompanhar projetos que estão em desenvolvimento, e os que ainda serão desenvolvidos na unidade.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.3º A Comissão de Humanização é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.4º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 5º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica, realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais.

Art.6º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.7º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art.8º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art.9º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.10 Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.11 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art.12 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.13 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Representante da Direção da Unidade;

II - Representante de áreas/setores administrativos;

III - Representantes dos colaboradores da área/setor da assistência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, ou outro profissional necessário à condução das ações); e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

IV - Representantes das áreas de atendimento e de apoio (recepção, portaria, apoio assistencial, segurança, higiene e limpeza, rouparia, entre outros).

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art.14 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.15 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.16 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.17 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.18 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata;

III - Participar das ações da Comissão;

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas;

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão; e

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.19 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.20 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego**.**

Art.21 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.22 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.23 A policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.24 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-ofice, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.25 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Ouvidoria.

Art.26 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.27 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.28 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.29 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a pacientes internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.30 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.31 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.32 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.33 Deverão ser permitidas visitas aos pacientes, em dias e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios pacientes e serão regularizadas por normatização específica.

Art.34 O paciente internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.35 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.36 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.37 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.38 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém Admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a à sanções conforme legislação aplicável.

Art.39 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.15.2.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Humanização.

Cronograma de atividade anual – Comissão de Humanização													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.15.3. Comissão de Padronização de Insumos

A ABEAS, comprometida com a eficiência na gestão de recursos e a otimização dos processos assistenciais, apresenta sua proposta para a constituição da Comissão de Padronização de Insumos na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A criação dessa comissão tem como objetivo garantir a seleção, avaliação e padronização de materiais e insumos de forma criteriosa, promovendo a segurança, a qualidade e a eficiência na assistência à saúde.

A Comissão de Padronização de Insumos será composta por uma equipe multidisciplinar, responsável por estabelecer critérios técnicos para a escolha e utilização de insumos na Policlínica. Isso garantirá que os produtos adquiridos atendam aos requisitos de qualidade e segurança, além de possibilitar uma gestão mais racional e sustentável dos recursos financeiros. A padronização também contribuirá para a redução de desperdícios e a melhoria dos processos logísticos, assegurando a disponibilidade dos materiais necessários para o funcionamento contínuo da unidade.

Essa comissão desempenhará um papel central na avaliação constante dos insumos utilizados, buscando sempre a melhor relação custo-benefício, sem comprometer a qualidade do atendimento. Além disso, a comissão trabalhará em conjunto com os profissionais de saúde da Policlínica, garantindo que as decisões sobre padronização sejam embasadas em necessidades clínicas reais, seguindo as melhores práticas e diretrizes de saúde.

Com a constituição da Comissão de Padronização de Insumos, a ABEAS reafirma seu compromisso em oferecer uma gestão eficaz e responsável, contribuindo para que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse mantenha elevados padrões de qualidade na assistência à saúde, com o uso eficiente de seus recursos.

2.1.15.3.1. Proposta de Constituição membros, finalidade.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Padronização de Insumos	I – Atender a Portaria nº 2.531, de 12 de novembro de 2014, que redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. II - Elaborar e manter atualizada a padronização dos insumos. Nesse sentido, o método descritivo deverá ser utilizado para a identificação com clareza das características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório; III - Promover estudos pertinentes à padronização de Insumos, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes; IV - Estabelecer normas e rotinas para análise de insumos visando assegurar a qualidade dos materiais a serem adquiridos pela policlínica.	I - Um enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; II - Um representante da Central de Materiais e Esterilização - CME; III - Um representante do Almoxarifado; IV - Um representante da Coordenação de Enfermagem; V - Um representante da Direção Administrativa; VI - Um representante da Direção Médica;	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

		VII - Coordenador do Setor de Farmácia; VIII - Um representante do Núcleo de Segurança do Paciente; e IX - Um representante do Setor de Compras.	

2.1.15.3.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual.

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Padronização de Insumos.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Padronização de Insumos (CPI) visa normatizar e implementar na policlínica o processo de padronização dos insumos para saúde, por meio da relação dos insumos, com os seus respectivos descritivos (marcas/fabricações), aprovados e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados. Assim, tem por finalidade:

I - Elaborar a padronização dos insumos. Nesse sentido, o método descritivo deverá ser utilizado para a identificação com clareza das características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II - Promover estudos pertinentes à padronização de Insumos, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

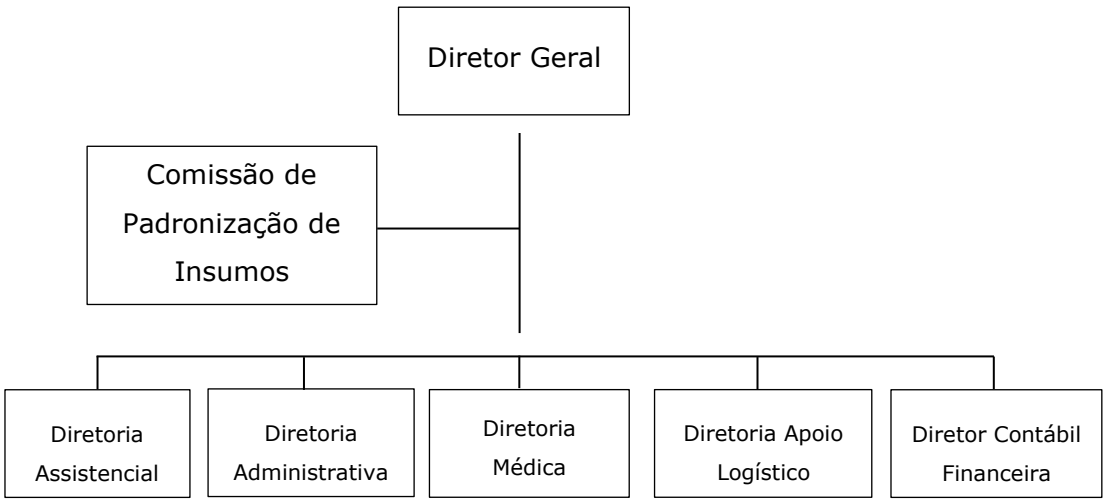
Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III - Estabelecer normas e rotinas para análise de insumos visando assegurar a qualidade dos materiais a serem adquiridos pela policlínica.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A Comissão de Padronização de Insumos é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais da área assistencial, quanto à padronização de insumos.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão mensalmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art. 6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art. 7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.12 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Um enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

II - Um representante da Central de Materiais e Esterilização - CME;

III - Um representante do Almoxarifado;

IV - Um representante da Coordenação de Enfermagem;

V - Um representante da Direção Administrativa;

VI - Um representante da Direção Médica;

VII - Coordenador do Setor de Farmácia;

VIII - Um representante do Núcleo de Segurança do Paciente; e

IX - Um representante do Setor de Compras.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Art.13 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.14 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.15 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.16 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Art.17 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

Art. 18 São atividades inerentes à Comissão:

I - Elaborar a padronização dos insumos. Nesse sentido, o método descritivo deverá ser utilizado para a identificação com clareza das características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II - Promover estudos pertinentes à padronização de Insumos, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III - Estabelecer normas e rotinas para análise de insumos visando assegurar a qualidade dos materiais a serem adquiridos pela policlínica.

IV - Elaborar a revisão da padronização de insumos, uniformizando as especificações de acordo com a policlínica, sempre que possível;

V - Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VI - Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII - Analisar, testar e emitir parecer técnico dos insumos de uso da policlínica, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII - Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX - Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X - Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI - Contribuir, junto a Segurança do Paciente, para a qualificação das informações sobre queixas técnicas relacionadas aos insumos;

XII - Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIII - Realizar estudos acerca do custo-benefício dos insumos para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XIV - Estabelecer critérios para a utilização dos insumos não padronizados na policlínica, para os casos excepcionais;

XV - Divulgar na policlínica as atualizações da padronização;

XVI - Recomendar a Diretoria Geral, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos insumos, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da policlínica;

XVII - Assegurar que os insumos a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XVIII - Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos insumos;

XIX - Receber assessoria jurídica da policlínica, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XX - Assessorar a Diretoria Geral da policlínica em assuntos relacionados à gestão de insumos;

XXI - Assessorar a Diretoria de Apoio Logístico quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam insumos;

XXII - Prestar assessoria técnica ao setor de Compras e a Farmácia da policlínica;

XXIII - Consultar a Segurança do Paciente, acerca das notificações sobre insumos na policlínica;

XXIV - Estimular que os profissionais para notificarem incidentes e desvios de qualidade relacionados ao uso de insumos;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XXV - Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos insumos;

XXVI - Consultar a Segurança do Paciente, acerca das notificações encaminhadas para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária por meio do NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária); Acompanhar junto a Segurança do Paciente e à Farmácia a convocação de fornecedor para formalizar a notificação, bem como a solicitação de análise de amostras por parte do fabricante e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado, bem como a reprovação da marca do produto para evitar novas aquisições destes produtos;

XXVII - Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de insumos na policlínica;

XXVIII - Manter o processo permanente de atualização da padronização de insumos, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXIX - Revisar anualmente a Lista de Insumos Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXX - Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados; e

XXXI - Excluir os itens da padronização que estejam ociosos (não há uso pelos setores assistenciais da policlínica ou não se efetivou compra desses) por um período de 12 meses.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.18 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.19 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.20 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.21 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.22 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.23 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.24 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.26 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.27 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.28 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.29 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.30 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.31 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.32 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.33 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.34 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Padronização de Insumos.

2.1.15.3.3. Cronograma de atividade anual

Cronograma de atividade anual – Comissão de Padronização de Insumos													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

2.1.15.4. Comissão de Ética em Enfermagem

A ABEAS, com seu compromisso em promover a ética e a excelência profissional, apresenta sua proposta para a constituição da Comissão de Ética em Enfermagem na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Esta comissão terá como missão zelar pela conduta ética

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

dos profissionais de enfermagem, promovendo o respeito aos princípios que norteiam a profissão e assegurando a prestação de cuidados com qualidade e integridade.

A Comissão de Ética em Enfermagem será responsável por orientar e supervisionar o exercício ético da profissão, garantindo que os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuem em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Além disso, a comissão terá um papel importante na resolução de conflitos éticos e na análise de possíveis infrações, promovendo um ambiente de trabalho baseado no respeito, na responsabilidade e na humanização do atendimento.

Outro aspecto fundamental do trabalho da comissão será a educação continuada e a sensibilização dos profissionais de enfermagem sobre a importância de seguir condutas éticas no dia a dia. A comissão atuará para fortalecer a confiança entre profissionais, pacientes e seus familiares, promovendo uma prática assistencial que respeite os direitos dos pacientes e assegure uma conduta ética em todas as interações.

A ABEAS acredita que a constituição da Comissão de Ética em Enfermagem na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse contribuirá para o desenvolvimento de uma cultura de responsabilidade ética, valorizando o papel essencial da enfermagem na assistência à saúde e reforçando o compromisso com a qualidade do cuidado oferecido à população.

2.1.15.4.1. Proposta de Constituição membros, finalidade.

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Comissão de Ética em Enfermagem	I – Atender à Resolução COFEN nº 564/2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; II – Fazer cumprir a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil; III - Divulgar o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional; IV - Promover e/ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o	I - Dois enfermeiros (e seus respectivos suplentes); e II - Um técnico de enfermagem (e seu respectivo suplente).	3 meses

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	Código de Ética dos profissionais de enfermagem; V - Assessorar a Diretoria Assistencial e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres; VI - Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas; VII - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética; VIII - Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na Policlínica; IX - Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao Coren; X - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren, sempre que necessário; e XI - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao Coren, sempre que solicitado.		

2.1.15.4.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual.

Segue abaixo proposta de regimento interno da Comissão de Ética em Enfermagem.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º A Comissão de Ética de Enfermagem visa divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

estimular a conduta ética dos profissionais de enfermagem por meio da análise das intercorrências notificadas, denúncia formal e/ou auditoria, zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Policlínica e colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na prevenção do exercício ilegal de atividade e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem. Tem por finalidade:

I - Divulgar o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

II - Promover e/ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos profissionais de enfermagem;

III - Assessorar a Diretoria Assistencial e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;

IV - Participar de estudos e projetos visando a orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;

V - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;

VI - Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na Policlínica;

VII - Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao Coren;

VIII - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren, sempre que necessário;

IX - Notificar à Diretoria Assistencial o cronograma de suas atividades semestralmente; e

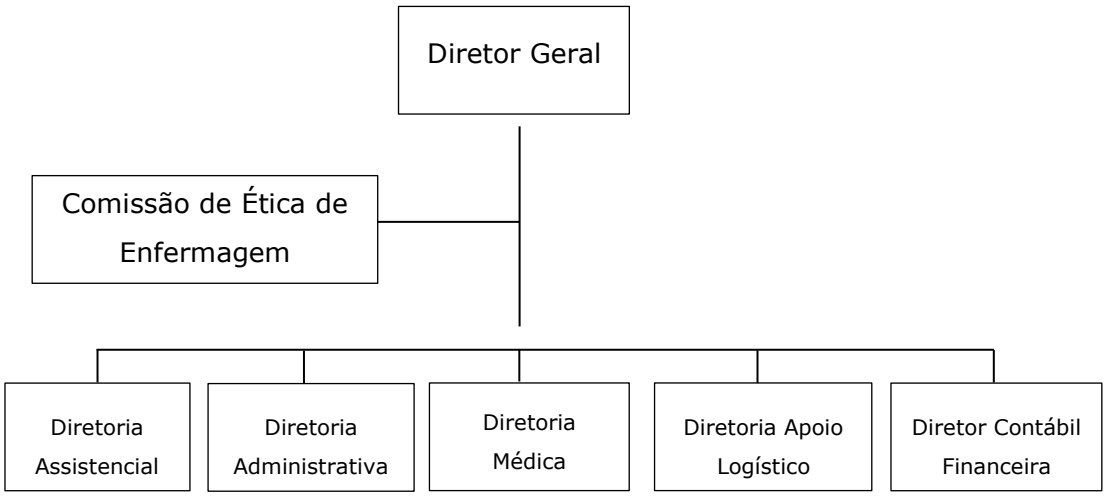
IX - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao Coren, sempre que solicitado.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º A Comissão de Ética de Enfermagem é representada por profissionais que integram o quadro funcional da Policlínica, devidamente nomeados pela Diretoria Geral.

Art.3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

SEÇÃO I - ORGANIZAÇÃO

Art.4º A Comissão tem duração por prazo indeterminado, é formada por profissionais que atuam nos diversos setores da Policlínica realiza funções de: estudo, pesquisa e educação dos profissionais de Enfermagem, quanto ao processo ético da Enfermagem.

Art.5º Os membros da Comissão se reunirão trimestralmente, em horário estabelecido pelos membros, conforme determinado em cronograma específico, todos os membros deverão estar presentes e pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, o membro deve encaminhar justificativa à secretária da Comissão.

Art.6º A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro da Comissão, sendo este substituído pela indicação da Comissão e aprovado pela Diretoria Geral.

Art.7º A reunião da terá os seguintes momentos:

I - Leitura do relato da reunião anterior e abordagem das pendências;

II - Discussão da pauta do dia e informes;

III - Encaminhamentos;

IV - Avaliação do encontro pela Comissão; e

V - Elaboração da Ata.

Art.8º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada, por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.9º Todas as reuniões serão registradas em Atas, e todos os integrantes deverão assinar para validação das informações constante no documento. A Ata deve ser entregue até último dia do mês em que ocorreu a reunião e serão arquivadas sob responsabilidade do setor da Qualidade.

Art.10 A Comissão poderá contar com consultores *"ad hoc"*, que não fazem parte da Comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à policlínica, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art.11 A Comissão, reunir-se-á, extraordinariamente quando a importância do trabalho assim o exigir.

SEÇÃO II - ELEIÇÃO

Art.12 Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, direto e secreto da equipe de enfermagem da Policlínica.

Art.13 A Comissão de Ética de Enfermagem vigente, a seu critério, fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral que será responsável pela organização, eleição, apuração e divulgação dos resultados do pleito, devendo ser composta por membros representantes de todos os vínculos empregatícios.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na Policlínica;

Parágrafo 2º - A convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias das datas estabelecidas para as inscrições, divulgação dos inscritos e eleição dos candidatos.

Parágrafo 3º - Os candidatos deverão representar todas as categorias de enfermagem (enfermeiro, técnico/ auxiliar de enfermagem).

Art.14 Os candidatos integrantes das chapas que concorrerão a eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender aos seguintes requisitos:

I - Estar quites com a situação financeira e inscricional perante o Coren;

II - Não terem sido condenados em processo administrativo na Policlínica onde trabalha, ou em processo ético no Coren, nos dois últimos anos. Parágrafo único. Ocorrendo qualquer dos impedimentos enunciados neste artigo durante a investidura na Comissão de Ética,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

o profissional deverá ser afastado, respeitando o princípio do contraditório, incluindo em sua vaga o suplente imediato.

Art.15 Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no Coren e com vínculo empregatício na Policlínica.

Art.16 A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, dos Profissionais de Enfermagem na Policlínica, devendo ser providenciada nova eleição se o número mínimo de votantes não for atingido.

Art.17 Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, dentro de no máximo 48 horas após o resultado das eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último, à instância superior – Coren.

Art.18 A Comissão de Ética de Enfermagem eleita será empossada pelo Diretor Geral e Assistencial em cerimônia, previamente agendada, com a presença dos seguintes profissionais:

I - Todos os enfermeiros responsáveis técnicos;

II - Um enfermeiro assistencial de cada setor da policlínica;

III - Um técnico/auxiliar de enfermagem de cada setor da policlínica;

IV - Um representante das demais categorias profissionais (médico, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo).

Art.19 A Comissão de Ética de Enfermagem terá um mandato de dois anos, podendo ser prorrogado por igual período, por uma única vez.

SEÇÃO III - SINDICÂNCIA

Art.20 A Comissão de Ética de Enfermagem fará, em caráter sigiloso, a avaliação do fato encaminhado à Comissão (denúncia), ocorrido nas dependências da Policlínica, podendo envolver profissionais, pacientes, familiares ou acompanhantes que poderá ser:

I - Fato de natureza ética: ato ou ações que ferem o Código de Ética de Enfermagem;

II - Fato de natureza administrativa: ato ou ações que desobedecem às normas e rotinas estabelecidas pela Policlínica;

III - Fato de natureza administrativa e ética: ato ou ação que, além de ferir o Código de Ética dos Profissionais, também fere o Regimento Interno da Policlínica.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Parágrafo único - A denúncia poderá ser encaminhada para a Comissão de Ética pelas seguintes pessoas:

I - Todos os profissionais de enfermagem com vínculo empregatício na policlínica;

II - Pacientes, familiares ou acompanhantes em atendimento nas dependências da policlínica;

III - Profissionais de outras categorias que exerçam atividades laborais na policlínica.

Art.21 Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética de Enfermagem, este será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às atividades na Comissão durante a vigência da investigação.

Art.22 A Comissão de Ética de Enfermagem ao receber uma denúncia terá o prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento, para conclusão da investigação. Parágrafo único. O prazo de conclusão da investigação pela Comissão de Ética poderá ser prorrogado por igual período.

Art.23 A Comissão de Ética de Enfermagem institucional ao tomar ciência de um fato com indícios de infração de natureza ética, poderá instaurar um processo de averiguação (sindicância) para confirmação de tais indícios.

Parágrafo 1º - Compete ao presidente da Comissão de Ética de Enfermagem e, na sua ausência, ao seu vice-presidente, a instauração de processo de sindicância na Policlínica.

Parágrafo 2º - O processo de sindicância na Policlínica deverá ser instaurado quando houver necessidade da convocação dos profissionais e/ou testemunhas envolvidos para esclarecimentos sobre o fato, ou ainda, quando for necessária a verificação da documentação acerca do fato, avaliação de registros em prontuários, livros de relatórios, provas materiais, entre outros meios de prova admitidos.

Parágrafo 3º - A instauração de um Processo de Sindicância é facultativa aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 4º - Todo o Processo de Sindicância deverá transcorrer em caráter sigiloso.

Art.24 O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem ao receber a denúncia deverá designar três (3) membros da Comissão de Ética de Enfermagem para proceder a sindicância:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Um enfermeiro para presidir o processo;

II - Um enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem para secretariar;

III - Um enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem para colaborar com os trabalhos (vogal).

Art.30 O prazo para a conclusão da sindicância, após instaurada, deverá estar incluso dentro do prazo da Comissão de Ética de Enfermagem na conclusão da averiguação da denúncia recebida.

Parágrafo único - O prazo a que se refere este artigo poderá ser prorrogado por 15 dias nas seguintes situações:

I - Intercorrências com pelo menos um dos membros da Comissão de Sindicância;

II - Intercorrências com pelo menos um dos membros envolvidos no Processo;

III – Obstrução no recolhimento das provas;

IV - Quando ainda se fizer necessária a continuidade da apuração para a elaboração do relatório final;

V - Solicitação da Diretoria Assistencial.

Art.31 O Presidente da Comissão de Sindicância deverá convocar os profissionais envolvidos e as testemunhas, por escrito, com registro do recebimento da convocação.

Parágrafo 1º - Em caso do não comparecimento dos envolvidos em um primeiro momento, ocorrerá nova convocação, que não excederá três vezes, obedecendo o prazo para a conclusão da investigação.

Parágrafo 2º - Persistindo o não comparecimento dos envolvidos para apresentarem seu depoimento, o processo poderá ser:

I - Arquivado por falta de dados concretos para apuração do fato ocorrido, considerando o material que a Comissão teve acesso;

II - Solicitada intervenção da Diretoria Assistencial para o envolvimento do profissional com o intuito de solucionar o fato;

III - Enviado para o presidente do Coren, caso um dos profissionais envolvidos assim solicite.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.32 A Comissão de Sindicância deverá tomar os depoimentos dos envolvidos, individualmente, e com registro das falas.

Parágrafo 1º - O Presidente da Comissão de Sindicância conduzirá a tomada dos depoimentos;

Parágrafo 2º - O Secretário da Comissão de Sindicância será responsável pela transcrição dos depoimentos.

Art.33 Durante a tomada de depoimentos, a Comissão de Sindicância produzirá o Termo de Declaração que deverá ser digitado ou manuscrito em letra de forma legível, contendo:

I - Nome completo e número do Coren ou documento de identidade do declarante;

II - Data, local e horário do depoimento;

III - Datas e números escritos por extenso, sem rasuras, entrelinhas, espaço em branco e abreviatura.

Parágrafo 1º - O documento redigido ao final do depoimento deverá ser assinado por todos os presentes, com rubrica em todas as folhas.

Parágrafo 2º - Caso seja de interesse do depoente, o Presidente da Comissão de Sindicância poderá fornecer-lhe uma cópia de seu depoimento.

Art.34 A Comissão de Sindicância redigirá um Relatório Final de Sindicância contendo:

I - Parte expositiva: relato objetivo dos fatos apurados;

II - Parte conclusiva: relatar se houve ou não indícios de uma infração/mérito de natureza ética.

Art.35 Ao final dos trabalhos os membros da Comissão de Sindicância poderão concluir que o Processo poderá ser:

I - Arquivado quando não houver confirmação de indícios de infração de qualquer natureza;

II - Encaminhado a Diretoria Assistencial quando não houver confirmação de indícios de infração ética, para avaliação quanto às medidas cabíveis à administração;

III - Encaminhado, em forma de denúncia, com o ciente da diretoria assistencial, para o Presidente do Coren quando houver confirmação de indícios de infração de natureza ética;

IV - Encaminhado para a diretoria assistencial e para o Presidente do Coren quando houver confirmação de infração de natureza administrativa e ética, respectivamente.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.36 Os envolvidos (denunciado e denunciante) em uma infração de natureza ética, deverão ser comunicados previamente sobre o encaminhamento da denúncia ao Presidente do Coren, sob forma de memorando interno, em caráter sigiloso.

Art.37 Em caso de desligamento de algum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, a pedido ou de ofício, o Diretor Assistencial poderá indicar outro profissional de enfermagem vinculado à policlínica para compor a Comissão de Ética de Enfermagem vigente.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem deverão avaliar o profissional indicado pelo Diretor Assistencial.

Parágrafo 2º - Caso a avaliação do profissional indicado pelo Diretor Assistencial não seja aprovado pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem, será solicitado nova indicação.

Parágrafo 3º - Este Regimento entra em vigor a partir da aprovação do Diretor Clínico da unidade.

Art.38 Os arquivos da Comissão serão mantidos no Setor da Qualidade, contando com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – COMPOSIÇÃO

Art.39 A Comissão é subordinada a Diretoria Geral e deverá ter uma participação significativa de representantes das diferentes áreas:

I - Dois enfermeiros (e seus respectivos suplentes); e
II - Um técnico de enfermagem (e seu respectivo suplente).

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.40 São atribuições do presidente da Comissão:

I - Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
II - Planejar e controlar as atividades da Comissão;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

III - Administrar a pauta da reunião;

IV - Convocar as reuniões da Comissão dando encaminhamento as respectivas deliberações;

V - Entrar em contato com os participantes, entre as reuniões, a fim de monitorar o andamento das tarefas acordada;

VI - Representar a Comissão em eventos e reuniões;

VII - Apresentar relatórios das atividades da Comissão à Diretoria Geral, quando necessário;

VIII - Fazer cumprir o regimento da Comissão; e

IX - Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art.41 São atribuições do Vice-Presidente da Comissão:

I - Convocar reuniões da Comissão na ausência do Presidente; e

II - Assumir a condução das atividades designadas ao Presidente, em sua ausência.

Art.42 São atribuições do Primeiro Secretário da Comissão:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

III - Receber e protocolar os processos e expedientes;

IV - Lavrar a ata das reuniões;

V - Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente ou Vice-Presidente;

VI - Organizar e manter os arquivos da Comissão;

VII - Preparar e enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberadas e outros documentos que lhe forem solicitados;

VIII - Realizar leitura das atas das reuniões; e

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas ao serviço de secretaria desta Comissão.

Art.43 São atribuições do Segundo Secretário da Comissão:

I - Assumir a condução das atividades designadas ao Primeiro Secretário, em sua ausência.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.44 São atribuições dos membros da Comissão:

I - Comparecer às reuniões da Comissão;

II - Justificar qualquer ausência antecipadamente, devendo ser a mesma registrada na Ata; e

III - Participar das ações da Comissão; e

IV - Executar as atividades internas, previstas neste regimento, que lhes forem atribuídas ou delegadas.

V - Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento, dentro da policlínica, das atividades propostas pela Comissão.

VI - Realizar treinamento dos colaboradores conforme as necessidades levantadas pela Comissão.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.45 Todas as comissões terão os seus próprios regimentos internos e documentos de funcionamento, devidamente aprovados pelo Diretor Geral.

Art.46 Toda Comissão terá o seu regimento revisto e atualizado a cada dois anos, ou quando necessário, pelos membros, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.47 Informar imediatamente ao Setor da Qualidade, quando ocorrer alterações nas atividades e cronograma de reuniões previamente acordados.

Art.48 A policlínica irá garantir que os membros que integram as Comissões, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.49 A realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, quando necesssário, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.50 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.51 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.52 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.53 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais, com a aprovação da Diretoria Geral.

Art.54 As visitas técnicas, necessárias para andamento dos trabalhos das comissões, só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.55 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

Art.56 As Comissões da policlínica, bem como seus integrantes, devem manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza, salvo em decorrência de decisão da própria Comissão, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial e observados os requisitos da Lei de Acesso a Informação.

Art.57 As Comissões devem cumprir o Regulamento da Policlínica bem como, o Manual das Comissões, Regimento da Comissão, prazos e cronogramas previamente estabelecidos.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.58 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.59 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.60 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.61 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor Geral.

2.1.15.4.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual da Comissão de Ética em Enfermagem.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Cronograma de atividade anual – Comissão de Ética em Enfermagem													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Nomear oficialmente os membros da Comissão Eleitoral.	x											
2	Publicar edital de convocação das eleições.	x											
3	Realizar a inscrição das chapas.	x	x										
4	Realizar a eleição e publicar o resultado.	x	x										
5	Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Enfermagem.	x	x										
6	Dar posse aos membros eleitos da Comissão.		x	x									
7	Validar, através da comissão, a proposta de Regimento Interno.		x	x									
8	Reunir com a equipe para apresentar a comissão e seu regimento.		x	x									
9	Elaborar proposta de trabalho da comissão.		x	x									
10	Realizar reunião ordinária.			x			x			x			x
11	Realizar oficinas de estudo sobre o código de ética em enfermagem.				x		x		x		x		
12	Realizar treinamentos propostos.						x						x
13	Elaborar relatório trimestral.			x			x			x			x
14	Realizar Workshop sobre Questões éticas em enfermagem											x	
15	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
16	Elaborar relatório anual.												x

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.15.5. Núcleo Interno de Regulação

A ABEAS, comprometida com a eficiência na gestão dos fluxos assistenciais e a otimização do atendimento ao paciente, apresenta sua proposta para a constituição do Núcleo Interno de Regulação (NIR) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. O NIR tem como missão organizar, coordenar e regular o acesso dos pacientes aos serviços de saúde, assegurando que os recursos assistenciais sejam utilizados de forma racional, equitativa e eficaz.

A constituição do Núcleo Interno de Regulação visa garantir que o fluxo de atendimento na Policlínica siga um padrão organizado e alinhado às demandas da comunidade, priorizando os casos de maior complexidade e necessidade. O NIR terá um papel estratégico na gestão de vagas, consultas e exames, monitorando os processos de entrada e saída de pacientes e assegurando a otimização dos recursos disponíveis. Dessa forma, o núcleo contribuirá diretamente para a eficiência do atendimento e para a redução de tempos de espera, promovendo uma assistência mais ágil e resolutiva.

Além de organizar o acesso aos serviços, o NIR também será responsável por fortalecer a comunicação entre os diferentes setores da Policlínica e a rede de saúde externa, garantindo uma interface eficiente para a transferência de informações e a continuidade do cuidado. Outro foco do núcleo será a implementação de protocolos regulatórios e a capacitação das equipes envolvidas nos processos de regulação, assegurando que todos os profissionais estejam aptos a contribuir para o sucesso da gestão regulatória.

Com a criação do Núcleo Interno de Regulação, a ABEAS reafirma seu compromisso em promover uma gestão integrada e eficiente, garantindo que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse ofereça um atendimento de qualidade, com foco na equidade e na eficácia dos serviços prestados.

2.1.15.5.1. Proposta de Constituição membros, finalidade.

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Núcleo Interno de Regulação	I – Cumprir com as legislações vigentes: Portaria nº 3.390, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 1.559, de	I - Coordenador; II - Enfermeiro;	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS; Portaria de Consolidação Ministerial n.º 2, de 28 de setembro de 2017. II - Servir de interface entre as unidades de saúde e as Centrais de Regulação, além de permitir a organização do fluxo interno. III - Promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equanime, ordenada, oportuna e racional.	III - Assistente Social; IV - Assistente Administrativo; e V - Digitador.	

2.1.15.5.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual.

Segue abaixo proposta de regimento interno do Núcleo Interno de Regulação.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Núcleo Interno de Regulação - NIR tem como finalidade servir de interface entre as unidades de saúde e as Centrais de Regulação, além de permitir a organização do fluxo interno.

Segundo Portaria de Consolidação Ministerial n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, o NIR é responsável por delinear as características de complexidade da assistência no âmbito do Serviço Único de Saúde (SUS) e oferecer consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico extra-hospitalar de acordo com pactuação com as redes de saúde, bem como busca ativa dos leitos de internação, conforme critérios preestabelecidos e protocolos instituídos pela unidade.

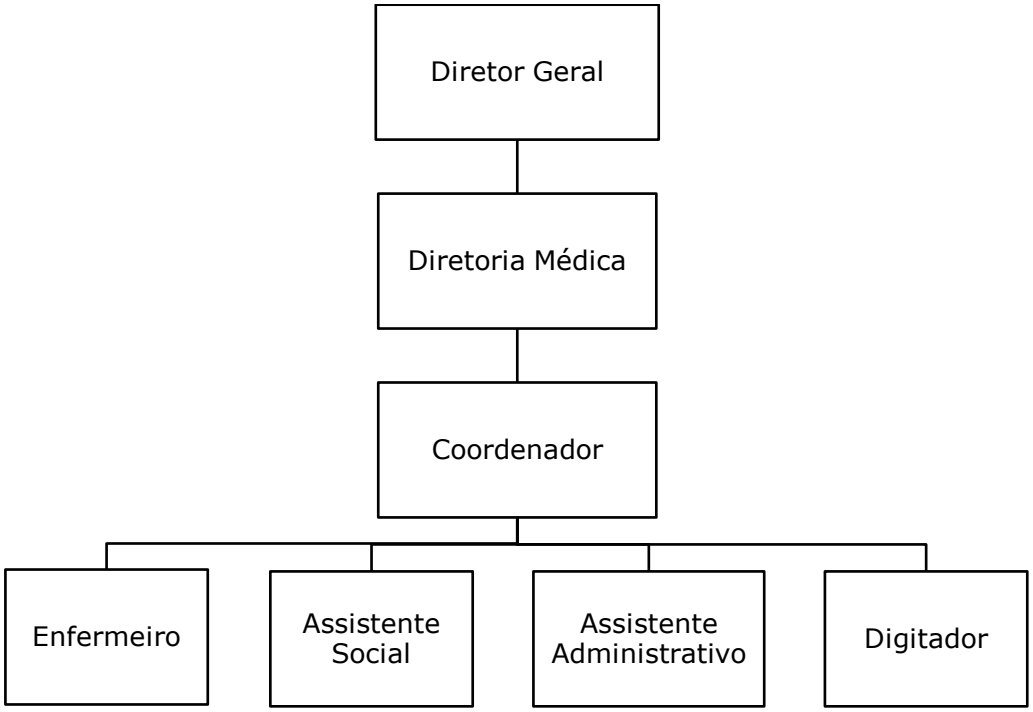
CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 2º O NIR é representado por uma coordenação e subordinado à Diretoria Médica. Sua área compreende uma sala, localizada no andar térreo da policlínica. Sua composição compreende dois setores distintos:

I - Setor de recepção, telefonia e agendamento de cirurgias; e
II - Setor de regulação; marcação de consultas e exames.

Art. 3º A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art. 4º O Núcleo Interno de Regulação atua no controle e disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutico e leitos de internação, estabilização de urgência e emergência, juntamente com a Central Integradas de Leitos.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.5º O Núcleo Interno de Regulação é composto pelos seguintes profissionais:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Coordenador;

II - Enfermeiro;

III - Assistente Social;

IV - Assistente Administrativo; e

V - Digitador.

Art.6º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Coordenador	40h	1							1
Enfermeiro	40h	1							1
Assistente Social	30h	1							1
Assistente Administrativo	44h	2							2
Digitador	36h	1							1
Total	-	6							6

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.7º São atribuições do Coordenador de Internação:

I - Representar o Núcleo Interno de Regulação – NIR em suas relações internas e externas;

II - Instituir as escalas de trabalho e conduzir as relações de pactuação;

III - Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação – NIR;

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação ou à conduta dos profissionais que compõem o Núcleo Interno de Regulação – NIR;

VI - Solicitar parecer de outros profissionais quando o grupo identificar a necessidade;

VII - Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VIII - Gerenciar escalas de folgas e férias, em conjunto com a Coordenação de Enfermagem em casos de enfermeiros e técnicos de enfermagem;

IX - Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pela policlínica por meio do instrumento formal de contratualização; e

X - Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas.

Art.8º São atribuições do Enfermeiro:

I - Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência;

II - Manter atualizadas as planilhas de dados dos indicadores de processo e de resultados (produção e desempenho);

III - Participar da construção e implementação dos fluxos e protocolos relacionados aos processos de trabalho do NIR;

IV - Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à referência e contrarreferência;

V - Comunicar a chefia imediata problemas que venham a dificultar o processo; e

VI - Cumprir com o regimento interno do NIR;

Art.9º São atribuições do Assistente Social:

I - Abordar e orientar usuários e familiares para as transferências externas;

II - Orientar, informar e sensibilizar os pacientes com indicação clínica para os leitos de retaguarda, buscando assinatura do paciente ou seu responsável no Termo de Consentimento

para posterior transferência;

III - Apoiar e esclarecer toda e qualquer dúvida do usuário e/ou familiar com relação à referência e contrarreferência;

IV - Realizar investigação social do paciente, nos casos pertinentes;

V - Orientar o paciente que ele é responsável pelos seus objetos e documentos pessoais;

VI - Apoiar no aprimoramento dos canais de comunicação internos e com a Central de Regulação (comunicação externa), por meio de melhor divulgação de atividades do NIR (murais, ofícios, jornais internos, site etc;);

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

VII - Explicar as particularidades da questão social e construir propostas de trabalho capazes de preservar e efetivar direitos dos usuários, conforme legislação específica;

VIII - Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual;

IX - Potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso aos direitos sociais;

X - Apoiar junto à equipe de atenção psicológica da policlínica questões referentes à necessidade de terapia familiar e individual;

XI - Ampliar espaços de atuação do Serviço Social em projetos de pesquisa e extensão, objetivando a produção acadêmica e qualificação profissional;

XII - Contribuir com o desenvolvimento do NIR; E

XIII - Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Art.10 São atribuição do Assistente Administrativo:

I - Chegar pontualmente no horário;

II – Realizar controles de solicitações enviadas e recebidas;

III - Organizar as solicitações enviadas e recebidas;

IV - Escanear as solicitações enviadas e recebidas;

V - Enviar solicitação de vagas à Central de Regulação de Leitos;

VI - Realizar o arquivamento de toda documentação relacionada à regulação (solicitações de internação, memorandos, atas e dentre outros);

VII - Receber e protocolar os documentos;

VIII - Lavrar e assinar as atas de reuniões do Núcleo Interno de Regulação – NIR, até 02 dias úteis após sua realização;

IX - Convocar os membros para as reuniões ordinárias e extraordinárias;

X - Manter a organização do setor;

XI - Atender telefonemas e dar possíveis encaminhamentos;

XII - Efetuar ligações e digitar documentos quando solicitado;

XIII - Encaminhar memorandos, ofícios e demais documentos e anotar no protocolo próprio;

XIV - Efetuar controle de estoque de materiais de escritório e solicitar ao setor Almoxarifado quando houver necessidade de reposição;

XV - Alimentar a planilha de dados no computador dos usuários que foram transferidos;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XVI - Separar e organizar a documentação do usuário que irá ser transferido para unidade de retaguarda;

XVII - Encaminhar a APAC de exames e/ou procedimento cirúrgico em instrumental específico;

XVIII - Contatar o serviço de transporte em caso de transferência;

XIX - Manter no quadro de aviso as pendências e os recados para os demais membros da equipe. Se for urgente, comunicar por telefone;

XX - Organizar o setor para o dia seguinte, manter tudo no seu devido lugar;

XXI - Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR;

XXII - Contribuir com o desenvolvimento do NIR.

Art.11 São atribuição do Digitador:

I - Ter conhecimento sobre a operacionalização dos softwares utilizados setor;

II - Conhecer e manter registro da estrutura organizacional do NIR;

III - Efetuar ligações, receber e transmitir recados;

IV - Organizar as atividades gerais da sua área de lotação, assessorando o seu desenvolvimento;

V - Elaborar documentos mais simples, digitando informações pertinentes ao serviço;

VI - Realizar outras atividades de mesma natureza profissional e grau de complexidade;

VII - Apoiar a execução de tarefas pela equipe de apoio administrativo;

VIII - Controlar e fazer pedidos de materiais de cunho administrativo;

IX - Atualizar planilhas;

X - Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;

XI - Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao NIR;

XII - Manter os arquivos atualizados;

XIII - Executar os serviços de digitação do NIR, tais como: memorandos, ofícios e demais documentos;

XIV - Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da chefia;

XV - Participar da organização de eventos, quando necessário;

XVI - Digitar os relatórios elaborados pela coordenação do NIR, técnicos responsáveis e Conselho do NIR;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XVII - Participar de reuniões e elaborar as atas do setor;

XVIII - Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e reuniões administrativas relacionadas a sua função;

XIX - Conferir agenda e comunicar as atividades do dia à chefia do NIR;

XX - Checar os e-mails da Unidade; e

XXI - Manter o respeito às normas e aos princípios éticos da policlínica bem como da profissão, inclusive nas redes sociais.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Art.12 Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.13 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica.

Art.14 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.15 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.16 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.17 A policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.18 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em home-office, deve ser previamente autorizada, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.19 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.20 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pelas Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.21 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.22 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.23 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Art.24 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.25 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a usuários somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.26 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.27 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Geral.

Art.28 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.29 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.30 Deverão ser permitidas visitas aos usuários, em dias e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios usuários e serão regularizadas por normatização específica.

Art.31 O usuário internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.32 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.33 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.34 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.35 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito a sanções conforme legislação aplicável.

Art.36 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual do Núcleo Interno de Regulação.

2.1.15.5.3. Cronograma de atividade anual

Cronograma de atividade anual – Núcleo Interno de Regulação													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Identificar, entre os profissionais da policlínica, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão.	x											
2	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
3	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
4	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
6	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
8	Elaborar relatório anual.												x

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.15.6. Núcleo de Educação Permanente

A ABEAS, com seu compromisso de promover o desenvolvimento contínuo e a qualificação dos profissionais de saúde, apresenta sua proposta para a constituição do Núcleo de Educação Permanente (NEP) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. O NEP tem como objetivo centralizar e coordenar as atividades de educação permanente, visando capacitar a equipe multiprofissional e garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população.

A Educação Permanente se fundamenta no desenvolvimento contínuo de competências e habilidades, alinhadas às necessidades reais da prática de saúde. A constituição do NEP proporcionará um espaço estratégico para a promoção de programas de capacitação, treinamentos e atualizações técnicas e científicas para todos os profissionais da Policlínica. Através de ações educativas, o núcleo buscará fortalecer a capacidade de resposta da equipe às demandas emergentes, promovendo uma assistência humanizada e de excelência.

O NEP também terá um papel importante na integração entre diferentes setores e equipes, estimulando a troca de conhecimentos e experiências, além de fomentar o aperfeiçoamento dos processos de trabalho. Com o apoio da ABEAS, a educação permanente será uma ferramenta essencial para a inovação e para a consolidação de uma cultura organizacional pautada pela melhoria contínua e pela qualificação técnica.

Ao criar o Núcleo de Educação Permanente, a ABEAS reforça seu compromisso com a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, garantindo que a unidade ofereça serviços de alta qualidade, com foco na segurança e no bem-estar dos pacientes.

2.1.15.6.1. Proposta de Constituição membros, finalidade.

Nome da Comissão	Finalidade	Membros	Prazo de Implantação
Núcleo de Educação Permanente	I – Fazer cumprir a Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).	I - Coordenador do Núcleo de	1 mês

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

	II - Desenvolver as atividades de integração do novo colaborador, treinamento e organizar as reuniões científicas.	Educação Permanente; II - Técnico de Nível Superior; e III - Assistente Administrativo.	

2.1.15.6.2. Proposta de regimento interno e cronograma de atividade anual.

Segue abaixo proposta de regimento interno do Núcleo de Educação Permanente.

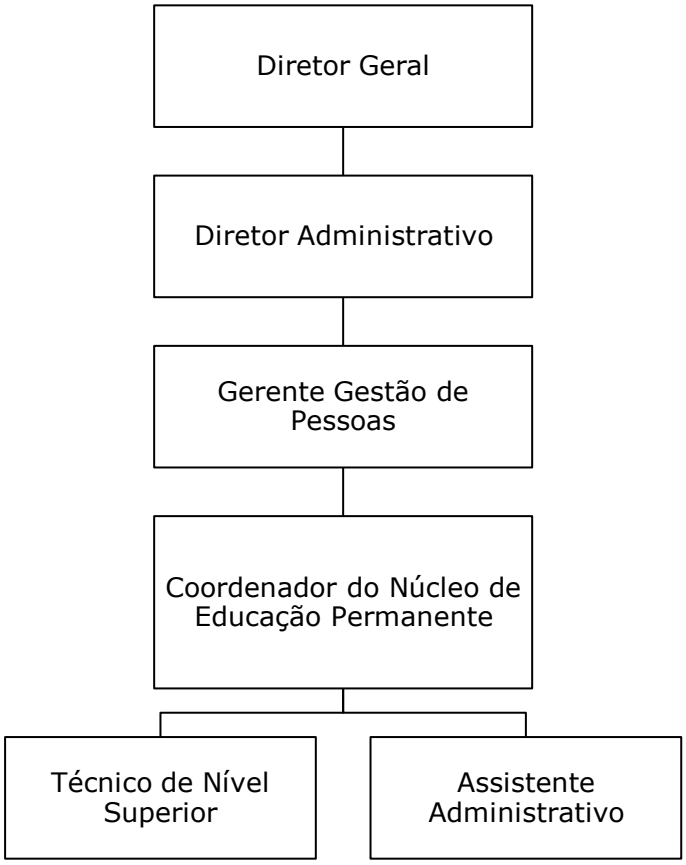
CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art.1º O Núcleo de Educação Permanente (NEP) tem como finalidade desenvolver as atividades de integração do novo colaborador, treinamento e organizar as reuniões científicas.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art.2º O Núcleo de Educação Permanente (NEP) é representado por um coordenador e subordinado à Gerência de Gestão de Pessoas. A estrutura organizacional é representada pelo organograma a seguir:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Art.3º O Núcleo de Educação Permanente em Saúde é uma instância consultiva e administrativa criada para o planejamento e avaliação de atividades de desenvolvimento e formação dos trabalhadores da Saúde, conforme diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (MS).

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO

Art.4º O setor do Núcleo de Educação Permanente é composto pelos seguintes profissionais:

I - Coordenador do Núcleo de Educação Permanente;
II - Técnico de Nível Superior; e
III - Assistente Administrativo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.5º Os profissionais estão distribuídos conforme quadro abaixo:

Cargo	Carga Horária Semanal	Diarista	Diurno 1	Diurno 2	Diurno 3	Noturno 1	Noturno 2	Noturno 3	Total
Coordenador do Núcleo de Educação Permanente	40h	1							1
Técnico de Nível Superior	40h	1							1
Assistente Administrativo	44h	1							1
Total	-	3							3

SEÇÃO II – ATRIBUIÇÕES

Art.6º São atribuições do Coordenador do Núcleo de Educação Permanente:

I - Representar o NEP da Policlínica;

II - Subscrever documentos do NEP;

III - Propor e contribuir com a política de capacitação, desenvolvimento e formação dos trabalhadores da policlínica;

IV - Validar levantamento das necessidades de treinamento (LNT) de acordo com demandas comprovando as capacitações através de evidências;

V - Validar cronogramas de treinamentos, cursos, palestras e afins;

VI - Garantir que seja divulgado cronograma de atividades do Núcleo de Educação Permanente para os colaboradores da policlínica;

VII - Estimular na equipe a busca por mecanismos de avaliação das ações educacionais que possibilitem uma adequada análise quantitativa e qualitativa dos resultados; e

VIII - Cumprir e fazer cumprir as atribuições descritas.

Art.7º São atribuições do Técnico de Nível Superior:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

I - Realizar com a liderança o levantamento das necessidades de treinamento (LNT) de acordo com demandas e comprovar as capacitações através de evidências;

II - Elaborar o Plano Anual de Treinamento e garantir o cumprimento;

III - Acompanhar e garantir a eficácia de todos os treinamentos definidos no Plano Anual de Treinamento;

IV - Solicitar e controlar os materiais para os treinamentos;

V - Elaborar e organizar os cronogramas de palestras e treinamentos em todas as áreas da unidade;

VI - Supervisionar a organização do local do treinamento, orientar e assessorar treinamentos quando necessário;

VII - Conferir materiais para treinamentos e supervisionar aplicação correta;

VIII - Organizar o setor de Educação Permanente e zelar pelo patrimônio da empresa;

IX - Participar de reuniões com equipes assistências, administrativas, multidisciplinares e lideranças que envolvem demandas de capacitação;

X - Elaborar mecanismos de avaliação das ações educacionais que possibilitem uma adequada análise quantitativa e qualitativa dos resultados; e

XI - Elaboração de relatórios mensais e anuais relativos aos treinamentos.

Art.8º São atribuições do Assistente Administrativo:

I - Administrar agendas de treinamentos e/ou capacitações;

II - Preparar salas e materiais para capacitações;

III - Aplicar e corrigir as avaliações referentes às capacitações;

IV - Convocar colaboradores para participação de treinamentos;

V - Aplicar avaliação de reação e retenção para treinados;

VI - Divulgar treinamentos na unidade;

VII - Zelar e orientar quanto às padronizações nas apresentações dos palestrantes;

VIII - Auxiliar junto à Medicina e Segurança do trabalho ações e campanhas educativas e preventivas para colaboradores;

IX - Arquivamento e guarda de documentos/materiais de treinamentos e/ou capacitações;

X - Auxiliar na execução do programa de Integração na Função junto com as lideranças; e

XI - Organizar o setor de Educação Permanente e zelar pelo patrimônio da empresa.

CAPÍTULO V - DAS NORMAS GERAIS

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.9º Os profissionais devem preservar as edificações, materiais e equipamentos da Policlínica, zelando pelo uso adequado, de acordo com a sua finalidade.

Art.10 É expressamente proibida a venda interna de produtos, nas dependências da Policlínica**.**

Art.11 O colaborador da Policlínica, deverá cumprir Acordo Individuais de Contrato de Trabalho, Acordo Coletivo de Trabalho, Regulamento interno, Instruções de Trabalho, além da Consolidação das Leis do Trabalho em vigor e as demais leis que regulam o trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras editadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Art.12 Todo colaborador da Policlínica deverá conhecer e respeitar a cultura organizacional, missão, visão e valores, assim como os procedimentos previstos nos documentos preconizados pela área da qualidade, documentos estes que são conhecidos quando da admissão e/ou disponíveis.

Art.13 O colaborador recém-admitido deverá receber, conhecer e respeitar o Manual do Colaborador da Policlínica, passando também pelo programa de integração.

Art.14 A policlínica irá garantir que os profissionais que integram o seu quadro funcional, possam executar suas atividades de acordo com as diretrizes emanadas pelos Códigos de Ética regulamentados pelos seus respectivos Conselhos.

Art.15 Toda realização de horas extraordinária, de sobreaviso, em *home-office*, devem ser previamente autorizadas, pelo diretor da área, sendo remuneradas nas formas da Lei em vigor, sob pena de incorrer em ato de indisciplina e insubordinação.

Art.16 Ao Colaborador é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e às atividades da Policlínica. As sugestões, queixas ou reclamações devem ser enviadas ao Setor de Recursos Humanos.

Art.17 Os profissionais que integram o quadro funcional, devem utilizar o crachá de identificação, uniforme e equipamentos de proteção individual disponibilizados pela Policlínica. Não é permitido o uso de adornos conforme estabelecido pela Norma Regulamentadora aplicável.

Art.18 O colaborador, ao se desvincular da Policlínica, deverá ser encaminhado para a entrevista de desligamento.

Art.19 As filmagens e fotografias tiradas da fachada ou dos setores internos da Policlínica deverão ser previamente aprovadas pela Diretoria Geral. Toda filmagem e fotografia, que envolver a presença de colaboradores e usuários, para fins de publicidade e trabalho científico deverá ser previamente consentida por escrito (Termo de Consentimento).

Art.20 A utilização da LOGOMARCA – ABEAS e da Policlínica, nos meios de comunicação deverão ser autorizadas previamente pela Diretoria Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art.21 A autorização para divulgação pública de fatos referentes às atividades da Policlínica, somente poderá ser dada pelo Diretor Geral.

Art.22 A autorização para divulgação pública de fatos referentes a pacientes internados somente será possível com a expressa autorização deles ou de seus representantes legais.

Art.23 As visitas técnicas só podem ocorrer após a autorização da Diretoria Geral da Policlínica.

Art.24 Todo departamento e setor da Policlínica terá o seu Regimento revisto e atualizado anualmente pelos responsáveis, aprovados pela Diretoria Gera.

Art.25 Não é permitido solicitar brindes ou quaisquer outros benefícios aos fornecedores e prestadores de serviços, respeitando o código de ética da ABEAS.

Art.26 Amostras de Produtos, Medicamentos e outros meios de propagandas serão permitidos somente ao Setor de Compras. Fica proibida a circulação de representantes de Laboratórios Farmacêuticos nas dependências da Policlínica.

Art.27 Deverão ser permitidas visitas aos pacientes, em dias e hora mais convenientes, tanto para o atendimento quanto para o conforto dos próprios pacientes e serão regularizadas por normatização específica.

Art.28 O paciente internado tem direito à assistência religiosa e poderá solicitar um representante de sua crença religiosa, desde que observadas as normas administrativas em vigor.

Art.29 Na Policlínica, a pessoa humana é o valor maior e todos os esforços serão no sentido de promover, conservar e defender a vida, em suas diferentes situações e estágios. Nosso compromisso é a prestação de uma assistência humanizada, ética, científica e com qualidade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.30 Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelo responsável técnico pela área, em consonância com sua diretoria da área.

Art.31 Esse Regimento somente poderá ser alterado com à aprovação da diretoria da área e da diretoria geral.

Art.32 Todos os profissionais receberão no programa de Integração do Colaborador Recém-admitido, o Manual do Colaborador, que deverá ser cumprido em sua íntegra. O profissional que descumpri-lo está sujeito à sanções conforme legislação aplicável.

Art.33 Este regimento entrará em vigor após à aprovação do Diretor da área e do Diretor Geral.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.1.15.6.3. Cronograma de atividade anual

Segue abaixo proposta de cronograma de atividade anual do Núcleo de Educação Permanente.

Cronograma de atividade anual – Núcleo de Educação Permanente													
Item	Ação	Meses de contrato											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Criar a comissão, através de uma Circular Normativa do Diretor Geral, indicando nominalmente seus membros.	x											
2	Aprovar o Regimento Interno da comissão.	x											
3	Realizar reunião ordinária.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Elaborar proposta de trabalho da comissão.	x											
5	Elaborar relatório.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Realizar planejamento de atividades para o próximo ano da comissão.												x
7	Elaborar relatório anual.												x

2.2. Qualidade subjetiva

A ABEAS busca, com sua proposta, aliar excelência operacional a um forte compromisso com os valores humanos e sociais que norteiam o atendimento em saúde. Essa qualidade subjetiva se manifesta no compromisso da entidade com a promoção de um atendimento humanizado, focado nas necessidades individuais dos usuários e na valorização da relação entre paciente e profissional de saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Além disso, a proposta demonstra sensibilidade para com o contexto social da comunidade atendida, priorizando a criação de um vínculo com os usuários e promovendo ações que integrem prevenção, promoção da saúde e assistência integral. A capacitação contínua dos profissionais envolvidos e o investimento no desenvolvimento de práticas inovadoras também são destacados como fatores que ampliam a qualidade dos serviços oferecidos, sempre com a visão de aprimoramento constante e de adaptação às demandas da saúde pública.

Assim, a proposta da ABEAS evidencia um compromisso não apenas com a eficiência administrativa, mas também com a criação de um ambiente de cuidado que valoriza o ser humano em sua totalidade, refletindo uma visão moderna e holística de gestão em saúde.

2.2.1. Acolhimento

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

2.2.1.1. Acolhimento humanizado

Um ambiente de trabalho humanizado permite ao profissional entender a sua importância no processo de produção de saúde e ser reconhecido e considerado como sujeito. Já para o usuário, um espaço humanizado proporciona o diálogo e a expressão dos seus sentimentos. Isso caracteriza a humanização das relações interpessoais, pois envolve profissionais, usuários, família e instituição.

Humanizar significa reconhecer o usuário como sujeito de direito, ofertando um atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Sendo assim, a humanização não é um ato isolado, mas uma construção coletiva caracterizada por princípios e diretrizes que se transformam em ações de saúde nas mais variadas esferas deste sistema, constituindo a humanização como uma vertente orgânica do SUS.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.2.1.2. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica

A seguir se encontram enumerados os procedimentos e instruções com Indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

O processo de Acolhimento e Classificação de Risco é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições:

Profissionais da Recepção:

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento[1] com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade.
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem do A&CR:

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado;
- Aferir sinais vitais do paciente;
- Encaminhar a usuária para atendimento;
- Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames;
- Estar alerta se houver algum imprevisto;
- Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for ocaso;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Enfermeiro do A E CR:

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável;
- Chamar o paciente pelo nome;
- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento;
- Registrar classificação no mapa do A&CR;
- Orientar o paciente de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário;
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

Serviço Social:

- Prestara apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
- Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;

Serviço de Vigilância:

- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
- Zelar pela segurança do patrimônio;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade;

Coordenação Médica e de Enfermagem:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
- Apoiar a equipe sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

Para toda a equipe:

- Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho.

Proposta de acolhimento para a Policlínica

O acolhimento humanizado requer uma recepção técnica com escuta qualificada por enfermeiro especialista, para atender a demanda espontânea e programada que chega à unidade, com o objetivo de identificar as necessidades de saúde do usuário/família e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução dos problemas detectados. Dessa maneira, após o conhecimento das necessidades dos usuários, alguns serão direcionados aos serviços especializados.

Todos os profissionais envolvidos neste processo deverão ser capacitados para realizar o acolhimento, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços na Policlínica. A capacitação dos profissionais deverá ser contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que o mesmo é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.

Caberá a toda equipe de saúde

- Procurar manter a calma nos casos aparentemente de urgência/emergência (se acaso tiver algum caso) obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
- Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, a paciente que chega em sofrimento agudo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Um acompanhante ou paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. Muitos pacientes que chegam agressivos e ofendendo os funcionários querem "plateia", querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade, ou ainda acionar a Assistente Social.
- Responsabilizar-se pelo paciente mesmo quando encaminhado a outros serviços da Policlínica.

Caberá ao auxiliar e/ou técnico de enfermagem

- Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;
- Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
- Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas.

Caberá ao enfermeiro

- Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
- Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;
- Receber as pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários.

Caberá ao médico

- Atender às pacientes encaminhadas para consulta médica em seu período de trabalho;
- Realizar os Procedimento operacionais padrão de sua área;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

Acolhimento com Classificação

Segundo a Política Nacional de Humanização "acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário" (PNH/MS, 2006).

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares dos Pacientes.

Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes "internas", "externas", multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de "bondade" e "favor" por parte de alguns profissionais; não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento.

Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo.

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a "porta de entrada", executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS. Abordaremos a seguir as principais diretrizes do Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR).

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A implantação do A&CR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação aos Pacientes e familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

Os procedimentos, ações, equipe, e outros, propostos neste capítulo foram pautados pelo Manual de Acolhimento e Classificação de Risco, do Ministério da Saúde.

Passo a Passo para a Implantação do A&CR (Acolhimento com Classificação de Risco) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação de pacientes e apresentam as seguintes características:

- Baseados em sinais de alerta ou na forma usual de apresentação de doenças ou agravos, permitindo a classificação da gravidade ou do grau de sofrimento, com o objetivo de identificar prontamente situações de urgência e emergência – condições de risco iminente à vida.

- Não são instrumentos de diagnóstico. Seu propósito é direcionar a prioridade no atendimento, hierarquizando-o conforme a gravidade, indicando quem deve ser atendido imediatamente e quem pode aguardar com segurança.

- Consideração da expectativa dos pacientes e seus familiares durante o processo de avaliação e priorização.

- Tempo da intervenção médica: O tempo necessário para que uma intervenção médica proporcione os melhores resultados deve ser levado em consideração.

- Previsão de reavaliações, que podem alterar a classificação inicial conforme a evolução do quadro clínico do paciente.

- Guia de treinamento: Serve como um guia para capacitação das equipes durante a implantação da Classificação de Risco (CR) nas portas de entrada dos serviços de saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Documento de referência: Também constitui um documento de referência para o Ministério Público, garantindo que as decisões de priorização sejam embasadas em critérios técnicos e objetivos.

Esse protocolo é essencial para organizar o fluxo de atendimento e assegurar que pacientes em situação crítica recebam assistência prioritária.

A implantação do A&CR na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, é uma iniciativa da ABEAS que buscará aprimorar o atendimento aos pacientes, priorizando os casos de maior urgência e garantindo um fluxo mais eficiente. A seguir, elaboramos um passo a passo com recomendações detalhadas para essa implantação.

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica imediata – sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. médica <15 minutos – sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/– 60 minutos Será atendidosomente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

Observação: Este protocolo estabelecido para os atendimentos de urgência e emergência, servirá de embasamento e inspiração para elaboração de protocolo

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

específico de acolhimento com classificação de risco em casos em que hajam intercorrências clínicas na unidade e/ou redondezas.

1. Diagnóstico Situacional

Antes de iniciar o processo de implantação, será essencial realizar um diagnóstico para compreender o contexto atual da policlínica.

Objetivo: Identificar as demandas, o perfil dos pacientes e as principais deficiências do atendimento.

Ações:

- Levantar o volume de atendimentos diários.
- Identificar as principais queixas e tempos de espera atuais.
- Mapear a infraestrutura existente e os recursos humanos disponíveis.
- Avaliar o fluxo de trabalho atual na recepção e triagem de pacientes.

2. Formação da Equipe Multidisciplinar

O sucesso da implantação do A&CR será pautado pela constituição de uma equipe preparada e comprometida.

Objetivo: Criar uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e profissionais da recepção.

Ações:

- Realizar treinamentos sobre o protocolo de classificação de risco (pode ser baseado no Protocolo de Manchester ou outro similar).
- Definir os papéis de cada membro da equipe durante o acolhimento e triagem.
- Promover workshops e simulações para que a equipe se familiarize com o processo.

3. Implementação do Protocolo de Classificação de Risco

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A classificação de risco visa ordenar o atendimento conforme a gravidade dos casos, utilizando critérios objetivos e padronizados.

Objetivo: Implantar sistema de triagem eficiente, que priorize os atendimentos de acordo com a urgência clínica.

Ações:

- Escolher o protocolo de A&CR (Protocolo de Manchester, que classifica os pacientes por cores – vermelho, amarelo, verde e azul).
- Capacitar a equipe para utilizar adequadamente o protocolo, garantindo que a avaliação seja rápida e precisa.
- Garantir que todos os dados sejam registrados no prontuário eletrônico do paciente para facilitar o monitoramento e análise futura.

5. Comunicação e Humanização do Atendimento

O acolhimento deve ser humanizado e respeitoso, criando um ambiente de confiança e empatia entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Objetivo: Promover uma comunicação clara e eficaz entre os profissionais e os pacientes, focando em um atendimento humanizado.

Ações:

- Treinar a equipe para usar uma linguagem acessível, evitando termos técnicos que possam gerar confusão ou ansiedade.
- Incluir ferramentas de Educação em Saúde, como cartazes e folhetos explicativos sobre o processo de acolhimento e a importância da classificação de risco.
- Incentivar feedback dos pacientes sobre o processo, criando oportunidades de melhoria contínua.

6. Monitoramento e Avaliação Contínua

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Após a implantação, é fundamental monitorar os resultados e realizar ajustes conforme necessário.

Objetivo: Garantir que o A&CR esteja funcionando conforme planejado e que o atendimento esteja sendo eficaz.

Ações:

- Criar indicadores de desempenho (ex.: tempo de espera, satisfação do paciente, redução de casos graves sem atendimento).
- Realizar reuniões periódicas com a equipe para discutir os desafios e possíveis melhorias.
- Implementar um sistema de avaliação contínua da equipe, utilizando auditorias internas e feedback dos pacientes.

Recomendações Gerais

- **Gestão de Mudança:** Prepare a equipe para as mudanças no fluxo de trabalho. A implantação do A&CR pode gerar resistência inicial, então é importante criar um ambiente de diálogo e incentivar a adaptação progressiva.
- **Capacitação Contínua:** Realize treinamentos periódicos para a equipe, incluindo atualizações sobre o protocolo de triagem e práticas de acolhimento humanizado.
- **Tecnologia:** Se possível, implemente um sistema digital para registrar e monitorar o fluxo de triagem, o que pode agilizar o processo e garantir a rastreabilidade dos atendimentos.
- **Integração com Outros Serviços:** Estabeleça uma comunicação fluida com outros serviços de saúde (como hospitais de referência) para facilitar a transferência de pacientes classificados como casos graves.

A implantação do A&CR na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse proporcionará um atendimento mais eficiente e humanizado, garantindo que os pacientes com maior gravidade sejam atendidos prioritariamente. Além disso, a equipe de saúde terá uma ferramenta clara para organizar o fluxo de trabalho, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Acolhimento do usuário/familiares na porta de entrada

Abaixo descrevemos o principal caminho de admissão dos pacientes na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse.

FLUXO DE ADMISSÃO DOS PACIENTES
Os pacientes são recepcionados pelo controlador de acesso, ele olha o pedido de exame e retira uma senha, com isso as recepcionistas faz a triagem, e as enfermeiras o encaminha para as respectivas salas.

Equipe para atuação:

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANT	CARGA HORÁRIA	CONTRATAÇÃO
Enfermeiro(a)	2	30 HS	CLT

2.2.1.3. Apoio Psicossocial aos Usuários e Acompanhantes

A ABEAS propõe o desenvolvimento de um Manual de Apoio Psicossocial para garantir uma abordagem humanizada e integral aos usuários e seus acompanhantes na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. O manual tem como objetivo orientar a equipe da policlínica para oferecer suporte emocional e psíquico durante o atendimento, visando promover bem-estar e fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares.

Estrutura Geral do Manual

Introdução e Objetivos

O manual deverá iniciar com uma explicação clara de seu propósito e a importância do apoio psicossocial em um ambiente de saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Objetivo Geral: Proporcionar acolhimento psicossocial que atenda às necessidades emocionais e psicológicas dos pacientes e acompanhantes, promovendo o bem-estar durante o atendimento e tratamento na policlínica.

Objetivos Específicos:

- Apoiar os usuários em momentos de vulnerabilidade e ansiedade.
- Oferecer suporte aos acompanhantes, ajudando-os a lidar com o estresse e incertezas.
- Orientar a equipe sobre práticas de comunicação e intervenções psicossociais adequadas.

Diretrizes e Princípios do Apoio Psicossocial

- **Direitos dos Usuários e Acompanhantes:** Respeitar a dignidade humana e assegurar o direito à informação clara e precisa, bem como ao tratamento respeitoso e acolhedor.
- **Acolhimento Humanizado:** A criação de um ambiente empático e de confiança é essencial para a qualidade do cuidado psicossocial.
- **Privacidade e Confidencialidade:** Resguardar a privacidade dos usuários e acompanhantes nas abordagens psicossociais.
- **Proatividade e Escuta Ativa:** A equipe deve estar preparada para identificar sinais de sofrimento emocional, oferecendo suporte de forma proativa.

Metodologia de Acolhimento Psicossocial

A seguir são delineadas as abordagens práticas que devem ser aplicadas pelos profissionais de saúde e pelo setor de psicologia para prestar apoio psicossocial adequado.

Escuta Qualificada

Definição: A prática de escuta ativa e empática que permite aos pacientes e acompanhantes expressarem suas angústias, dúvidas e emoções.

Estratégias:

- Criar um ambiente onde o paciente se sinta seguro para compartilhar sentimentos.
- Demonstrar empatia e validação emocional, sem julgamentos.
- Utilizar perguntas abertas para estimular a comunicação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Suporte ao Paciente

Objetivo: Proporcionar conforto emocional aos pacientes que podem estar passando por momentos de angústia, dor ou incerteza em relação ao tratamento.

Ações Práticas:

- Oferecer informações claras sobre o processo de atendimento e tratamento, adaptadas ao nível de compreensão do paciente.
- Estar atento aos sinais de sofrimento emocional e, se necessário, encaminhar o paciente para atendimento psicológico.
- Oferecer práticas de relaxamento, como técnicas de respiração, que possam ser facilmente ensinadas aos pacientes.

Suporte ao Acompanhante

Objetivo: Reconhecer o impacto emocional sobre os acompanhantes e fornecer apoio durante a espera e tratamento do paciente.

Ações Práticas:

- Manter os acompanhantes informados sobre o estado do paciente, minimizando a ansiedade gerada pela incerteza.
- Oferecer momentos de escuta para os acompanhantes, validando seus sentimentos e preocupações.
- Criar espaços de descanso e bem-estar para os acompanhantes, permitindo um ambiente mais acolhedor.

Comunicação Humanizada

A comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários deve ser clara, respeitosa e sensível às emoções dos pacientes.

Diretrizes para Comunicação:

Linguagem Simples e Clara: Evitar jargões médicos e adaptar a linguagem ao perfil dos usuários.

Transparência: Fornecer informações completas e detalhadas sobre o tratamento, inclusive sobre riscos e benefícios, para que os pacientes possam tomar decisões informadas.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Empatia: Demonstrar compreensão das preocupações e sentimentos dos pacientes e acompanhantes, sempre mantendo uma postura de apoio.

Atendimento a Grupos Vulneráveis

É fundamental que o manual destaque abordagens específicas para grupos que possam necessitar de suporte psicossocial diferenciado, como:

Idosos: Oferecer suporte especial para aqueles que podem enfrentar desafios cognitivos ou emocionais.

Crianças e Adolescentes: Implementar uma comunicação mais lúdica e adaptada à idade.

Pessoas com Deficiências: Garantir acessibilidade em todos os níveis de atendimento e promover uma abordagem inclusiva.

Pessoas com Condições Crônicas: Abordar os desafios emocionais relacionados ao manejo de doenças de longo prazo, oferecendo suporte psicológico contínuo.

Intervenções Psicológicas

Esta seção trata do papel específico dos profissionais de psicologia na policlínica e das intervenções adequadas para pacientes que necessitem de apoio mais especializado.

Atendimento Individual: Casos em que o sofrimento emocional, ansiedade, ou depressão são identificados e necessitam de encaminhamento para atendimento psicológico individualizado.

Grupos de Apoio: Criação de grupos de suporte, facilitados por psicólogos, voltados para pacientes com doenças crônicas ou seus acompanhantes.

Encaminhamentos para Rede de Apoio: Quando necessário, encaminhar pacientes para serviços externos de saúde mental ou assistência social, em parceria com a rede de saúde local.

Monitoramento e Avaliação

A implantação do apoio psicossocial deve ser acompanhada por uma avaliação contínua para garantir a eficácia do processo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Indicadores de Avaliação:

- Grau de satisfação dos usuários e acompanhantes.
- Tempo de resposta das intervenções psicossociais.
- Redução de casos de ansiedade ou crises emocionais relatadas durante o atendimento.

Ferramentas de Avaliação:

- Pesquisas de satisfação aplicadas regularmente.
- Reuniões de equipe para análise dos atendimentos e ajustes nas práticas psicossociais.

Este manual de apoio psicossocial busca garantir que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse se torne um espaço de cuidado integral, onde não apenas as questões físicas dos pacientes sejam tratadas, mas também seu bem-estar emocional e psíquico. A abordagem humanizada e focada no acolhimento psicológico fortalecerá a relação entre pacientes, acompanhantes e equipe de saúde, promovendo um atendimento de excelência.

2.2.1.4. Proposta para implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica

A ABEAS, comprometida com a excelência na prestação de serviços de saúde, propõe a reestruturação dos espaços físicos da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com o objetivo de otimizar a ambiência e promover um ambiente que favoreça e facilite os processos de trabalho e as relações interpessoais. Além das reformas estruturais, será priorizada a aquisição de mobiliário e equipamentos que estejam em conformidade com as boas práticas de humanização e acolhimento. Alinhada às diretrizes do Ministério da Saúde, a ABEAS se empenhará em garantir as melhores condições para que a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse se torne um espaço cada vez mais qualificado para o cuidado em saúde, atendendo aos mais elevados padrões de qualidade e eficiência.

Orientações do MS para adequação da ambiência nas Portas de Entrada dos Serviços que realizam os exames

- Prever espaços que favoreçam o acolhimento do paciente e sua rede social;
- Criar sala de atendimento próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

tanto para a sala de espera quanto para o interior da Policlínica, facilitando o atendimento e a monitoração dos usuários;

- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para os usuários e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda;
- Criar ambiente confortável e acolhedor para permanência das gestantes em local destinado á espera;
- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento dos usuários no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública de modo a atender às necessidades dos usuários;
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

Estrutura no que se refere à informação aos usuários (usuários e familiares/acompanhantes acerca do processo de Atenção

Descrição do serviço de recepção e portaria:

- Serão denominados como "porteiros" os responsáveis pelo controle de acesso e como "recepcionistas" os responsáveis pelo cadastramento, orientação e endereçamento dos transeuntes, exceto pacientes.
- As atividades de portaria serão realizadas em sistema de rodízio de postos de trabalho. O funcionamento da Policlínica ocorre durante as 12 (doze) horas do dia, de segunda-feira a sexta-feira, das 07:00 as 19:00 horas.
- O serviço de recepção a ser oferecido pela Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse consiste no processo de identificação, cadastramento e autorização de acesso de usuários gerais nas dependências da referida Unidade de Saúde, autorizando o acesso aos locais previamente aprovados.

Organização do Serviço

- Pacientes e acompanhantes são recepcionados pelo controlador de acesso;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Paciente recebe uma senha;
- Paciente é encaminhado à recepção para fazer ficha de Atendimento, retornando na sala de espera;
- Paciente é chamado pela equipe técnica e levado a sala de exame conforme a prescrição e agendamento;
- Os pacientes são continuamente monitorados e acompanhados clinicamente durante o processo dos exames pela equipe (enfermeiros e médicos) que atuam em conjunto, garantindo o bem estar do paciente.
- O acompanhante aguarda na sala de recepção;
- Assim que o exame é realizado o paciente retorna à sala de recepção e é entregue para o acompanhante com alta e com o retorno para pegar o resultado do exame;
- Paciente que for submetido a exame de colonoscopia ou endoscopia é encaminhado a sala de recuperação pós-anestésica, e logo após recebem alta.

Instrução de Definição de Formas de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente

Como proposta para implantação do acolhimento na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, o paciente que seja criança, adolescentes, adulto, idoso, portadores de deficiência ou gestantes, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida tem direito a estar acompanhado por pessoa por ele, indicada em consultas e exames, ou procedimentos, somente pode ser restrito se for justificável, nos casos em que prejudicar claramente o paciente ou submeter a risco o acompanhante.

É recomendável que a Policlínica possua uma sala de espera para pacientes e acompanhantes, que pode ou não ser compartilhada com a de outras unidades diagnósticas. Devem existir sanitários separados para homens e mulheres, que permitam acesso aos portadores de necessidades especiais e que atendam ao número esperado de pacientes e seus acompanhantes.

Fundamento legal

- Artigo 2º, inciso XV, da Lei Estadual nº 10.241/99; Artigo 4º, §único, incisos V e VI da Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- ✓ Idosos, crianças, adolescentes e pessoas com necessidades especiais têm direito amparado por lei a acompanhante, demais situações serão avaliadas pela equipe da unidade;

Deveres do acompanhante:

- Permanecer junto à paciente, prestando o cuidado necessário.
- Usar a roupa do acompanhante para sua identificação.
- Preservar a higiene do Local.
- Seguir as orientações da equipe de saúde.
- Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com a paciente.
- Lavar as mãos para prevenir infecção hospitalar.
- Utilizar somente as cadeiras disponíveis para os acompanhantes.
- Não trazer preocupação à paciente.
- Evitar o uso do celular próximo ao local de Exames.
- Portar sapatos fechados.

Não é permitido

- Utilizar o celular no local.
- Fumar nas dependências da Policlínica.
- Transitar pela Policlínica. Em caso de saída, não será autorizado o retorno.
- Filmar ou fotografar, sem autorização da equipe da Unidade de Saúde.

2.2.2. Atendimento

Na proposta de trabalho da ABEAS para a gestão, operacionalização e execução dos serviços da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, o atendimento ao usuário é um dos pilares centrais. A ABEAS se compromete a implementar um modelo de atendimento que prioriza a humanização e a personalização do cuidado, colocando o usuário no centro das ações de saúde.

O atendimento proposto visa acolher o usuário de forma integral, considerando não apenas suas necessidades médicas, mas também os aspectos sociais e emocionais que impactam seu bem-estar. A proposta foca na criação de um ambiente de confiança e respeito,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

onde o paciente é tratado com dignidade e empatia. A ABEAS entende que um atendimento humanizado melhora a experiência do usuário e contribui para resultados mais eficazes no tratamento e na recuperação.

Outro ponto fundamental é a acessibilidade. A ABEAS pretende garantir que todos os usuários, independentemente de suas condições socioeconômicas ou culturais, tenham acesso facilitado aos serviços da Policlínica. Para isso, prevê a adoção de fluxos claros e eficientes, visando reduzir o tempo de espera e promover um atendimento ágil e de qualidade.

Além disso, a proposta destaca a importância da educação em saúde, incorporando orientações preventivas e educativas no processo de atendimento. Essa abordagem visa empoderar o usuário para o autocuidado e para o uso consciente dos recursos de saúde.

A proposta da ABEAS também prevê um atendimento multidisciplinar, em que diferentes profissionais da saúde trabalham de forma integrada para oferecer uma assistência completa e coordenada, promovendo a continuidade do cuidado e garantindo que as necessidades dos usuários sejam atendidas de forma plena e eficaz.

Com essa visão, a ABEAS reforça seu compromisso com a excelência no atendimento ao usuário, promovendo um modelo de gestão que equilibra eficiência operacional com cuidado humanizado e integral.

Orientações Gerais aos Acompanhantes
Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse -GO

1. Direitos e Deveres dos Acompanhantes

Direitos:

- Todo paciente com necessidade de acompanhamento, como crianças, idosos, ou pacientes com mobilidade reduzida, tem o direito a um acompanhante.
- O acompanhante tem o direito de ser informado sobre o estado de saúde do paciente e os procedimentos a serem realizados.
- É permitido ao acompanhante ajudar o paciente com tarefas básicas, como alimentação e locomoção, quando solicitado.

Deveres:

- Respeitar as regras da Policlínica, incluindo horários de visitas e permanência.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Colaborar para manter o ambiente tranquilo e silencioso, visando o conforto de todos os pacientes.
- Seguir as orientações fornecidas pela equipe médica e de enfermagem.
- Manter os telefones celulares no modo silencioso para não atrapalhar o atendimento e os demais pacientes.
- Respeitar as normas de higiene e utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs), se necessário.

2. Regras de Permanência

- Apenas um acompanhante por paciente é permitido nas áreas internas da Policlínica, exceto em casos previamente autorizados pela equipe médica.
- Os horários de visitas devem ser rigorosamente seguidos para não comprometer o andamento dos atendimentos.
- Acompanhantes não devem permanecer nas áreas de atendimento médico, exceto em casos de pacientes que necessitem de assistência contínua.

3. Higiene e Segurança

- É importante higienizar as mãos com álcool em gel ao entrar e sair das áreas de atendimento.
- Não é permitido o consumo de alimentos e bebidas nas áreas de atendimento e internação.
- O uso de máscara é obrigatório em todos os setores da Policlínica. A troca regular das máscaras é recomendada.
- Qualquer dúvida ou necessidade especial deve ser comunicada à equipe da Policlínica, que está à disposição para auxiliar.

4. Cuidados com Pertences Pessoais

- A Policlínica não se responsabiliza por pertences pessoais perdidos ou esquecidos. Aconselha-se que acompanhantes mantenham seus objetos de valor sempre consigo.
- Bolsas e mochilas devem ser mantidas em locais adequados, sem obstruir corredores e áreas de circulação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

5. Comportamento e Convivência

- Manter um comportamento respeitoso e cordial com outros pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.
- Evitar conversas em tom alto e comportamentos que possam perturbar o ambiente de recuperação dos pacientes.
- Em caso de dúvidas ou conflitos, procure sempre a equipe de enfermagem ou recepção para orientação.

6. Informações Importantes

- **Contato Emergencial:** Em caso de necessidade de informações adicionais ou emergências, procure a recepção ou entre em contato pelo telefone (XX) XXXX-XXXX.

Agradecemos a colaboração de todos os acompanhantes. O bom cumprimento dessas orientações contribui para o bem-estar e a recuperação dos pacientes, além de garantir um ambiente seguro e organizado para todos.

Fortalecimento da Humanização e Educação Continuada no Atendimento Multidisciplinar

No âmbito dos serviços de saúde, os desafios que envolvem a interação entre colaboradores, pacientes e seus acompanhantes são diversos e complexos. O sucesso na prestação de um atendimento de excelência exige uma abordagem que considere, além da competência técnica, aspectos humanísticos, culturais e éticos. A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, alinhada aos princípios da humanização e eficiência no atendimento, busca aprimorar suas práticas por meio de uma proposta integrada de Educação Permanente e gestão de conflitos, especialmente no cuidado de pacientes considerados relativamente incapazes.

A Importância da Humanização no Atendimento

Compreender a diversidade entre os pacientes – seja em termos de idade, cultura, etnia ou religião – é um dos principais desafios enfrentados pelas equipes de saúde. Cada indivíduo traz consigo uma história de vida e, portanto, requer não apenas cuidados clínicos, mas também empatia e sensibilidade por parte dos profissionais. Nesse sentido, a Policlínica

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Estadual da Região Nordeste – Posse compromete-se com a aplicação de um plano abrangente de educação e capacitação que priorize o preparo teórico e prático de sua equipe, assegurando que a abordagem humanística seja parte intrínseca do atendimento.

A humanização envolve, também, o reconhecimento das particularidades dos pacientes e de suas famílias, o que se reflete na adoção de medidas que garantam uma comunicação clara e acolhedora, proporcionando um ambiente seguro e de confiança. O acompanhamento contínuo da equipe multidisciplinar é fundamental para garantir que o cuidado seja realizado de maneira eficiente e que o paciente e seus acompanhantes se sintam ouvidos e respeitados.

Educação Permanente: Capacitação Contínua e Atualização Profissional

A eficiência na prestação de serviços de saúde está diretamente relacionada à formação e capacitação dos profissionais. Assim, a Policlínica estabelece a Educação Permanente como um dos pilares estratégicos para a melhoria contínua dos serviços oferecidos. O programa proposto abrange tanto a atualização técnica quanto o desenvolvimento de habilidades comportamentais, de modo a otimizar o tempo de aprendizado e reduzir riscos assistenciais.

A utilização de materiais de apoio, como folhetos ilustrados e cartilhas, em conjunto com o emprego de mídias digitais, como vídeos explicativos e infográficos, contribui para a disseminação do conhecimento de forma acessível e didática. Essas ferramentas educacionais são fundamentais para promover a saúde em diferentes espaços, desde a sala de espera até as redes sociais, proporcionando um alcance maior e facilitando a compreensão das orientações de saúde por parte dos pacientes e seus acompanhantes.

Relativamente Incapazes: Gestão de Conflitos e Resolução de Impasses

Um dos aspectos mais desafiadores na prestação de cuidados é o atendimento a pacientes relativamente incapazes, cuja condição demanda ponderação e sensibilidade, especialmente em situações onde ocorrem conflitos entre os interesses desses pacientes e de seus familiares. A legislação brasileira, em especial o Código Civil e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define claramente as responsabilidades legais no que diz respeito à representação e assistência de incapazes e relativamente incapazes. Nesse contexto, a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, por meio de sua equipe multiprofissional, assegura que todos os protocolos sejam rigorosamente seguidos, respeitando as diretrizes legais e éticas.

Os relativamente incapazes – como maiores de 16 anos e menores de 18, pessoas com dependência química ou que apresentem transtornos temporários ou permanentes – exigem

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

cuidados especiais, sendo fundamental a atuação de curadores ou representantes legais. A Policlínica compromete-se a mediar situações de conflito, utilizando técnicas de conciliação, sempre com o objetivo de buscar soluções consensuais que preservem os interesses do paciente.

Procedimentos Legais e Éticos: Diretrizes Antecipadas de Vontade

A Resolução CFM nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina permite que pacientes definam suas diretivas antecipadas de vontade, registrando previamente suas preferências quanto aos cuidados e tratamentos que desejam ou não receber em caso de incapacidade futura. A Policlínica encoraja os pacientes que se encontram aptos a exercer sua vontade a nomearem um representante legal ou redigirem uma procuração, garantindo que suas decisões sejam respeitadas durante o período de internação e tratamento. Esse procedimento visa minimizar conflitos futuros e assegurar que as preferências do paciente sejam levadas em consideração.

Abordagem em Casos de Incapacidade Transitória

Em situações de incapacidade transitória, a nomeação prévia de um representante legal elimina obstáculos ao atendimento assistencial. Quando não há um responsável legal designado, o médico responsável deve avaliar se o paciente possui condições de decidir sobre seu tratamento. Na ausência dessa capacidade, cabe à equipe médica tomar as decisões necessárias para garantir a saúde e a integridade do paciente, seguindo os princípios éticos e legais vigentes.

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse reforça seu compromisso com a promoção de boas práticas assistenciais, pautadas no respeito às legislações vigentes e na valorização da vida e dignidade dos pacientes, especialmente aqueles considerados relativamente incapazes. A adoção de medidas educativas e de conciliação de conflitos reflete a missão da Policlínica em promover um atendimento humanizado e eficiente, assegurando que os direitos e interesses de todos os pacientes sejam devidamente respeitados e protegidos.

Orientações para Acompanhantes durante a Realização de Exames na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse busca garantir um atendimento de excelência e humanizado, assegurando que tanto os pacientes quanto seus acompanhantes

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

tenham uma experiência positiva durante a realização de exames. Para isso, é necessário seguir as seguintes orientações sobre a permanência de acompanhantes e a condução dos exames:

Permanência de Acompanhantes Durante Exames

A presença de um acompanhante será permitida nos seguintes casos, conforme as legislações específicas:

- **Pacientes com até 18 anos incompletos:** De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n° 8.069/1990, art. 12).
- **Pacientes maiores de 60 anos:** Conforme o Estatuto do Idoso (Lei n° 10.741/2003, art. 16).
- **Pacientes com deficiência ou necessidades especiais:** Conforme o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n° 13.146/2015, art. 18).

A permanência do acompanhante é fundamental nesses casos, visando garantir o suporte necessário ao paciente durante os exames, sempre respeitando as normas de segurança e higiene da unidade.

Informações sobre os Exames

Antes da realização de qualquer exame, o paciente será informado sobre o procedimento pelo enfermeiro responsável da unidade. Serão fornecidas as seguintes informações:

- **Duração e descrição do exame:** O paciente será orientado sobre o tempo de duração e a natureza do exame, como a aplicação de gel no caso de ultrassom ou o uso de eletrodos em eletrocardiogramas.
- **Necessidade de contraste:** Caso o exame requeira a utilização de contraste, o paciente será devidamente informado sobre o procedimento.
- **Resultados:** Os resultados dos exames serão entregues em documento próprio, laudado por um médico especialista e encaminhado ao médico solicitante. A data de retirada será informada previamente no setor de emissão de resultados.
- **Esclarecimentos:** Eventuais dúvidas sobre o exame poderão ser esclarecidas pelo médico executor logo após a realização do procedimento.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Direitos dos Acompanhantes

Os acompanhantes têm direito a:

- Atendimento respeitoso e digno, sem discriminação de qualquer natureza.
- Identificação do profissional de saúde: Todos os profissionais devem usar crachá visível com nome, fotografia e setor.
- Informações claras e compreensíveis sobre o estado de saúde do paciente, procedimentos realizados e cuidados necessários após a alta.
- Treinamento e orientações claras: Quando necessário, o acompanhante será instruído sobre como auxiliar no tratamento do paciente após o procedimento, recebendo orientações por escrito de forma legível.

Deveres dos Acompanhantes

Os acompanhantes devem:

- Oferecer informações precisas sobre o histórico de saúde do paciente, incluindo doenças prévias, alergias e uso de medicamentos.
- Abster-se de administrar medicamentos não prescritos pela equipe médica durante a permanência na Unidade de Saúde.
- Seguir as orientações da equipe de saúde, respeitando o ambiente da Unidade de Saúde e as normas de higiene e segurança.
- Manter o ambiente limpo e organizado, contribuindo para o bem-estar de todos os presentes na unidade.
- Informar à equipe médica qualquer alteração na condição de saúde do paciente.

Além disso, o acompanhante deve estar sempre identificado, utilizar apenas as cadeiras e poltronas destinadas a ele, e evitar deitar-se nas camas hospitalares. O comportamento do acompanhante deve ser sempre respeitoso e colaborativo, buscando manter a tranquilidade no ambiente.

Direitos dos Pacientes

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Os pacientes da Policlínica têm os seguintes direitos assegurados:

- Receber atendimento digno e respeitoso, sem ser tratado de maneira desumanizadora ou preconceituosa.
- Ser identificado corretamente pelo seu nome e sobrenome.
- Ser informado previamente sobre qualquer tratamento ou procedimento, incluindo riscos, benefícios, alternativas, e a possibilidade de recusa, exceto em situações de risco de vida iminente.
- Privacidade e confidencialidade: O paciente tem direito à privacidade em todos os procedimentos e ao sigilo de suas informações de saúde.

Deveres dos Pacientes

Os pacientes devem:

- Fornecer informações completas e verídicas sobre sua saúde, histórico de doenças e tratamentos anteriores.
- Cumprir as orientações médicas, inclusive quanto ao uso de medicamentos prescritos e realização dos exames.
- Esclarecer quaisquer dúvidas com a equipe médica, a fim de garantir que compreendeu as orientações sobre o tratamento.
- Indicar um familiar ou responsável para tomar decisões em seu nome, caso seja necessário.

Critérios para Acompanhantes: Guia de Orientação

Direito ao Acompanhamento:

- Pacientes idosos com mais de 60 anos.
- Crianças e adolescentes menores de 18 anos.
- Pacientes com deficiência ou necessidades especiais.

Deveres do Acompanhante:

- Permanecer junto ao paciente durante o atendimento, oferecendo o suporte necessário.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Seguir as orientações da equipe de saúde, garantindo a segurança e o bem-estar de todos.
- Manter o ambiente limpo e organizado.
- Utilizar apenas as poltronas destinadas aos acompanhantes e evitar sentar-se nas camas hospitalares.

Proibições:

- Não é permitido fumar nas dependências da unidade.
- Não será permitida a entrada com alimentos, cigarros ou objetos de valor.
- O acompanhante deve evitar o uso de trajes inadequados, como shorts muito curtos ou blusas regatas, respeitando as normas de vestimenta da instituição.

2.2.2.1. Proposta de implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário

Reconhecendo o paciente como a principal razão de suas atividades, a ABEAS implementará na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse um serviço específico para atendimento ao usuário: o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU). Este será o canal de comunicação entre os pacientes e a unidade de saúde, com o objetivo de acolher sugestões, registrar reclamações, fornecer informações e esclarecer dúvidas. Além disso, o SAU servirá como uma ferramenta essencial para adaptar e aprimorar continuamente os serviços prestados, garantindo que as necessidades e expectativas dos usuários sejam sempre atendidas de forma eficiente e humanizada.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta do usuário em geral, com espaço de recepção das manifestações dos usuários, para melhor qualificar a gestão. A implantação do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), estruturada e articulada com a participação do usuário, contribuirá para o fortalecimento da gestão participativa.

O processo de escuta do usuário se dá individualmente, porém, o SAU tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

Passos para a implantação do SAU

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

❖ **Mobilização para a criação do SAU:**

A primeira etapa para implantação do SAU é a de definição de sua necessidade dentro da Policlínica ao qual estará vinculada. Segue-se o apoio em sua efetivação, para que possa cumprir seu papel com legitimidade e autonomia. Para isso, os gestores de saúde, bem como seus funcionários e a comunidade alvo, devem estar conscientes para Implantação de SAU, das atribuições do SAU e dispostos a colaborar com seu trabalho. Assim, pode organizar palestras e oficinas internas com essa finalidade.

- Definição do organograma;
- Clareza quanto aos objetivos de implantação da SAL:
- Tratam-se dos propósitos a serem alcançados pelo SAU, podendo ser relacionados. Ampliar a participação dos usuários na gestão.
- Possibilitar à instituição a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.
- Subsidiar a gestão nas tomadas de decisões e na resolução da informação do usuário.
- Estruturação do SAU (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho).

❖ Estrutura Física: deve-se observar:

- Espaço físico determinado.
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao usuário.
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados).
- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço.
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Portanto, o local escolhido deve ser adequado para a execução das funções, tais como acolhimento das manifestações, incluindo espaço específico e adequado para o atendimento presencial, análise e acompanhamentos das manifestações e gestão dos dados do SAU. Sugere-se a criação de um espaço reservado para garantir um acolhimento privativo ao usuário.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

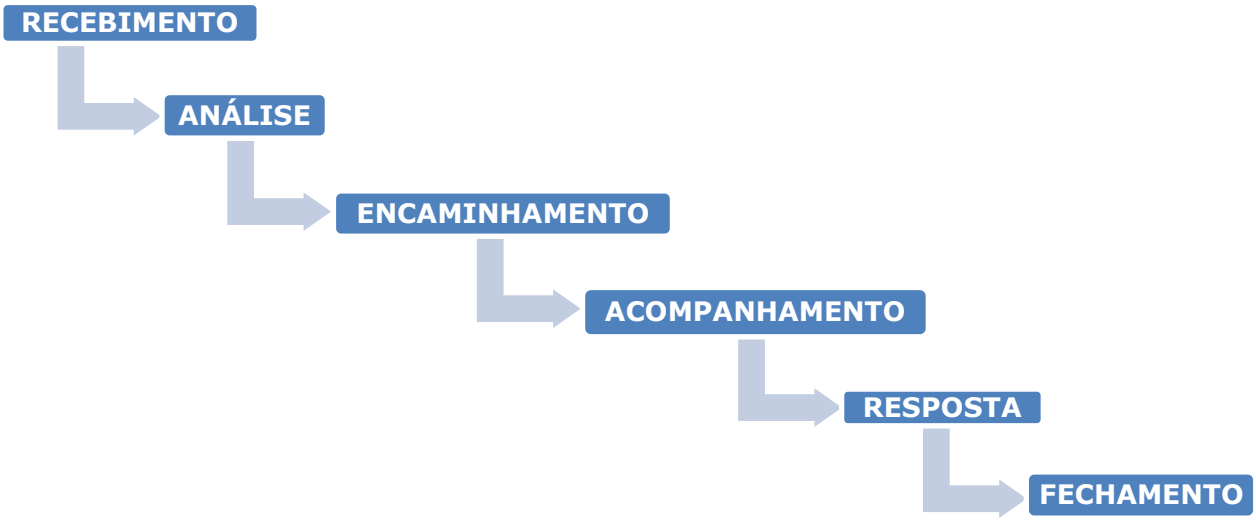
No processo de escolha do local, é importante que os responsáveis pela implantação do SAU estejam atentos a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais, como rampa de acesso, entre outros.

Para a adequação do espaço ao trabalho do SAU sugere-se que o local possua mobiliário, mínimo, como cadeira, mesa, armário (material de escritório em geral), computador, impressora, aparelho telefônico e fax.

- **Divulgação do serviço para os usuários.**

Estrutura de fluxo de trabalho:

O fluxo de trabalho aqui entendido envolve o caminho percorrido pela manifestação do usuário internamente e externamente ao SAU. Fluxo de trabalho interno refere-se aos processos de recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e fechamento das demandas.



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

2.2.2.2. Proposta de desenvolvimento das ações de ouvidoria, vinculada à SES, com pesquisa de satisfação

A Ouvidoria em Saúde é um instrumento estratégico e democrático, essencial para a comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando um canal efetivo de interação quanto aos serviços prestados. Como parte integrante da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, a Ouvidoria visa fortalecer os mecanismos de participação social e aprimorar a gestão participativa do SUS.

A fim de garantir a consolidação do SUS e a satisfação dos usuários, é fundamental proporcionar ao cidadão um espaço acessível e eficiente, onde ele possa solicitar informações, registrar sugestões, elogios, reclamações e denúncias, assegurando respostas ágeis e resolutivas para suas demandas. Nesse sentido, a implantação de uma unidade de Ouvidoria, com processos de trabalho qualificados, é imprescindível. A proposta contempla a gestão participativa, assegurando a democratização da informação em saúde e garantindo um atendimento eficaz, capaz de mediar conflitos e buscar soluções de forma eficiente.

Adicionalmente, as manifestações coletadas pela Ouvidoria deverão ser sistematizadas em relatórios gerenciais detalhados, oferecendo subsídios valiosos aos gestores para a identificação de problemas recorrentes e para a implementação de melhorias contínuas nas políticas de saúde da Policlínica. Esses relatórios servirão como uma ferramenta crucial para o desenvolvimento de ações corretivas e preventivas, promovendo um ciclo de retroalimentação positiva para o aprimoramento dos serviços de saúde.

Com isso, propomos que a Ouvidoria na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse funcione como uma engrenagem vital para a evolução da política de saúde pública, consolidando-se como um espaço de escuta ativa e de soluções inovadoras e eficazes.

O Papel das Ouvidorias no SUS

As ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) desempenham um papel estratégico fundamental para a gestão do sistema. Ao promover o diálogo entre a sociedade e os gestores, elas fortalecem a participação ativa do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde prestados.

Essa forma de controle social é crucial para o aprimoramento contínuo da gestão pública e para o desenvolvimento gradual do SUS. Nas ouvidorias, o cidadão pode manifestar-

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

se por meio de solicitações de informações e orientações em saúde, bem como através de sugestões, elogios, reclamações e denúncias.

Diante das demandas apresentadas pelo cidadão e das responsabilidades legais dos gestores, as ouvidorias assumem a função de orientar, encaminhar, monitorar e fornecer respostas claras sobre as providências adotadas para cada situação.

Nesse sentido, as ouvidorias do SUS atuam como instrumentos estratégicos na promoção da cidadania em saúde. Elas organizam e interpretam as informações recebidas, baseando-se em princípios como credibilidade, ética e respeito ao cidadão.

Embora o processo de escuta ocorra individualmente, a Ouvidoria tem a responsabilidade de sistematizar essas manifestações, permitindo a elaboração de indicadores abrangentes. Esses dados servem como suporte estratégico para a tomada de decisões, contribuindo diretamente para o fortalecimento e aperfeiçoamento da gestão do SUS.

Base Legal das Ouvidorias do SUS

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito universal e um dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, deu início à regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um sistema integrado de assistência à saúde garantido pelo Estado brasileiro e gerido em parceria entre o Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais, com a essencial participação popular na gestão, controle e fiscalização dos serviços de saúde.

Ao longo do tempo, diversos marcos legais têm impulsionado a institucionalização de mecanismos de participação popular na gestão da saúde. Um exemplo importante é a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabeleceu a criação dos conselhos e conferências de saúde, permitindo uma atuação mais efetiva da sociedade civil organizada.

Nesse cenário, a Ouvidoria surge como uma ferramenta que reforça a função legal das instâncias de gestão e controle social, porém com uma identidade própria. A Ouvidoria complementa o trabalho dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria, oferecendo ao cidadão um canal para expressar suas demandas e participar ativamente da gestão da saúde pública.

As ouvidorias do SUS baseiam-se nos princípios e diretrizes que orientam as ações e os serviços de saúde, conforme previsto nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

na Lei nº 8.080/1990. A aplicação desses princípios nas atividades das ouvidorias fortalece o papel do cidadão na gestão pública em saúde.

Princípios aplicados às Ouvidorias do SUS:

Universalidade

Todos os cidadãos têm o direito de manifestar-se sobre o sistema de saúde. Portanto, é dever do Poder Público garantir que o serviço de Ouvidoria esteja acessível à população, permitindo o exercício do direito de expressão e participação.

Equidade

Todos os cidadãos devem ter acesso gratuito aos serviços de Ouvidoria, independentemente de sua localização ou situação social. As manifestações podem ser feitas pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou outras formas de comunicação. Cabe aos gestores do SUS divulgar amplamente as formas de acesso disponíveis.

Integralidade

As demandas recebidas pelas ouvidorias devem ser tratadas de forma abrangente, contemplando os aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde, a fim de garantir uma resposta que atenda às diversas dimensões do cuidado em saúde.

Regionalização

Este princípio assegura que as políticas de saúde sejam ajustadas às necessidades específicas de cada região, levando em conta as peculiaridades sociais e territoriais. O serviço de Ouvidoria deve estar presente nas secretarias estaduais e municipais de saúde, capitais, cidades com mais de 100 mil habitantes, polos regionais e nas sedes de consórcios municipais, conforme acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) e conselhos de saúde.

Hierarquização

Na organização das ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos do SUS, garantindo que as demandas sejam adequadamente direcionadas dentro da estrutura do sistema de saúde.

Participação da Comunidade

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

É responsabilidade dos gestores do SUS promover a interação entre os serviços de Ouvidoria e os respectivos conselhos de saúde, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a gestão da saúde pública.

Descentralização

A criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria deve ser incentivada nas três esferas de governo. O princípio da descentralização no SUS implica na transferência de responsabilidades de gestão para estados e municípios, conforme definido pela legislação. Esse processo visa promover a participação ativa da sociedade nas decisões e no controle da gestão da saúde, constituindo um desafio constante para a administração pública responsável.

A descentralização, portanto, é um fator essencial para assegurar a efetiva participação popular e a melhoria contínua na gestão do SUS.

História da Ouvidoria do SUS no Brasil

A primeira tentativa de regulamentar o papel do ouvidor e da ouvidoria no Brasil ocorreu em 1923, com o deputado constituinte José de Souza Mello. Mais tarde, em 1988, a Comissão de Notáveis, liderada pelo jurista Afonso Arinos, tentou incluir o instituto do ouvidor no texto da Constituição Brasileira.

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 37, parágrafo 3º, prevê a criação de uma lei que discipline a participação dos usuários na administração pública direta e indireta, regulando reclamações relativas à prestação de serviços públicos, assegurando o atendimento ao usuário e a avaliação periódica da qualidade dos serviços.

Nos Artigos 196 a 200 da mesma Constituição, a saúde é definida como um direito de todos e um dever do Estado, e o SUS é instituído com a participação da comunidade como uma de suas diretrizes. A criação de ouvidorias é vista como uma ferramenta para consolidar essa diretriz, promovendo a interação entre os cidadãos e os gestores de saúde.

Avanços na regulamentação e fortalecimento das ouvidorias:

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS (Portaria MS/GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007)

A política prevê a criação de ouvidorias como uma maneira de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Este decreto define a estrutura regimental do Ministério da Saúde e atribui ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS a responsabilidade de apoiar e estimular a criação de ouvidorias descentralizadas de saúde.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009)

A carta assegura aos cidadãos o direito de expressar queixas, denúncias, sugestões e outras manifestações através de ouvidorias, garantindo a privacidade, sigilo e confidencialidade.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Regulamentação da Lei nº 8.080/1990)

Esse decreto regulamenta a Lei Orgânica do SUS, estabelecendo que a gestão do sistema deve apurar constantemente as necessidades e a satisfação dos usuários. O decreto também organiza o SUS em regiões de saúde, fomentando a descentralização e a cooperação entre os entes federados.

As regiões de saúde, instituídas pelo Estado em articulação com seus municípios, têm como objetivos principais:

- Garantir acesso resolutivo e de qualidade aos serviços de saúde, incluindo atenção primária, vigilância, atenção psicossocial e atendimento ambulatorial especializado.
- Promover a descentralização com responsabilidades compartilhadas entre os entes federados, favorecendo a ação solidária e cooperativa.
- Reduzir desigualdades regionais por meio da conjugação inter federativa de recursos.

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)

Instituído pelo Decreto nº 7.508/2011, o COAP é um acordo de colaboração entre os entes federativos em uma região de saúde, com o objetivo de integrar e organizar as ações e serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência à população. O contrato é assinado pelos prefeitos e secretários de saúde municipais, pelo governador estadual e o Ministro da Saúde.

A avaliação da execução do COAP é realizada por meio do Relatório de Gestão, que deve ser acompanhado pelos respectivos conselhos de saúde, assegurando o monitoramento e a transparência na prestação dos serviços de saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Assim, a história da Ouvidoria do SUS no Brasil reflete a contínua evolução de um canal de diálogo fundamental para fortalecer a participação popular e melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde.

Implantação Ouvidoria Na Policlínica Estadual Da Região Nordeste – Posse

Objetivo:

A implantação da Ouvidoria na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse pela ABEAS visa garantir a todos os usuários desta unidade de saúde o direito de apresentar suas reivindicações, elogios, reclamações e manifestações diretamente à gestão. A Ouvidoria será um mecanismo ágil e eficaz para a defesa dos direitos dos usuários, em conformidade com a Lei nº 13.460/2017 e o Decreto nº 9270/2018, que estabelecem a Ouvidoria como ferramenta de avaliação da efetividade e um processo contínuo de aperfeiçoamento da gestão.

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse será uma força transformadora, promovendo uma gestão mais flexível e comprometida em atender as necessidades dos usuários. Por outro lado, ela também atuará como incentivadora da prestação de serviços públicos com qualidade e eficiência, assegurando direitos e sendo, assim, uma ferramenta a serviço da democracia e do cumprimento das garantias fundamentais de todos os usuários.

As sugestões, reclamações, queixas e elogios possibilitarão uma avaliação contínua dos serviços prestados e uma análise de medidas corretivas, sempre visando melhorias. A resolução rápida de todas as demandas apresentadas à Ouvidoria será uma prioridade, e a ABEAS se compromete a responder a todas as solicitações em um prazo inferior a 20 (vinte) dias, garantindo resolutividade ao processo.

Objetivo da Ouvidoria na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse:

O propósito da Ouvidoria é assegurar uma comunicação eficaz entre o usuário/cidadão e a Administração da unidade, criando um canal adequado para a resolução de conflitos. A Ouvidoria orientará, encaminhará, acompanhará as providências adotadas e responderá de maneira eficiente ao cidadão. Quando a questão não for de competência da Ouvidoria, o usuário será auxiliado a encontrar o órgão correto para a resolução de sua demanda.

Dessa forma, a Ouvidoria será um pilar importante na melhoria contínua dos serviços prestados e no fortalecimento da relação entre a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse e seus usuários.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Criação da Ouvidoria

A Ouvidoria atenderá tanto o público interno quanto o público externo.

O público interno inclui os colaboradores da unidade, tanto empregados quanto servidores públicos, que terão à disposição um canal democrático para expressar seus anseios e contribuições. A Ouvidoria para esse público funcionará como um instrumento de gestão participativa, incentivando a comunicação e colaboração direta com a administração.

Já o público externo é composto pelas pessoas que utilizam os serviços da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, seus familiares e acompanhantes. Para eles, a Ouvidoria será um espaço para apresentar denúncias, reclamações, sugestões, elogios, entre outras manifestações.

Qualquer cidadão, seja do público interno ou externo, poderá utilizar a Ouvidoria para se manifestar de forma livre, sem nenhum tipo de ônus.

A ABEAS se compromete a garantir o acesso fácil e abrangente à Ouvidoria, disponibilizando múltiplos canais de comunicação, como e-mail, carta, formulários eletrônicos no site, telefone, atendimento presencial e caixas de coleta com formulários impressos na unidade. Essa diversidade de opções visa assegurar que todos os usuários possam se expressar da maneira mais conveniente e acessível.

Estrutura da Ouvidoria: Estrutura Física

Para a implantação da estrutura física destinada à execução das funções da Ouvidoria, que incluem acolhimento, atendimento presencial, análise e acompanhamento das manifestações, além da gestão de dados, é necessário observar os seguintes aspectos:

I. Espaço físico adequado para atendimento presencial, que garanta privacidade e confidencialidade quando necessário;

II. Localização estratégica, de fácil acesso e visibilidade para todos os cidadãos, com atenção especial à acessibilidade de pessoas com deficiência, idosos, gestantes ou indivíduos com dificuldades de locomoção. Isso inclui rampas de acesso e outras adaptações necessárias;

III. Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço, como cadeiras, mesas, armários, material de escritório, computadores, impressoras e aparelhos telefônicos;

IV. Conectividade, com disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet para garantir a eficiência no atendimento.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Considerando a necessidade de um ambiente que suporte uma alta demanda de fluxo de pessoas e ofereça fácil acesso aos interessados, sugerimos que a Ouvidoria seja instalada no lado direito da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, próxima à recepção principal. Esse local apresenta um fluxo significativo de pessoas e, por estar localizado perto da entrada da unidade, oferece um acesso estratégico e facilitado aos cidadãos.

Profissionais da Ouvidoria

Os profissionais que atuarão na Ouvidoria deverão possuir as habilidades necessárias para essa função, além de passarem por capacitação específica para garantir o desempenho com zelo e eficiência. Embora a função de Ouvidor seja relativamente nova, não é exigida formação específica, mas existem diversos cursos de formação e aperfeiçoamento que podem orientar os colaboradores no desempenho dessa atividade.

A formação da equipe dependerá das condições atuais de funcionamento e da necessidade da unidade, a ser verificada após a implantação da Ouvidoria. No entanto, inicialmente, a equipe deve ser composta por, no mínimo:

- 01 Ouvidor: Responsável pela Ouvidoria;
- 01 Técnico de Atendimento;
- 01 Técnico para o tratamento das demandas.

Esses profissionais deverão buscar conhecimento sobre as atividades do setor e passar por treinamentos que os capacitem a tratar os cidadãos com respeito, empatia e genuinidade. Algumas habilidades são essenciais para o perfil desses colaboradores, como:

Ouvidor: Devido às particularidades do trabalho em ouvidorias, os profissionais que atuarão na Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse devem apresentar as seguintes competências:

I. Capacidade de ouvir e compreender as diversas formas de manifestação dos cidadãos;

II. Reconhecer os cidadãos como sujeitos de direito, sem qualquer tipo de distinção;

III. Qualificar as expectativas dos cidadãos de forma adequada, identificando situações e seus contextos para que os gestores da unidade possam utilizá-las como oportunidades de melhoria;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

IV. Avaliar a efetividade das respostas, demonstrando os resultados produzidos, gerando dados e elaborando informações que possam subsidiar a gestão pública de maneira eficaz.

Com essas qualificações, os profissionais da Ouvidoria estarão aptos a atender os cidadãos de forma eficiente, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços prestados pela unidade.

Qualidade do Atendimento

Com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade no atendimento prestado aos usuários do SUS, e de institucionalizar a Ouvidoria SUS na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, a ABEAS adotará os seguintes princípios fundamentais:

I. Competência: Contar com profissionais capacitados e o uso de recursos tecnológicos adequados para o atendimento eficiente.

II. Confiabilidade: Cumprir rigorosamente os prazos e horários previamente estabelecidos, além de otimizar o tempo de resposta/resolução conforme a complexidade das demandas, sem comprometer a qualidade das respostas.

III. Credibilidade: Assegurar honestidade e integridade em todos os serviços prestados.

IV. Segurança: Garantir o sigilo das informações pessoais dos usuários, conforme estabelecido pela Lei n° 12.527 – Lei de Acesso à Informação.

V. Empatia: Demonstrar uma resposta emocional apropriada à situação do usuário, identificando-se com seus sentimentos ou reações, buscando compreendê-los de forma genuína.

VI. Linguagem Cidadã: Utilizar uma comunicação clara, acessível e de fácil compreensão, evitando o uso de jargões e termos técnicos, para proporcionar um atendimento adaptado às necessidades do cidadão.

VII. Linguagem Inclusiva: Garantir uma linguagem que não utilize expressões preconceituosas ou ofensivas a indivíduos ou grupos, promovendo respeito e inclusão.

VIII. Presteza: Demonstrar prontidão e vontade de servir, respondendo com agilidade e atenção às solicitações dos cidadãos.

IX. Cortesia: Tratar os cidadãos com respeito e cordialidade, valorizando o relacionamento com o público.

X. Flexibilidade: Agir com capacidade de adaptação a situações não previstas, respondendo de maneira eficaz a diferentes demandas.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XI. Respeito à Diversidade e Garantia de Acesso: Assegurar o atendimento a todas as pessoas, sem preconceitos, garantindo pleno acesso à Ouvidoria a todos os cidadãos.

Esses princípios visam assegurar que o atendimento da Ouvidoria não apenas atenda às expectativas dos cidadãos, mas também contribua para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela unidade.

Planejamento para a Implantação da Ouvidoria

I. Inclusão no organograma: A Ouvidoria será integrada ao organograma institucional, alinhada ao núcleo central de gestão, garantindo sua participação estratégica nas decisões da unidade.

II. Escolha do local de instalação: A localização da Ouvidoria deverá seguir os requisitos estabelecidos para compor a Rede de Ouvidorias do SUS, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento Ouvidoria-Geral do SUS. Ao integrar a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, em conjunto com a SES - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, a unidade passará a utilizar o sistema informatizado Ouvidor SUS. Este sistema permite otimizar os fluxos de trabalho, agilizando o recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta às manifestações. Além disso, gera relatórios gerenciais e facilita o cumprimento dos prazos com base nas legislações vigentes, sendo um importante recurso para a descentralização das ouvidorias e democratização das informações em saúde. Esta ferramenta será crucial para atender a população do Centro-Norte Goiano e oferecer suporte a outras regiões.

III. Seleção do Ouvidor e equipe: O processo de seleção do Ouvidor, que representará a Ouvidoria, deve ser conduzido com base na nomeação feita pelo Diretor Geral da unidade. Esse Ouvidor também será responsável por participar da formação da equipe que atuará na Ouvidoria.

IV. Instalação de urnas de manifestação: Em locais de grande circulação dentro da unidade, serão instaladas urnas identificadas, acompanhadas de formulários impressos para que os usuários possam registrar suas manifestações e participar de pesquisas de satisfação. Essas urnas visam facilitar o acesso dos usuários à Ouvidoria.

V. Divulgação da Ouvidoria: A Ouvidoria será amplamente divulgada por meio do site institucional, placas informativas em áreas de grande circulação, e outros canais apropriados. O objetivo é consolidar a Ouvidoria como um espaço democrático dentro da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, estimulando a conscientização dos usuários sobre seus direitos e responsabilidades no acesso a um serviço público de qualidade. Ao divulgar a existência e o

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

papel da Ouvidoria, os usuários serão informados sobre seus direitos, encorajados a exercer sua capacidade crítica, e incentivados a compartilhar suas opiniões sobre o serviço prestado.

VI. Informação acessível e clara: A unidade deverá publicar e destacar o local e horário de funcionamento da Ouvidoria, bem como disponibilizar o telefone e o e-mail de contato para facilitar o acesso dos usuários.

VII. Divulgação dos canais de acesso: A comunicação interna e externa sobre os meios de acesso e os horários de atendimento da Ouvidoria deve ser constante e clara, garantindo que todos, tanto colaboradores quanto usuários, estejam cientes das formas de contato e dos serviços oferecidos.

Esse planejamento visa assegurar que a Ouvidoria seja implantada de maneira eficiente, cumprindo seu papel de mediadora entre a população e a gestão, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços prestados.

Pesquisa de Satisfação da Ouvidoria

A Ouvidoria da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse terá como atribuição central a valorização e padronização dos processos, bem como a unificação dos sistemas de dados e a implantação de ferramentas para a realização de pesquisas de satisfação. Essas pesquisas poderão ser feitas por diversos meios, incluindo formulários digitais, físicos, e sistemas internos da unidade ou da própria Ouvidoria. Isso permitirá um aumento significativo na capacidade de coleta, armazenamento e análise de dados, otimizando a gestão da informação.

O objetivo principal dessas pesquisas é avaliar a eficiência, eficácia, efetividade e qualidade das estruturas, dos processos e dos atendimentos oferecidos aos cidadãos, fortalecendo continuamente uma gestão participativa e de alta qualidade no âmbito do SUS.

As pesquisas de satisfação dos usuários terão como meta principal medir o nível de atendimento da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse do ponto de vista daqueles que utilizam os serviços. Com base nas respostas, a gestão da ABEAS poderá obter uma visão concreta da qualidade dos serviços prestados, tanto aos usuários quanto aos visitantes da unidade.

Esses dados fornecerão informações cruciais para a tomada de decisões, permitindo a identificação das necessidades dos usuários, o grau de satisfação com os serviços prestados, e outros aspectos relevantes. A realização contínua dessas pesquisas terá como benefícios:

Definição de padrões de atendimento: Estabelecer critérios consistentes para a prestação de serviços de qualidade.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Identificação das necessidades dos usuários: Detectar áreas que requerem melhorias ou ajustes.

Simplificação de processos: Facilitar procedimentos administrativos e agilizar o atendimento ao público.

Avaliação da qualidade do atendimento: Monitorar e melhorar o serviço prestado com base no feedback dos usuários.

Medição da confiança e imagem institucional: Entender o grau de confiança que os usuários têm na instituição e como percebem a imagem da unidade.

Dessa forma, a pesquisa de satisfação será um instrumento essencial para promover uma gestão mais eficiente, alinhada às expectativas dos cidadãos, e para garantir que os serviços da Policlínica estejam sempre em constante aprimoramento.

Modelo de Pesquisa Net Promoter Score (NPS)

A metodologia Net Promoter Score (NPS) é amplamente utilizada devido à sua simplicidade e eficácia na avaliação da satisfação e lealdade dos usuários. O grande diferencial dessa metodologia é que se baseia em uma única pergunta direcionada aos usuários dos serviços, geralmente formulada da seguinte maneira: "Em uma escala de 0 a 10, o quanto você recomendaria o nosso serviço a um amigo ou colega?". A resposta é então utilizada para categorizar os usuários como promotores (9-10), neutros (7-8) ou detratores (0-6), fornecendo uma métrica direta e objetiva sobre a satisfação geral.

Vantagens do uso da metodologia Net Promoter Score (NPS) para pesquisas de satisfação:

Simplicidade e agilidade: O NPS é fácil de implementar, pois requer apenas uma pergunta. Isso reduz o tempo gasto pelos usuários ao responder e facilita a coleta de dados em grande escala.

Reconhecimento internacional: O NPS é amplamente reconhecido por grandes consultorias e institutos de pesquisa em todo o mundo como um indicador-chave da lealdade do cliente e da qualidade do serviço.

Métrica quantificável: O resultado da pesquisa NPS gera um valor numérico que facilita a análise e a comunicação dos resultados, tanto para a equipe interna quanto para partes externas envolvidas na gestão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Comparações internas e externas: A pesquisa permite que os resultados sejam comparados entre diferentes áreas da Policlínica ou mesmo com outras instituições e empresas que utilizam a mesma metodologia, oferecendo insights valiosos sobre o desempenho relativo da unidade.

Flexibilidade: Embora seja simples, o NPS pode ser complementado com perguntas adicionais para captar feedback qualitativo, proporcionando uma visão mais completa das percepções dos usuários.

Periodicidade da pesquisa:

A pesquisa de NPS será conduzida a cada três meses, o que permite uma avaliação contínua e a coleta de dados suficientes para identificar tendências ao longo do tempo. Essa periodicidade é adequada para acompanhar a evolução da percepção dos usuários em relação aos serviços prestados pela Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Além disso, a pesquisa pode ser aplicada em momentos estratégicos, como após a implementação de novos serviços ou mudanças nas rotinas e normas da unidade. Dessa forma, a gestão pode avaliar rapidamente o impacto de alterações no atendimento e ajustar suas práticas conforme necessário.

Apresentação dos resultados:

Os resultados da pesquisa NPS serão compilados em relatórios descritivos e gráficos comparativos, detalhando o desempenho da unidade ao longo do tempo. Esses relatórios deverão ser compartilhados com as áreas gestoras da Policlínica e também enviados à Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (SES/GO). A apresentação gráfica permitirá visualizar a evolução das métricas de satisfação e compará-las entre diferentes períodos, facilitando a identificação de melhorias ou áreas que necessitam de intervenção.

Além dos resultados quantitativos, é importante que o feedback qualitativo dos usuários também seja incorporado aos relatórios. Isso permitirá uma compreensão mais profunda das razões por trás das notas atribuídas, oferecendo à gestão insights mais detalhados sobre possíveis melhorias a serem realizadas.

Horário de atendimento e canais de acesso:

O canal de atendimento presencial da Ouvidoria funcionará das 07:00 às 19:00 horas, durante todos os dias da semana, garantindo um amplo período de atendimento para os usuários

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

que preferem a interação direta. Já os canais eletrônicos, como e-mail e formulários disponíveis no site da instituição, estarão acessíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana. Essa disponibilidade constante permite que os usuários registrem suas opiniões e experiências a qualquer momento, tornando o processo mais acessível e inclusivo.

Além disso, a existência de múltiplos canais de atendimento reforça o compromisso da Ouvidoria em oferecer diversas formas de comunicação para atender às necessidades de todos os perfis de usuários, garantindo que a participação ativa seja fácil e sem barreiras.

Considerações adicionais:

A aplicação da metodologia NPS e a periodicidade trimestral das pesquisas são passos cruciais para garantir que a Policlínica esteja em sintonia com as expectativas e necessidades dos usuários. O acompanhamento contínuo desses indicadores permitirá à gestão agir de maneira proativa, antecipando-se a possíveis problemas e aproveitando oportunidades de melhoria.

Essa abordagem, quando combinada com uma análise detalhada dos dados coletados, resultará em um serviço mais alinhado aos anseios da população, contribuindo para um ambiente de saúde mais eficiente, acolhedor e transparente. Além disso, a implementação de um atendimento presencial ampliado e de canais eletrônicos disponíveis ininterruptamente fortalecerá a capacidade da Ouvidoria de atender a uma diversidade de demandas de forma eficaz e oportuna.

Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse	**QUESTIONÁRIO OUVIDORIA**	**Data:**
IDENTIFICAÇÃO **1) QUAL O SEU NOME?** _____ **2) QUAL SERVIÇO UTILIZOU?** _____ **3) QUAL A DATA DO ATENDIMENTO?**		

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

_____ **4) Deixe aqui seu contato para que possamos lhe dar um retorno (e-mail, telefone):** _____ **5) Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria os nossos serviços a um amigo ou familiar?** _____ **6) Para que sua avaliação possa ser melhor, quais adequações recomenda que realizássemos?** _____ **7) De acordo com a sua avaliação o que oferecemos de bom?** _____ **Assinatura:** _____

2.2.2.3. Proposta de formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa, assim como para os colaboradores

Esta proposta tem como objetivo detalhar as diretrizes e práticas de acolhimento que serão oferecidas aos usuários, acompanhantes e colaboradores da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com ênfase nas ações destinadas às pessoas que residem em localidades diversas da região da policlínica.

Objetivos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Garantir um atendimento humanizado e acolhedor a todos os usuários e seus acompanhantes.
- Minimizar o impacto de deslocamentos longos para os pacientes provenientes de outras localidades.
- Promover um ambiente de trabalho acolhedor e respeitoso para os colaboradores.

Acolhimento para Usuários e Acompanhantes

1. Recepção Humanizada

Treinamento de Equipe: A equipe de recepção e atendimento será treinada para oferecer um atendimento cortês e empático, garantindo que todos se sintam bem recebidos.

Orientações Claras: Logo na chegada, os usuários e acompanhantes receberão instruções detalhadas sobre os procedimentos da policlínica, incluindo horários de atendimento, especialidades médicas e localização de cada setor.

Suporte na Chegada: Para pacientes que vierem de outras localidades, haverá um ponto de apoio especial que fornecerá informações sobre transporte, alimentação e hospedagem.

2. Assistência para Residentes de Outras Localidades

Serviço de Orientação e Apoio: Haverá uma equipe responsável por dar suporte aos pacientes de outras cidades. Esse serviço incluirá:

- **Informações sobre Hospedagem:** Parcerias com hotéis e pousadas locais para oferecer condições especiais aos pacientes e acompanhantes que precisarem pernoitar.
- **Transporte:** Orientações sobre serviços de transporte públicos e privados, com sugestões de trajetos e horários adequados.
- **Alimentação:** Fornecimento de informações sobre locais para alimentação próximos à unidade, além de um espaço próprio dentro da policlínica com itens básicos para refeições rápidas.

3. Espaço de Convivência

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Sala de Espera Aconchegante: Áreas de espera climatizadas e com cadeiras confortáveis para garantir o bem-estar dos usuários e acompanhantes durante a permanência na policlínica.

Sala de Apoio: Um espaço será destinado ao descanso de acompanhantes e usuários em longas esperas, equipado com poltronas, água, chá e café.

4. Atendimento Personalizado

Agendamento Flexível: Para facilitar o deslocamento de pacientes de fora da cidade, a policlínica oferecerá horários de consulta ajustados, sempre que possível, para minimizar o tempo de espera e otimizar o planejamento de transporte.

Acompanhamento Integral: A equipe de atendimento garantirá que o usuário e acompanhante sejam monitorados em todas as etapas do processo, oferecendo orientações em tempo real e esclarecendo dúvidas.

Acolhimento para Colaboradores

1. Espaço de Bem-estar

Sala de Descanso: Um local reservado para os colaboradores descansarem durante os intervalos, equipado com sofás confortáveis, bebidas e lanches saudáveis.

Atividades de Descompressão: Serão oferecidas atividades relaxantes, como sessões de alongamento, yoga ou meditação, para promover o bem-estar mental e físico da equipe.

2. Capacitação Contínua

Treinamento em Humanização: Todos os colaboradores, incluindo os de áreas administrativas e de limpeza, participarão de treinamentos voltados para o acolhimento humanizado, com foco na empatia, comunicação clara e eficiente.

Apoio Psicológico: Disponibilização de apoio psicológico para colaboradores, especialmente para aqueles que enfrentam situações de stress elevado devido à rotina intensa de trabalho.

Com esta proposta, a ABEAS visa promover um ambiente de acolhimento e suporte integral para todos que frequentam a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. O foco no

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

atendimento humanizado e na melhoria das condições de trabalho dos colaboradores contribuirá diretamente para a satisfação dos usuários e para a eficiência do serviço prestado.

2.2.2.4. Proposta da ABEAS para Formas de Acomodação e Conduta para Acompanhantes, com Ênfase em Idosos, Crianças, Adolescentes e Pessoas com Necessidades Especiais, em Conformidade com a Legislação Vigente.

Orientações Gerais aos Acompanhantes

A participação do acompanhante é fundamental para a recuperação e bem-estar do paciente. No entanto, algumas orientações são necessárias para garantir que a permanência na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse s ocorra de forma organizada e respeitosa para todos:

- Mantenha o silêncio. Lembre-se de que você está em uma unidade de saúde, e o ambiente deve ser tranquilo para a recuperação dos pacientes.
- Use o celular no modo silencioso e só atenda ligações em casos de urgência.
- Higienize as mãos antes e depois de qualquer contato com o paciente, garantindo a segurança de todos.
- Um acompanhante por paciente. Apenas um acompanhante maior de idade é permitido para cada paciente na unidade.
- Evite acompanhar o paciente caso esteja com algum problema de saúde que possa comprometer o ambiente da Unidade de Saúde.
- Não utilize a cama do paciente. A cama é destinada exclusivamente para o uso do paciente.
- Preserve a privacidade do paciente. Respeite a intimidade e o espaço pessoal do paciente em todos os momentos.
- Siga os horários estabelecidos para procedimentos técnicos, colaborando com a equipe de saúde.
- Não manuseie equipamentos da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Em caso de dúvidas, solicite assistência da equipe médica.
- Informe à equipe de enfermagem caso precise se ausentar temporariamente.

Acompanhamento Humanizado e Personalizado

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Nos serviços de saúde, enfrentamos desafios complexos envolvendo profissionais, pacientes e seus acompanhantes. Um dos maiores desafios é compreender as diferenças entre os pacientes, considerando aspectos como idade, cultura, etnia e religião. Cada paciente requer uma abordagem individualizada, que demanda empatia e compreensão.

A humanização no atendimento é um fator crucial para o sucesso na prestação de serviços de saúde. Nesse contexto, é essencial a implantação de programas de educação e capacitação contínua, tanto para os profissionais de saúde quanto para os acompanhantes e cuidadores. Esses programas devem incluir demonstrações teóricas e práticas, a fim de garantir que os cuidados prestados sejam executados de maneira eficiente e segura, sob a supervisão constante de uma equipe multidisciplinar.

Educação Permanente e Tecnologias de Informação

Para garantir a qualidade dos serviços, os profissionais da Policlínica precisam estar constantemente atualizados. Um programa de Educação Permanente é necessário, focado tanto em procedimentos técnicos quanto em aspectos comportamentais. A capacitação contínua permite otimizar o tempo de aprendizado e minimizar riscos assistenciais, assegurando a satisfação dos pacientes e acompanhantes.

A disseminação do conhecimento pode ser facilitada por meio de folhetos informativos e cartilhas ilustrativas, que contextualizam a situação do paciente e detalham os cuidados essenciais. Com os avanços tecnológicos, o uso de mídias digitais torna-se uma ferramenta poderosa para ampliar o acesso à informação. Conteúdos educativos podem ser disponibilizados em redes sociais e ambientes virtuais, como salas de estar digitais, promovendo o engajamento e o entendimento dos acompanhantes de maneira prática e acessível.

Atenção Especial aos Relativamente Incapazes

Um aspecto de extrema importância para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse refere-se ao cuidado com pacientes relativamente incapazes, como idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiências ou limitações. Em situações de conflito entre os interesses desses pacientes e seus familiares, é fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para lidar com essas questões de forma ética e sensível.

Diversas legislações abordam os direitos e a tomada de decisões em nome de pacientes relativamente incapazes, especialmente em casos onde não existe um responsável legal definido. O Código Civil Brasileiro define em seu artigo 3º que menores de 16 anos são

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, devendo suas decisões ser tomadas por seus representantes legais.

A ABEAS, por meio de sua parceria com a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, compromete-se a preparar e capacitar todo o corpo profissional da unidade para atuar em situações de conflito, utilizando técnicas de mediação e conciliação. A equipe multiprofissional estará apta a buscar soluções adequadas, sempre visando o melhor interesse do paciente e a resolução pacífica de quaisquer divergências.

Essa abordagem humanizada e atenta às especificidades dos pacientes e seus acompanhantes é o pilar central da proposta da ABEAS para a Policlínica, garantindo um atendimento de saúde eficaz, seguro e inclusivo, respeitando os direitos e a dignidade de todos os envolvidos.

Orientações e Considerações sobre Relativamente Incapazes e a Tomada de Decisões Legais

O Código Civil Brasileiro estabelece diretrizes claras quanto aos indivíduos considerados relativamente incapazes, ou seja, aqueles que, embora possam realizar alguns atos da vida civil, necessitam de assistência para a prática de outros. Entre esses, incluem-se:

- Maiores de 16 e menores de 18 anos;
- Ébrios habituais, pessoas dependentes de substâncias tóxicas e pródigos (indivíduos que têm dificuldades em administrar seus bens);
- Pessoas que, por causa transitória ou permanente, não conseguem expressar sua vontade própria.

Para esses indivíduos, a incapacidade é relativa, ou seja, eles podem praticar certos atos da vida civil, mas necessitam de assistência de seus representantes legais para outros, assegurando que suas decisões estejam de acordo com seus melhores interesses.

Além do Código Civil, outras legislações abordam o tema da incapacidade, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define que menores de 16 anos devem ser representados por pais ou tutores, e que jovens entre 16 e 18 anos devem ser assistidos por seus pais ou curadores.

Idosos e Pacientes Clínicos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

É importante ressaltar que, no contexto de saúde, idosos e pacientes enfermos, exceto os considerados pródigos ou viciados em tóxicos, são plenamente capazes de tomar decisões, desde que possam expressar sua vontade de maneira clara. Portanto, a capacidade de nomear um responsável legal ou outorgar uma procuração permanece resguardada, desde que o indivíduo esteja em condições de fazer essa escolha de forma autônoma.

Esse entendimento está em consonância com as disposições do Código Civil, que reconhece que a capacidade civil é mantida enquanto houver condições clínicas para tal. Dessa forma, é possível que o paciente nomeie um representante legal por meio de um Termo de Nomeação de Responsável Legal ou conceda uma procuração a uma pessoa de confiança, sem a necessidade de assistência judicial.

Curatela de Relativamente Incapazes Maiores de Idade

Quando se trata de relativamente incapazes maiores de idade, o Código Civil determina que eles estão sujeitos à curatela, mesmo que sua incapacidade seja de caráter temporário. A curatela é um mecanismo legal para proteger aqueles que não podem expressar sua vontade devido a limitações transitórias ou permanentes, como em situações de saúde que afetam a capacidade cognitiva ou de comunicação.

O processo de interdição judicial, que confere a curatela, pode ser longo e oneroso, o que pode complicar situações de emergência médica. No entanto, existe a possibilidade de solicitar uma curatela provisória, desde que sejam atendidos os requisitos da tutela de urgência, ou seja, quando há probabilidade de direito e risco iminente de dano ao paciente. Essa medida provisória visa assegurar a proteção do paciente enquanto o processo judicial de interdição está em andamento.

Entretanto, a curatela impõe uma série de obrigações ao curador, que nem sempre são bem compreendidas pelos familiares do paciente, exigindo uma maior conscientização e orientação por parte das instituições de saúde.

Posicionamento dos Conselhos de Medicina sobre Curatela e Capacidade de Decisão

No ambiente da Unidade de Saúde, os Conselhos de Medicina, representados pelo corpo clínico, ainda não emitiram um posicionamento definitivo quanto à designação de curadores para pacientes relativamente incapazes, exceto em conformidade com as disposições da legislação civil vigente. A exigência principal é que o relativamente incapaz seja assistido por seu representante legal ou curador.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

No entanto, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece a importância de antecipar as decisões sobre cuidados médicos. A Resolução CFM n.º 1.995/2012 estabelece a possibilidade de o paciente definir suas Diretivas Antecipadas de Vontade – um conjunto de desejos expressamente manifestados sobre tratamentos e cuidados médicos que o paciente deseja ou não receber, caso esteja incapaz de expressar sua vontade no futuro. Essas diretivas garantem que os profissionais de saúde sigam os desejos previamente estabelecidos pelo paciente, respeitando sua autonomia, mesmo em situações de incapacidade transitória ou permanente.

Essa resolução demonstra a importância de oferecer aos pacientes o poder de decisão sobre seu próprio tratamento, garantindo que seus direitos sejam respeitados de acordo com sua vontade previamente manifestada.

Representação Legal em Casos Específicos

A única menção específica à nomeação de um representante legal prévia a uma situação de incapacidade transitória ou definitiva, encontrada em documentos do Conselho Federal de Medicina (CFM), está no Parecer nº 12/2014, que trata das reivindicações das Testemunhas de Jeová. Esse parecer aborda as situações em que pacientes que, por motivos religiosos, recusam certos tratamentos e, antecipadamente, nomeiam um representante legal para garantir que suas decisões sejam respeitadas, mesmo em casos de emergência médica.

A proteção dos direitos dos pacientes, especialmente aqueles considerados relativamente incapazes ou em situações de incapacidade transitória, é uma questão central na prestação de serviços de saúde de qualidade e segurança jurídica. No que se refere ao tratamento de pacientes incapazes, o Código de Ética Médica e a legislação brasileira oferecem importantes diretrizes.

O parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma, com base no artigo 41 do Código de Ética Médica, que é imprescindível considerar a vontade expressa do paciente na definição dos cuidados médicos. Essa norma reflete a importância da autonomia do paciente no processo de decisão sobre seu próprio tratamento. No entanto, essa autonomia não se aplica da mesma forma a menores de idade, relativamente incapazes e incapazes absolutos, especialmente quando não foram estabelecidas diretivas antecipadas de vontade ou não foi nomeado um representante legal antes de uma eventual situação de incapacidade.

O artigo 41 estabelece que, quando possível, os desejos do paciente devem guiar as decisões clínicas, mas em casos de incapacidade, é necessário garantir que a pessoa responsável por essas decisões seja nomeada de forma legal e segura. Isso implica na importância de,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

sempre que o paciente estiver em condições de fazê-lo, nomear antecipadamente um representante legal para atuar em seu nome em caso de incapacidade futura.

Nomeação Antecipada de Representante Legal e Diretivas Antecipadas de Vontade

Embora não seja o objeto central do parecer, a possibilidade de nomear um representante legal antes de qualquer incapacidade pode ser vista como uma prática recomendável e alinhada com os princípios de autonomia e respeito à vontade do paciente, segundo a interpretação do CFM. Essa nomeação, feita por meio de um termo ou procuração, garante que o representante legal tenha poderes para tomar decisões clínicas no lugar do paciente, incluindo a autorização ou recusa de procedimentos médicos, a escolha de tratamentos e outros atos relacionados à assistência médica.

A nomeação antecipada de um representante legal é, portanto, uma medida que oferece maior segurança tanto para o paciente quanto para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Isso evita incertezas jurídicas e garante que, mesmo em casos de incapacidade transitória, os cuidados necessários poderão ser oferecidos sem obstáculos legais.

A adoção de Diretivas Antecipadas de Vontade também pode complementar essa prática. As diretivas permitem que o paciente expresse previamente suas preferências sobre cuidados e tratamentos, o que é particularmente relevante para casos de doenças graves ou incapacitantes. A Resolução CFM nº 1.995/2012 legitima essa prática, possibilitando que os profissionais de saúde respeitem os desejos manifestados pelo paciente antes de sua incapacidade.

Implicações Jurídicas e Operacionais para a Policlínica

A adoção dessas práticas de nomeação antecipada de representante legal ou de diretivas antecipadas de vontade implica em maior proteção para o paciente e, ao mesmo tempo, para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, que poderá atuar de acordo com a vontade expressa ou delegada, minimizando o risco de conflitos legais. Contudo, é necessário estar ciente de que a prática de nomeação de um representante legal sem um processo formal de curatela pode, em alguns casos, ser questionada judicialmente, especialmente em situações que envolvem relativamente incapazes.

A jurisprudência brasileira, entretanto, tende a validar os atos praticados em benefício do incapaz, mesmo quando realizados por representantes que não sejam curadores formais. Ou seja, as decisões e ações que favoreçam o bem-estar e a saúde do paciente

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

dificilmente serão invalidadas, desde que estejam de acordo com os melhores interesses do paciente e sigam os princípios éticos e legais da medicina.

Ainda assim, a Policlínica deve estar atenta aos potenciais riscos, já que decisões tomadas por um representante que não seja um curador nomeado judicialmente podem ser contestadas. A jurisprudência costuma invalidar apenas os atos que causem prejuízo ao incapaz, mantendo a validade daqueles que tragam benefícios evidentes ao paciente. Essa distinção é essencial para que a clínica atue com segurança jurídica.

Recomendações Operacionais

Diante desse contexto, a ABEAS recomenda que, ao receber um paciente que esteja em condições de expressar sua vontade, a Policlínica incentive a nomeação imediata de um responsável legal, por meio de um termo ou procuração pública ou privada. Esse responsável terá autoridade para:

- Tomar decisões clínicas em nome do paciente durante o período de tratamento na Policlínica;
- Autorizar ou recusar procedimentos médicos, de acordo com os desejos previamente estabelecidos pelo paciente;
- Decidir sobre o plano de tratamento, sempre em alinhamento com a equipe médica, buscando o melhor interesse do paciente;
- Representar legalmente o paciente em todas as questões relacionadas à assistência médica e ao atendimento na unidade.

Essa prática visa garantir que, em situações de incapacidade transitória ou permanente, a continuidade do cuidado médico não seja prejudicada pela ausência de uma figura legalmente autorizada a tomar decisões em nome do paciente.

Além disso, é recomendável que a Policlínica estabeleça um processo interno de orientação e conscientização dos pacientes sobre a importância de nomear representantes legais e, sempre que possível, de formalizar suas diretivas antecipadas de vontade. Isso pode ser feito por meio de:

- Consultas prévias com assistentes sociais e profissionais de saúde para explicar a relevância da nomeação de um representante legal;
- Disponibilização de formulários e termos de nomeação diretamente na unidade para facilitar o processo;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Campanhas de conscientização sobre a importância da autonomia do paciente e as implicações jurídicas de não ter um representante legal nomeado.

A proposta da ABEAS para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse destaca a importância de uma abordagem proativa na nomeação de representantes legais e na implementação de diretivas antecipadas de vontade para garantir que os direitos e a autonomia dos pacientes sejam respeitados. Essas práticas não apenas protegem o paciente, mas também oferecem maior segurança jurídica e operacional para a unidade de saúde, reduzindo o risco de conflitos legais e facilitando a continuidade do atendimento em situações de incapacidade.

A adoção dessas medidas é fundamental para promover um ambiente de atendimento humanizado, que respeita as necessidades individuais dos pacientes e, ao mesmo tempo, assegura que a Policlínica atue de acordo com os mais altos padrões éticos e legais.

A proposta da ABEAS para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse destaca a necessidade de um atendimento que respeite a capacidade legal dos pacientes e que esteja alinhado com as normativas vigentes, garantindo que, em casos de incapacidade, as decisões sobre tratamentos e cuidados sejam tomadas de maneira informada e assistida. A capacitação contínua dos profissionais de saúde em mediação de conflitos e o entendimento claro das legislações que envolvem a curatela e a tomada de decisões são essenciais para assegurar o bem-estar do paciente e o respeito aos seus direitos.

Essa abordagem humanizada e juridicamente embasada garante que a Policlínica atue de forma ética e segura, promovendo a saúde com dignidade e respeito à individualidade dos pacientes.

Em situações onde não haja representante legal, é importante considerar que a Resolução CFM n.º 1.995/2012 abre espaço para que pacientes relativamente incapazes, especialmente aqueles com idade entre 16 e 18 anos, possam definir suas Diretivas Antecipadas de Vontade. Essas diretivas são um conjunto de desejos prévia e expressamente manifestados sobre os cuidados e tratamentos que o paciente deseja ou não receber, caso fique incapacitado de expressar sua vontade no futuro.

Nesse contexto, a Policlínica incentivará, sempre que possível, que pacientes que ainda possuam condições cognitivas e legais para tomar decisões sobre seus cuidados façam uso desse direito, formalizando suas vontades de maneira documentada, de modo a proporcionar maior segurança tanto para o paciente quanto para a equipe médica que o assiste.

Avaliação Médica e Decisões na Ausência de Representante Legal

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Quando não houver um representante legal formalmente nomeado, o médico responsável deverá, por meio de uma avaliação clínica, determinar se o paciente relativamente incapaz possui condições de decidir sobre seu tratamento. Caso o paciente apresente clareza de raciocínio e capacidade para entender as implicações de suas escolhas, o médico poderá seguir as orientações do paciente, desde que essas decisões preservem sua saúde e integridade.

Nos casos em que o paciente seja considerado incapaz de tomar decisões, e na ausência de um representante legal, a equipe médica deverá atuar de maneira responsável e ética, promovendo todos os cuidados e tratamentos necessários para a preservação da saúde e da integridade física e psicológica do paciente, e notificar as autoridades competentes quando houver necessidade de uma nomeação formal de curador ou tomada de decisões mais complexas.

Comunicação e Consentimento Familiar

A Policlínica adotará práticas claras de comunicação com os familiares e representantes do paciente, informando-os sobre todas as decisões diagnósticas e terapêuticas recomendadas para o tratamento. O objetivo é garantir que a família ou os responsáveis compreendam as abordagens propostas e sejam incluídos no processo de tomada de decisão sempre que possível.

No entanto, quando houver divergências de opinião entre os familiares ou representantes legais sobre o tratamento a ser adotado e essas divergências representarem um risco para a saúde do paciente devido à demora na tomada de decisão, a equipe médica terá o dever de intervir. Nesse caso, caberá aos profissionais da saúde escolher o método terapêutico que seja mais eficaz e adequado ao quadro clínico do paciente, sempre em consonância com os princípios éticos e científicos.

Decisões em Situações de Risco Imediato à Vida

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse deve sempre observar as Resoluções CFM n.º 1.931/09 (Código de Ética Médica), que dispõem sobre a condução ética dos procedimentos médicos em situações de risco. No caso de iminente risco de morte, a Resolução é clara: cabe exclusivamente à equipe médica decidir o procedimento a ser adotado, independentemente de consulta aos familiares ou representantes legais. Nessas circunstâncias, a vida e a saúde do paciente são as prioridades absolutas, e a equipe médica deverá agir com rapidez e eficiência, adotando os procedimentos cientificamente reconhecidos como os mais adequados.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Conclusão: Prioridade à Saúde e Segurança Jurídica

A proposta da ABEAS para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse reflete o compromisso com a segurança jurídica, o respeito à autonomia dos pacientes e a aplicação de boas práticas médicas, sempre fundamentadas em legislação vigente e nos princípios éticos. A adoção de diretivas antecipadas de vontade, a avaliação criteriosa da capacidade dos pacientes relativamente incapazes e a atuação responsável em casos de urgência são essenciais para garantir um atendimento de excelência.

Dessa forma, a Policlínica assegura que o risco de invalidação dos atos médicos será minimizado, proporcionando confiança aos pacientes e seus familiares e garantindo que as decisões tomadas pela equipe de saúde estejam alinhadas com os melhores interesses de todos, sem perder de vista a integridade e a dignidade humana. O atendimento humanizado, associado à observância das normativas legais, reforça a missão da Policlínica em promover a saúde com segurança e respeito.

2.2.2.5. Plano/projeto para implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

O Sistema de Referência e Contrarreferência em saúde é uma ferramenta essencial para garantir a continuidade do cuidado ao paciente e otimizar o fluxo de atendimento nas diferentes esferas de atenção. Ele visa organizar o acesso aos serviços de saúde de maneira coordenada e eficiente, permitindo que o paciente seja encaminhado para níveis de atenção mais adequados às suas necessidades e, posteriormente, retorne ao serviço de origem para dar continuidade ao tratamento.

No contexto da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, propomos a implementação deste sistema com o objetivo de garantir maior eficiência nos processos de atendimento, promover a integralidade do cuidado e evitar sobrecargas desnecessárias nos serviços de média e alta complexidade.

Objetivos da Proposta

- **Organização do Fluxo de Pacientes:** Melhorar a integração entre os níveis de atenção, permitindo que os pacientes encaminhados para serviços

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

especializados retornem à atenção primária de forma eficaz, com os devidos registros clínicos e orientações de continuidade de tratamento.

- **Eficiência e Redução de Custos:** Reduzir a duplicação de exames e procedimentos já realizados, evitando atendimentos desnecessários e promovendo o uso racional dos recursos de saúde disponíveis.
- **Qualificação do Atendimento:** Garantir que os profissionais da atenção primária tenham acesso às informações completas sobre o tratamento especializado realizado, possibilitando uma abordagem mais completa e longitudinal do cuidado ao paciente.
- **Fortalecimento da Atenção Primária:** Reforçar a importância da atenção primária como a porta de entrada e ponto central da rede de saúde, onde o acompanhamento do paciente deve ser contínuo e integrado com os outros níveis de atenção.

Características do Sistema de Contrarreferência

O sistema proposto funcionará de maneira hierarquizada, adaptando-se à realidade do SUS, mas com enfoque nas necessidades regionais da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse e dos municípios ao seu redor. A contrarreferência será realizada em um fluxo contínuo, com base nos seguintes eixos:

- **Referência:** Quando um paciente da atenção primária necessitar de atendimento especializado, será referenciado a uma unidade de média ou alta complexidade. Este encaminhamento será feito através de um formulário padronizado que contenha todas as informações clínicas pertinentes, visando facilitar o atendimento no nível superior de complexidade.
- **Contrarreferência:** Após o atendimento especializado, o paciente será contrarreferenciado de volta à atenção primária, com um relatório completo do atendimento prestado. Este processo permitirá que o profissional da unidade de origem tenha todas as informações necessárias para continuar o acompanhamento do paciente de forma integrada e longitudinal.
- **Uso de Tecnologias de Informação:** A implementação de prontuários eletrônicos unificados será uma parte crucial para o sucesso deste sistema. Propomos a criação de uma plataforma integrada que permita o compartilhamento seguro e ágil de informações entre as unidades de saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Dessa forma, os dados clínicos estarão acessíveis a todos os níveis de atenção, garantindo maior continuidade e segurança no tratamento.

Benefícios da Implementação

Integração entre os Serviços de Saúde: A criação de um sistema de contrarreferência formalizado na Policlínica Estadual permitirá maior comunicação e coordenação entre os serviços de saúde, evitando a fragmentação do cuidado.

- **Qualificação dos Profissionais:** A partir do momento em que há um fluxo claro de informações entre os níveis de atenção, os profissionais da saúde estarão mais preparados para tomar decisões clínicas baseadas no histórico do paciente e no tratamento realizado em outros serviços. Isso também permitirá uma maior personalização do cuidado.
- **Redução de Reinternações e Complicações:** Ao garantir que o paciente retorne à atenção primária com todas as orientações necessárias, reduz-se o risco de complicações e reinternações, uma vez que a continuidade do tratamento será mais eficiente.
- **Fortalecimento do Vínculo com a Comunidade:** A atenção primária é o local de maior proximidade entre o paciente e o sistema de saúde. Garantir que os pacientes voltem a essa unidade após o atendimento especializado reforça o vínculo da comunidade com o SUS, promovendo maior confiança no serviço e humanizando o atendimento.

Propostas de Ação

Capacitação Contínua dos Profissionais de Saúde: Implementar programas de capacitação voltados para os profissionais da Policlínica e das unidades de atenção primária, abordando o uso correto do sistema de referência e contrarreferência, bem como o manejo integrado dos prontuários eletrônicos.

- **Monitoramento e Avaliação:** Instituir um sistema de monitoramento contínuo dos fluxos de referência e contrarreferência, avaliando periodicamente os resultados, índices de adesão e eficácia do sistema implantado. Sugere-se a criação de um comitê de acompanhamento composto por gestores, profissionais da saúde e representantes da comunidade.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- **Ampliação de Parcerias:** Estabelecer parcerias com outras unidades de saúde da região, universidades e centros de pesquisa para promover inovações no sistema de contrarreferência e fortalecer a integração com outros níveis de atenção, de modo a criar um modelo que possa ser replicado em outras unidades do estado.

A implementação de um Sistema de Contrarreferência robusto e bem estruturado na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse será um passo crucial para garantir a integralidade e eficiência do cuidado em saúde. Ao propor a criação de fluxos claros de comunicação e a utilização de tecnologias que integrem os serviços de saúde, espera-se proporcionar um atendimento mais humanizado, contínuo e eficiente para os usuários. A proposta da ABEAS reflete o compromisso com a qualidade do atendimento no SUS e com a melhoria dos processos de saúde, de modo a beneficiar tanto os profissionais quanto os pacientes.

Problema Prioritário: Ausência de Contrarreferência

A contrarreferência é um componente essencial para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado no modelo de Saúde da Família. Ela permite que o médico especialista ou qualquer outro profissional de saúde envolvido no atendimento ao paciente compartilhe, por meio de um relatório detalhado, as principais hipóteses diagnósticas, condutas adotadas e orientações para a equipe de saúde da família que acompanhará o paciente. Este processo é fundamental para que a equipe saiba como proceder, garantindo a continuidade do cuidado e melhorando os resultados em saúde.

No entanto, um dos principais desafios encontrados no sistema de contrarreferência é a falta de integração entre os diferentes níveis de atendimento. A inexistência de um prontuário eletrônico unificado ou de um software capaz de centralizar todas as informações do paciente compromete a eficiência do processo. Embora o uso de tais ferramentas esteja previsto para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas unidades de saúde ainda operam de forma fragmentada, dificultando a comunicação entre os profissionais e a troca de informações cruciais sobre o tratamento dos pacientes.

Essa falha compromete a continuidade do cuidado, aumenta a probabilidade de erros e redundâncias no tratamento, e gera um impacto negativo tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde, que acaba sobrecarregado por encaminhamentos desnecessários e repetição de procedimentos já realizados.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Proposta da ABEAS para a Implantação de um Modelo de Contrarreferência na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

A contrarreferência é um dos pilares fundamentais para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade na rede de atenção à saúde. Ela permite a comunicação entre os diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando que o paciente, após ser atendido em unidades especializadas, seja encaminhado de volta à atenção primária com informações claras sobre o diagnóstico, condutas terapêuticas e orientações para seguimento do caso.

No entanto, a ausência de um modelo estruturado de contrarreferência na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse tem gerado dificuldades na troca de informações entre os níveis de atenção, resultando em fragmentação do cuidado, retrabalho, duplicação de procedimentos e, em última instância, piora nos desfechos clínicos. Essa proposta visa, portanto, organizar um modelo eficaz de contrarreferência, integrando as equipes da Policlínica com as unidades de atenção primária e secundária, promovendo o uso de ferramentas tecnológicas e fluxos de comunicação eficientes.

Nó Crítico Identificado

A principal barreira para o funcionamento adequado da contrarreferência na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse é a ausência de um formulário pré-estabelecido ou de um sistema integrado que contemple o registro adequado das informações de contrarreferência. Isso impede a troca fluida de dados entre os diferentes níveis de atenção, comprometendo o acompanhamento contínuo do paciente.

Proposta de Intervenção

Esta proposta tem como foco a criação e implementação de um sistema formal de contrarreferência, que atenda às necessidades da Policlínica e dos municípios sob sua cobertura. A intervenção será realizada em duas etapas principais: a criação de um formulário de contrarreferência padronizado e a estruturação de um sistema integrado para o registro e troca de informações.

Objetivos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Criar um formulário específico de contrarreferência, aprovado pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO), para ser utilizado inicialmente entre a Policlínica e as unidades de atenção primária do município da Região.
- Desenvolver um sistema de contrarreferência unificado que promova a integração entre todos os níveis de atenção, utilizando tecnologias da informação para facilitar o compartilhamento de dados clínicos.
- Otimizar a troca de informações entre os níveis de atenção, assegurando que todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente tenham acesso aos dados necessários para garantir a continuidade do tratamento.
- Promover a humanização e a privacidade no atendimento ao paciente, respeitando o sigilo médico e garantindo que as informações sensíveis sejam compartilhadas de forma segura.

Ações Propostas

- **Criação do Formulário de Contrarreferência:** Desenvolver, em parceria com a SES/GO, um formulário padronizado que contenha campos essenciais para o registro das informações clínicas, diagnósticos, condutas terapêuticas, orientações e seguimento do paciente. Esse formulário deve ser simples, de fácil preenchimento e disponibilizado tanto em formato impresso quanto digital.
- **Capacitação dos Profissionais:** Promover treinamentos para os profissionais da Policlínica e das unidades de atenção primária sobre o uso correto do formulário de contrarreferência, reforçando a importância da troca de informações entre os níveis de atenção para garantir a continuidade do cuidado.
- **Desenvolvimento de Software Integrado:** Investir na criação de um sistema eletrônico unificado, que integre as informações da atenção primária, secundária e terciária, facilitando a troca de dados clínicos e evitando a fragmentação do cuidado. O software deve ser intuitivo, seguro e compatível com as ferramentas já utilizadas no SUS.
- **Monitoramento e Avaliação:** Criar um sistema de acompanhamento contínuo do uso do formulário e do software, com indicadores de desempenho que avaliem a adesão dos profissionais, a qualidade dos encaminhamentos e a efetividade da contrarreferência. As avaliações serão realizadas em reuniões

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

periódicas da equipe da Policlínica, com participação dos gestores municipais e profissionais de saúde.

- **Melhoria da Privacidade e Sigilo Médico:** Garantir que o sistema de contrarreferência, tanto em formato impresso quanto digital, assegure a confidencialidade dos dados dos pacientes, conforme os princípios éticos e legais que regem a prática médica e o uso de prontuários eletrônicos.

Resultados Esperados

- **Aumento na Qualidade dos Encaminhamentos:** Com a implementação do formulário e do sistema integrado, espera-se que os médicos e outros profissionais da Policlínica realizem encaminhamentos mais completos e com informações detalhadas, melhorando a qualidade do atendimento e da continuidade do cuidado.
- **Maior Adesão à Contrarreferência:** A criação de um fluxo claro e de ferramentas adequadas estimulará a prática da contrarreferência, garantindo que os pacientes retornem à atenção primária com todas as orientações necessárias para o seguimento de seus casos.
- **Maior Eficiência no Sistema de Saúde:** A integração entre os níveis de atenção resultará em uma redução de duplicação de exames e procedimentos, otimização dos recursos de saúde e melhora nos desfechos clínicos dos pacientes.
- **Privacidade e Segurança no Tratamento:** A implementação de um sistema seguro e padronizado garantirá que os dados dos pacientes sejam mantidos em sigilo, respeitando as normativas de privacidade em saúde.

Recursos Necessários

- **Estruturais:** Espaço físico e tempo dedicado para o desenvolvimento e implementação do formulário de contrarreferência, além de recursos para a impressão e distribuição inicial dos materiais nas unidades de saúde.
- **Tecnológicos:** Desenvolvimento de um software de contrarreferência integrado, com compatibilidade com as demais ferramentas de gestão em saúde utilizadas no SUS, além de suporte técnico contínuo.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- **Financeiros:** Investimentos iniciais para o desenvolvimento do sistema e treinamento dos profissionais, além de recursos contínuos para a manutenção e atualização do software e dos materiais impressos.
- **Políticos:** Articulação com a gestão municipal e estadual de saúde para garantir a adesão ao modelo proposto e assegurar que todos os níveis de atenção estejam integrados no fluxo de contrarreferência.

Atores Sociais e Responsabilidades

- **Diretor da Unidade:** Responsável por coordenar a implementação do modelo de contrarreferência, garantindo que o formulário e o sistema atendam às necessidades da Policlínica.
- **Médicos e Profissionais de Saúde:** Envolvidos diretamente no uso do formulário e do software, responsáveis pela qualidade das informações inseridas e pela adesão ao fluxo estabelecido.
- **Secretaria Municipal de Saúde:** Encarregada de apoiar a implementação do sistema nas unidades de atenção primária e de garantir a integração entre os níveis de atenção.

Cronograma e Prazo

- **Prazo para Implementação:** A partir da aprovação da proposta e da assinatura do contrato, estima-se que a implementação do formulário e do sistema integrado seja realizada em até 120 dias.
- **Acompanhamento e Avaliação:** Reuniões quinzenais com a equipe da Policlínica serão realizadas para avaliar o progresso da implementação e ajustar as estratégias conforme necessário.

Gestão e Avaliação

A avaliação da efetividade do modelo será conduzida pela Direção da Policlínica, em conjunto com a equipe de saúde e gestores municipais, por meio da análise de indicadores como adesão ao uso do formulário, qualidade dos encaminhamentos e impacto nos desfechos clínicos. Caso necessário, ajustes no modelo serão feitos para garantir que os objetivos propostos sejam alcançados.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fluxo de referência à atenção primária



Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

3. FA.3: Qualidade técnica

A ABEAS destaca-se pela excelência técnica na gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde. Com uma equipe multidisciplinar altamente qualificada e processos rigorosamente estruturados, a ABEAS garante o cumprimento de padrões de qualidade, eficiência e segurança, proporcionando um atendimento humanizado e resolutivo.

A expertise da instituição na administração de unidades de saúde assegura a otimização de recursos e a constante busca por inovação, sempre com foco no bem-estar dos pacientes e na promoção de uma saúde pública de excelência.

3.1. Experiência anterior em gestão de unidade de saúde da proponente

3.1.1. Experiência da organização da sociedade civil. OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos.

Os documentos e as comprovações de experiência, encontram-se nos ANEXOS.

3.1.2. Experiência da organização da sociedade civil OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos

Os documentos e as comprovações de experiência, encontram-se nos ANEXOS.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

3.1.3. Experiência da organização da sociedade civil OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica especializada ou similar

Os documentos e as comprovações de experiência, encontram-se nos ANEXOS.

3.1.4. Certificado de acreditação ONA, Joint Commission Internacional que Qmentum da Canadá Accreditation Internacional, obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente

Os documentos e as comprovações de experiência, encontram-se nos ANEXOS.

3.2. Estrutura da Gestão

A estrutura administrativa da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, sob a gestão da ABEAS - Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social, será organizada de acordo com as características e realidades específicas da unidade. O objetivo é garantir a melhoria contínua dos serviços prestados, além de promover um atendimento humanizado e eficiente, em consonância com as metas condicionais. O modelo de gestão adotado pela ABEAS ficará alinhado às Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a manutenção de um atendimento ininterrupto aos pacientes e proporcionando condições de trabalho e segurança para toda a equipe.

Cada setor da Policlínica será supervisionado por um responsável designado, contando com estrutura técnica, operacional e administrativa de apoio. Esses setores funcionarão de acordo com os horários especificados no plano de trabalho e definidos no edital. Os serviços administrativos operacionais funcionam em dias úteis e no horário comercial, com exceção dos serviços essenciais que exigem funcionamento em horários diferenciados, como lavanderia, limpeza, farmácia e segurança.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

PROFISSIONAL	QUANTITATIVO	CARGA HORÁRIA
Diretoria Geral	1	44 hs/semanais
Diretoria Técnico-Assistencial	1	44 hs/semanais
Diretoria Administrativa	1	44 hs/semanais
Diretoria Financeira	1	44 hs/semanais
Gerência do Ambulatório Integrado	1	44 hs/semanais
Gerência de Enfermagem	1	44 hs/semanais
Gerência Multiprofissional	1	44 hs/semanais
Gerência Administrativa	1	44 hs/semanais
Gerência Operacional	1	44 hs/semanais
Gerência de Recursos Humanos	1	44 hs/semanais
Gerência Financeira	1	44 hs/semanais
Gerência Contábil	1	44 hs/semanais
Gerência de Planejamento e Orçamento	1	44 hs/semanais
Motorista	1	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo	1	44 hs/semanais
Coordenador de Almoxarifado	1	44 hs/semanais
Auxiliar de Almoxarifado	2	44 hs/semanais
Auxiliar de Farmácia	1	44 hs/semanais
Coordenador de Manutenção Predial	1	44 hs/semanais
Engenharia Clínica	1	44 hs/semanais
Coordenador de Tecnologia daInformação	1	44 hs/semanais
Técnico de redes	1	44 hs/semanais
Analista de Suporte	1	44 hs/semanais
Faturista	2	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Patrimônio	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para SAME	2	44 hs/semanais
Gerente de Gestão de Pessoas	1	44 hs/semanais
Analista de Gestão de Pessoas	2	44 hs/semanais
Técnico em Segurança do Trabalho	1	44 hs/semanais

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Contador	1	44 hs/semanais
Analista Administrativo para Diretoria Financeira	2	44 hs/semanais
Auxiliar Administrativo para Diretoria Financeira	1	44 hs/semanais
Analista de Compras	1	44 hs/semanais

3.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo

A ABEAS apresenta uma proposta focada na otimização da gestão das áreas internas da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, com o objetivo de garantir uma operação eficiente e alinhada com as melhores práticas em saúde. Nossa abordagem visa habilitar e integrar as competências e qualificações de cada setor, garantindo que suas respectivas responsabilidades sejam claramente definidas e adequadas

Ao estruturar áreas de forma eficiente, proporcionamos à Policlínica um sistema de gestão que fortalece a autonomia dos profissionais, melhora a qualidade dos serviços prestados e garante o cumprimento das metas e padrões institucionais.

Com esta proposta, esperamos contribuir para o fortalecimento da governança e da qualidade no atendimento, otimizando os processos e garantindo uma prestação de serviços mais eficiente e eficiente à população.

Esse organograma representa a estrutura de uma organização de saúde, com três diretorias principais (Técnica-Assistencial, Administrativa e Financeira), cada uma com suas respectivas gerências.

A equipe mínima da unidade será composta de acordo com as necessidades de cada setor vinculado à Administração Geral, conforme demonstrado no organograma proposto na Proposta Técnica. Além da estrutura técnico-operacional fornecida diretamente pela administração da ABEAS, a administração da Policlínica contará com as seguintes áreas e atribuições:

1. Diretoria Geral

Competências: Responsável por coordenar e supervisionar todas as operações da instituição, garantindo que as atividades estejam em conformidade com os objetivos estratégicos. Atua na tomada de decisões de alto nível, comunicação com órgãos externos e formulação de políticas organizacionais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Requisitos: Formação superior em Administração, Gestão Hospitalar ou áreas correlatas; especialização em gestão de saúde; experiência mínima de 10 anos em cargas de liderança.

Carga horária: 40 horas semanais.

2. Diretoria Técnica-Assistencial

Competências: Supervisionar a qualidade do atendimento assistencial, gerenciando diretamente as áreas de enfermagem, ambulatório e equipes multiprofissionais. Atua na implementação de boas práticas clínicas e protocolos assistenciais.

Requisitos: Formação superior em Medicina, Enfermagem ou áreas relacionadas; especialização em Gestão Hospitalar ou Saúde Pública; experiência mínima de 5 anos em gestão assistencial.

Carga horária: 40 horas semanais.

3. Diretoria Administrativa

Competências: Garantir o bom funcionamento das operações administrativas, gerenciando áreas como recursos humanos, operações e administração geral. Atua na otimização de processos internos e no controle de eficiência institucional.

Requisitos: Formação superior em Administração, Engenharia de Produção ou Gestão de Negócios; especialização em Gestão Hospitalar ou Administração Pública; experiência mínima de 5 anos em gestão administrativa.

Carga horária: 40 horas semanais.

4. Diretoria Financeira

Competências: Gerenciar as finanças da instituição, garantindo o planejamento orçamentário, a saúde contábil e a sustentabilidade financeira. Supervisão de áreas como contabilidade, orçamento e planejamento financeiro.

Requisitos: Formação superior em Ciências Contábeis, Economia ou Administração; especialização em Finanças ou Controladoria; experiência mínima de 5 anos em gestão financeira.

Carga horária: 40 horas semanais.

5. Gerência do Ambulatório Integrado

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Competências: Coordena o atendimento ambulatorial, garantindo a integração entre os diversos serviços e especialidades, além da eficiência no atendimento aos pacientes.

Requisitos: Formação superior em Medicina ou Enfermagem; experiência mínima de 3 anos em gestão de ambulatórios ou unidades de saúde.

Carga horária: 40 horas semanais.

6. Gerência de Enfermagem

Competências: Supervisionar equipes de enfermagem, garantindo a qualidade do cuidado prestado e o cumprimento de normas técnicas e regulatórias. Atua na formação e no desenvolvimento contínuo das equipes de enfermagem.

Requisitos: Formação superior em Enfermagem; especialização em Gestão de Enfermagem; experiência mínima de 3 anos em supervisão de equipes.

Carga horária: 40 horas semanais.

7. Gerência Multiprofissional

Competências: Coordenar equipes multiprofissionais (fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, etc.), garantindo o trabalho interdisciplinar para a promoção da saúde integral dos pacientes.

Requisitos: Formação superior em Fisioterapia, Psicologia, Nutrição ou áreas correlatas; especialização em Gestão em Saúde; experiência mínima de 3 anos em gestão de equipes multiprofissionais.

Carga horária: 40 horas semanais.

8. Gerência Administrativa

Competências: Responsável pela gestão administrativa geral, incluindo o planejamento de recursos, materiais, contratos e infraestruturas da instituição. Atua na logística e controle de bens e serviços.

Requisitos: Formação superior em Administração, Logística ou Engenharia de Produção; experiência mínima de 3 anos em gestão administrativa.

Carga horária: 40 horas semanais.

9. Gerência Operacional

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Competências: Coordenar as atividades operacionais diárias da instituição, garantindo que as unidades funcionem de forma eficaz, em conformidade com as metas condicionais.

Requisitos: Formação superior em Administração, Engenharia de Produção ou áreas correlatas; experiência mínima de 3 anos em gestão operacional.

Carga horária: 40 horas semanais.

10. Gerência de Recursos Humanos

Competências: Supervisão das práticas de recrutamento, treinamento, desenvolvimento e bem-estar dos colaboradores. Atua na elaboração de políticas de RH e no gerenciamento de conflitos internos.

Requisitos: Formação superior em Psicologia, Administração ou Gestão de Pessoas; especialização em Gestão de Recursos Humanos; experiência mínima de 3 anos em gestão de RH.

Carga horária: 40 horas semanais.

11. Gerência Financeira

Competências: Supervisionar os recursos financeiros da instituição, liderando e controlando fluxos de caixa, gestão de custos e recursos financeiros disponíveis.

Requisitos: Formação superior em Ciências Contábeis, Administração ou áreas correlatas; experiência mínima de 3 anos em gestão financeira.

Carga horária: 40 horas semanais.

12. Gerência Contábil

Competências: Responsável pela contabilidade da instituição, incluindo fechamento de balanços, gestão fiscal e apresentação de relatórios contábeis.

Requisitos: Formação superior em Ciências Contábeis; especialização em Contabilidade ou Controladoria; experiência mínima de 3 anos em contabilidade.

Carga horária: 40 horas semanais.

13. Gerência de Planejamento e Orçamento

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Competências: Atua na elaboração e monitoramento do planejamento estratégico financeiro e orçamentário da instituição. Garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficiente e conforme o plano de negócios.

Requisitos: Formação superior em Administração, Economia ou áreas correlatas; especialização em Planejamento Financeiro ou Controladoria; experiência mínima de 3 anos em planejamento financeiro.

Carga horária: 40 horas semanais.

14. Motorista

Competências: Conduzir veículos oficiais da Policlínica, garantindo a segurança no transporte de pessoas e materiais.

Requisitos: Ensino médio completo, habilitação categoria D, e experiência prévia como motorista.

Carga horária: 44 horas semanais.

15. Auxiliar Administrativo

Competências: Realizar atividades administrativas de apoio, como atendimento ao público, organização de documentos, e suporte a processos internos.

Requisitos: Ensino médio completo, com conhecimento em informática básica e experiência em atividades administrativas.

Carga horária: 44 horas semanais.

16. Coordenador de Almoxarifado

Competências: Gerenciar o armazenamento e controle de estoque de materiais, garantindo o fornecimento dos recursos adequados para uma Policlínica.

Requisitos: Ensino superior em Logística, Administração ou áreas correlatas. Experiência mínima de 3 anos em almoxarifado.

Carga horária: 44 horas semanais.

17. Auxiliar de Almoxarifado

Competências: Auxiliar no controle e organização do almoxarifado, incluindo coleta, conferência e distribuição de materiais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Requisitos: Ensino médio completo e experiência em logística ou almoxarifado.

Carga horária: 44 horas semanais.

18. Auxiliar de Farmácia

Competências: Auxiliar na dispensação de medicamentos, controle de estoque de produtos farmacêuticos e conferência de receitas.

Requisitos: Ensino médio completo, com curso técnico em farmácia. Experiência em atividades de farmácia hospitalar.

Carga horária: 44 horas semanais.

19. Coordenador de Manutenção Predial

Competências: Coordenar a manutenção predial e dos equipamentos da Policlínica, garantindo a conservação da infraestrutura.

Requisitos: Ensino superior em Engenharia Civil ou áreas afins. Experiência em manutenção predial e gestão de equipes.

Carga horária: 44 horas semanais.

20. Engenharia Clínica

Competências: Gerenciar a manutenção dos equipamentos médicos, garantindo o funcionamento adequado e seguro dos dispositivos utilizados.

Requisitos: Graduação em Engenharia Biomédica ou áreas correlatas. Experiência com equipamentos médicos hospitalares.

Carga horária: 44 horas semanais.

21. Coordenador de Tecnologia da Informação

Competências: Gerenciar atividades relacionadas à infraestrutura de TI, incluindo redes, sistemas e segurança da informação.

Requisitos: Graduação em Ciência da Computação, Sistemas de Informação ou áreas correlatas. Experiência em gestão de TI.

Carga horária: 44 horas semanais.

22. Técnico de Redes

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Competências: Monitorar e manter a infraestrutura de redes da Policlínica, garantindo a conectividade e segurança dos dados.

Requisitos: Ensino médio técnico em Redes de Computadores. Experiência com redes de dados e suporte técnico.

Carga horária: 44 horas semanais.

23. Analista de Suporte

Competências: Prestar suporte técnico aos usuários, garantindo o

Requisitos: Graduação em Tecnologia da Informação ou áreas afins. Experiência em suporte técnico.

Carga horária: 44 horas semanais.

24. Faturista

Competências: Realizar atividades de faturamento de serviços prestados, emitindo notas fiscais e organizando os processos de cobrança.

Requisitos: Ensino médio completo, com experiência em faturamento hospitalar e sistemas de gestão de saúde.

Carga horária: 44 horas semanais.26. Auxiliar Administrativo para SAME

Competências: Auxiliar no controle e organização de prontuários e documentos médicos no Sistema de Arquivo Médico (SAME).

Requisitos: Ensino médio completo e experiência em organização de arquivos médicos.

Carga horária: 44 horas semanais.

25. Gerente de Gestão de Pessoas

Competências: Coordenar a área de Recursos Humanos, gerenciando processos de recrutamento, treinamento e desenvolvimento de pessoal.

Requisitos: Graduação em Administração, Psicologia ou áreas correlatas. Experiência em gestão de pessoas no setor de saúde.

Carga horária: 44 horas semanais.

26. Analista de Gestão de Pessoas

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Competências: Apoiar os processos de gestão de pessoas, recrutamento, seleção e acompanhamento de realização dos colaboradores.

Requisitos: Graduação em Administração, Psicologia ou áreas correlatas. Experiência em RH.

Carga horária: 44 horas semanais.

27. Técnico em Segurança do Trabalho

Competências: Garantir o cumprimento das normas de segurança do trabalho, promover ações preventivas e realizar treinamentos de segurança para os colaboradores.

Requisitos: Curso técnico em Segurança do Trabalho, com registro no MTE. Experiência na área.

Carga horária :44 horas semanais.

28. Contador

Competências: Realizar a contabilidade da Policlínica, elaborar balanços e relatórios financeiros, garantindo o cumprimento das exigências legais.

Requisitos: Graduação em Ciências Contábeis com CRC ativo. Experiência em contabilidade pública ou hospitalar.

Carga horária: 44 horas semanais.

29. Analista Administrativo para Diretoria Financeira

Competências: Apoiar as atividades da Diretoria Financeira, como controle de despesas, planejamento orçamentário e elaboração de relatórios financeiros.

Requisitos: Graduação em Administração, Ciências Contábeis ou áreas correlatas. Experiência em gestão financeira.

Carga horária: 44 horas semanais.

30. Auxiliar Administrativo para Diretoria Financeira

Competências: Dar suporte às atividades administrativas da Diretoria Financeira, como organização de documentos, arquivos e controle de processos.

Requisitos: Ensino médio completo e experiência em atividades administrativas.

Carga horária: 44 horas semanais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

31. Analista de Compras

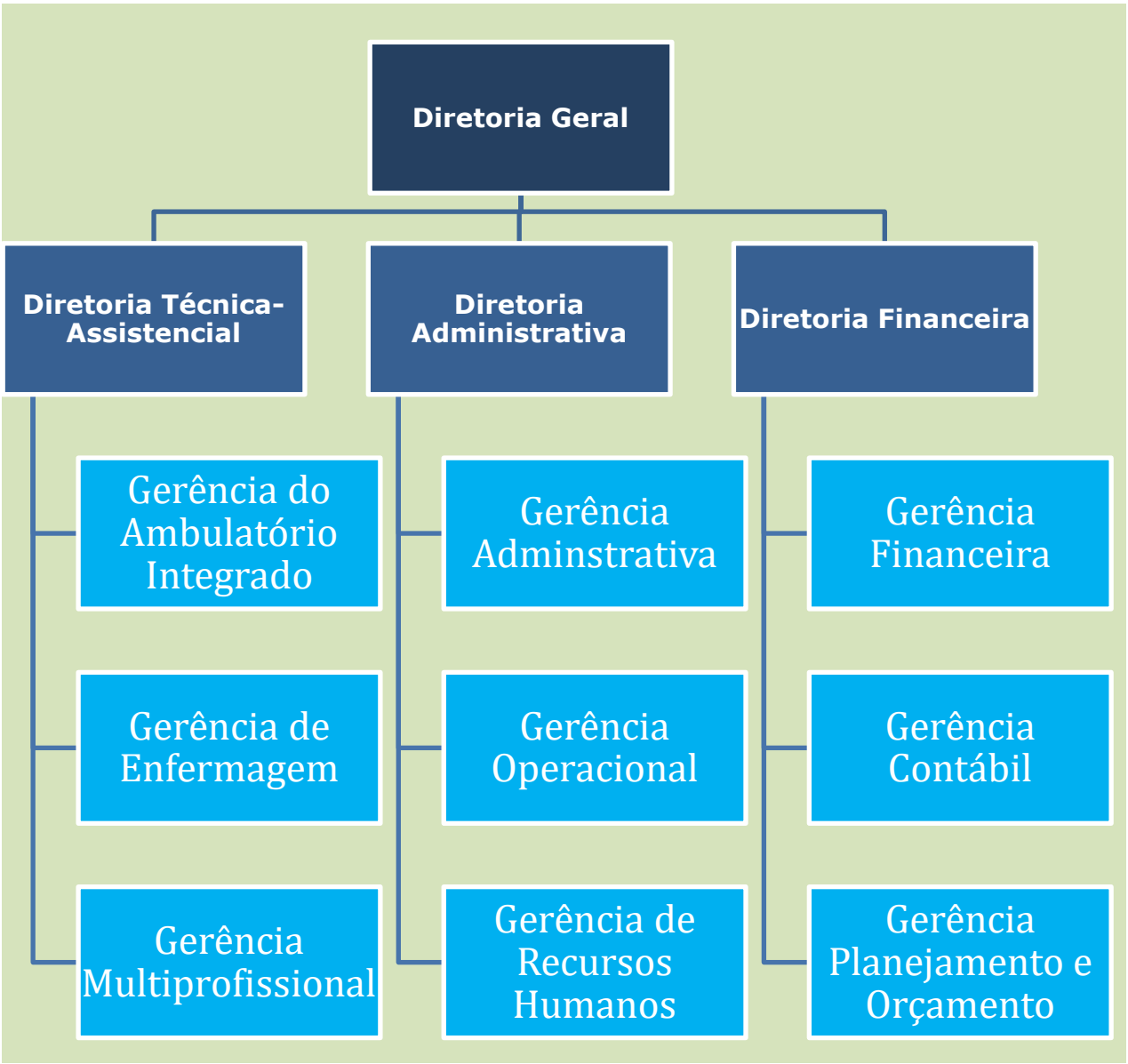
Competências: Realizar a compra de materiais e equipamentos, negociando com fornecedores e garantindo o abastecimento da Policlínica.

Requisitos: Graduação em Administração, Logística ou áreas correlatas. Experiência em compras no setor de saúde.

Carga horária: 44 horas semanais.

Esse detalhamento ajuda a estruturar de forma eficiente a gestão das áreas dentro de uma instituição de saúde, garantindo que as competências e qualificações de cada área sejam habilitadas com suas respectivas responsabilidades.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



Esse modelo visa fortalecer a eficiência operacional e o cuidado integral ao paciente, reforçando o compromisso da ABEAS com a qualidade e a humanização no atendimento.

A ABEAS (Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social) propõe uma reestruturação do pessoal da Policlínica Estadual, com a adição de novas cargas para atender de maneira mais eficiente as necessidades operacionais e administrativas da unidade de saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

3.2.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar e ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência, que atuarão na unidade com documento comprobatório de interesse do titular.

Os documentos e as comprovações de experiência, encontram-se nos ANEXOS.

3.2.3. Experiência mínima de 1 da diretoria e gerência em gestão de unidade hospitalar que atuarão na unidade com documento comprobatório do interesse do titular

Os documentos e as comprovações de experiência, encontram-se nos ANEXOS.

3.2.4. Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas / AME / clínicas especializadas, etc.)

Os documentos e as comprovações de experiência, encontram-se nos ANEXOS.

3.3. Implementação de serviços de funcionamento da equipe interdisciplinar

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse tem como missão oferecer assistência integral e de alta qualidade à população, baseada em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, focando na estratificação de risco do paciente e no protagonismo do usuário no plano de cuidados. Com base no perfil assistencial da Policlínica, a ABEAS propõe a seguinte composição de serviços e quantitativo profissional para o

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

funcionamento adequado da equipe multiprofissional e médica especializada, garantindo uma oferta eficaz e resolutiva de cuidado em todas as linhas estruturantes do ciclo de vida.

1. Objetivos da Proposta

- Garantir uma equipe interdisciplinar qualificada e alinhada aos princípios de qualidade e eficácia da assistência à saúde.
- Promover o atendimento integral ao usuário, com abordagem centrada no autocuidado, ações educativas, estratificação de risco e desenvolvimento de projetos terapêuticos individualizados.
- Estabelecer um atendimento de excelência em todas as etapas do ciclo de vida do paciente, por meio de uma equipe multiprofissional e especializada, seguindo protocolos clínicos baseados em evidências.

2. Composição da Equipe Multiprofissional e Especializada

Equipe Multiprofissional:

A equipe multiprofissional tem como objetivo atuar de maneira integrada e complementar, atendendo às demandas de saúde com base nas diferentes linhas de cuidado. Segue abaixo a composição sugerida, carga horária semanal e descrição dos serviços de cada categoria profissional.

A ABEAS propõe que, na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, seja implantada a seguinte carteira de serviços e áreas de atuação da equipe multidisciplinar:

- Ambulatório;
- Consultas da Equipe Multiprofissional e Processos Terapêuticos de Média Duração (sessões/tratamentos);
- Práticas Integrativas e Complementares (PIC);
- Serviço de Assistência Especializada (SAE) – Grupo 12;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), com exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Centro Especializado em Odontologia (CEO III);
- Clínica de Serviços Dialíticos (Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos estágios 3, 4 e 5 - Pré-Dialítico, Atenção Especializada em DRC com hemodiálise, Atenção Especializada em DRC com diálise peritoneal).

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A equipe multiprofissional será liderada e apoiada por uma Coordenação Multiprofissional, sob a responsabilidade de um profissional de enfermagem. Essa coordenação será responsável por integrar as seguintes áreas:

- Assistente Social;
- Enfermeiro;
- Farmacêutico;
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Odontologia.

Essa estrutura visa assegurar um atendimento integral e de qualidade aos pacientes, com base em um modelo de cuidado colaborativo e interdisciplinar.

Profissional	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços
Enfermeiro	5	30 horas	Coordenar a assistência de enfermagem, realizar consultas de enfermagem, ações educativas, e desenvolver planos terapêuticos.
Técnico de Enfermagem	10	40 horas	Apoiar a equipe de enfermagem nas atividades de cuidado direto ao paciente, administrar medicações e monitorar sinais vitais.
Fisioterapeuta	3	30 horas	Realizar avaliações físicas e funcionais, desenvolver planos de reabilitação, e atuar na recuperação motora e respiratória.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Profissional	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços
Nutricionista	2	30 horas	Avaliar o estado nutricional, elaborar planos alimentares individualizados e realizar educação alimentar.
Psicólogo	2	30 horas	Oferecer suporte psicossocial, realizar atendimento clínico individual e em grupo, e participar no desenvolvimento do PTS.
Assistente Social	2	30 horas	Atuar na articulação dos serviços da rede de saúde, apoiar na gestão de recursos sociais e promover o acompanhamento familiar.
Fonoaudiólogo	1	20 horas	Avaliar e tratar distúrbios de fala, audição e linguagem, e realizar ações de prevenção e promoção da saúde auditiva.
Farmacêutico	1	40 horas	Garantir o uso racional de medicamentos, realizar acompanhamento farmacoterapêutico e promover ações de educação em saúde.
Odontologia	1	40	O Serviço de Odontologia da Policlínica, desenvolverá ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em diversas especialidades Odontológicas que compreendem a Atenção Básica: Periodontia, Cirurgia, Dentística, Endodontia, Saúde Coletiva, Estomatologia. O exercício das atividades profissionais privativas do cirurgião-dentista só é permitido com a observância do disposto nas Leis 4.324, de 14.04.64 e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Profissional	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços
			5.081, de 24.08.66, no Decreto nº 68.704, de 03.06.71.

A ABEAS propõe que o cuidado em saúde oferecido aos usuários da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse seja conduzido com base em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, assegurando que o paciente receba assistência integral e qualificada. Para tanto, é essencial definir atribuições claras e padronizadas ao corpo de colaboradores multiprofissionais, visando garantir uniformidade nos processos operacionais e, acima de tudo, promover uma assistência segura e eficiente aos pacientes.

Compete aos serviços assistenciais:

- Observar e cumprir fielmente o presente regulamento;
- Observar as políticas definidas pela área de Gestão de Pessoas, tanto no processo seletivo, como na condução de sua atividade laboral;
- Estabelecer um fluxo de trabalho organizado, ampliando o atendimento e acesso;
- Promover qualidade assistencial e segurança que observe os critérios legais e internamente estabelecidos pela unidade;
- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o atendimento ambulatorial, e procedimento ou exames na unidade;
- Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos;
- 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;
- Proporcionar integração da equipe multiprofissional, organizando reuniões periodicamente e debate dos casos clínicos a serem avaliados;
- Estimular a prática da pesquisa científica ao campo de atuação de cada serviço;
- Observar e fazer cumprir as diretrizes e normativas e pautar sua ação profissional em tais documentos;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Atuar de modo a garantir a educação continuada entre os colaboradores, buscando sempre o aprimoramento de suas habilidades;
- XII- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;
- Proporcionar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para garantir qualidade na assistência;
- Guardar e cuidar da manutenção de materiais e equipamentos, mantendo o controle e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários para o funcionamento da unidade;
- Demais atribuições inerentes ao desempenho eficiente de sua função.

Caberá ao coordenador multiprofissional:

- Orientar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas;
- Coordenar em conjunto com os líderes das áreas que coordena as atividades, processos, almejando resultado eficientes e adequando condutas caso não sejam satisfatórios;
- Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;
- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;
- Incentivar o uso de sistema informatizado da Policlínica, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;
- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;
- Buscar aprimoramento no método de execução dos processos de auditorias que estiver em sua área de ação;
- Cumprir atribuições contidas neste Regulamento, bem como os contidos em Regimento Interno de áreas que lhe sejam afetas;
- A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Gerência Assistencial.

Cabe à equipe multiprofissional da Policlínica

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A ABEAS propõe que a equipe multiprofissional da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse tenha as seguintes responsabilidades:

- Participar e cumprir todas as regras do processo seletivo, de acordo com as políticas e estratégias de Gestão de Pessoas da unidade;
- Fomentar a melhoria do relacionamento interpessoal entre os profissionais, promovendo uma assistência integrada, resolutiva e humanizada aos pacientes;
- Cumprir rigorosamente os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos pela instituição;
- Identificar ameaças nos processos de trabalho e desenvolver ações para criar políticas, regras e procedimentos que previnam, identifiquem e minimizem a ocorrência de eventos adversos;
- Promover a interação da equipe multiprofissional por meio de reuniões periódicas para a discussão de casos clínicos da unidade;
- Incentivar e realizar pesquisas científicas relacionadas aos serviços prestados;
- Assegurar que as dependências da unidade estejam em condições adequadas para oferecer um ambiente seguro aos pacientes, familiares e colaboradores;
- Criar um ambiente de colaboração mútua entre todos os colaboradores, facilitando a execução dos processos assistenciais;
- Garantir a disponibilidade de recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada, mesmo em situações rotineiras;
- Manter materiais e equipamentos em condições adequadas para uso imediato, incluindo medicamentos e insumos essenciais para emergências;
- Trabalhar em conjunto com o serviço de Controle de Infecção Ambulatorial para planejar e supervisionar o cumprimento das ações de controle de infecção;
- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os processos e serviços de assistência de enfermagem;
- Coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;
- Elaborar, executar e participar de eventos de capacitação para a equipe de enfermagem;
- Implementar ações contínuas para a promoção da saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Essa proposta visa promover a qualidade da assistência prestada, garantindo a segurança, eficiência e humanização no atendimento de forma colaborativa.

3.3.1. Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho, constando forma de vínculo, horário e salário

A equipe médica será composta por profissionais especializados em diferentes áreas, garantindo cobertura integral para as diversas necessidades de saúde da população.

Especialidade Médica	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços	Salário (R$)
Clínica Geral	4	20 horas	Realizar atendimentos clínicos gerais, diagnóstico inicial e encaminhamento para especialistas quando necessário.	11.000,00
Cardiologista	2	20 horas	Realizar consultas e exames cardiológicos, monitorar doenças crônicas e desenvolver planos de acompanhamento cardiovascular.	11.000,00
Endocrinologista	2	20 horas	Atuar no diagnóstico e tratamento de doenças endócrinas, com ênfase em diabetes e disfunções hormonais.	11.000,00
Ginecologista	2	20 horas	Realizar consultas e exames preventivos, acompanhamento pré-natal e cuidados com a saúde da mulher.	11.000,00
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	2	20 horas	Realizar acompanhamento e manejo clínico de gestantes de alto risco, incluindo exames, orientações e monitoramento do pré-natal.	11.000,00

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Especialidade Médica	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços	Salário (R$)
Pediatra	2	20 horas	Atuar na saúde infantil, com foco em acompanhamento do desenvolvimento e prevenção de doenças comuns na infância.	11.000,00
Ortopedia Traumatologia	2	20 horas	Avaliar e tratar condições musculoesqueléticas, incluindo lesões, fraturas e doenças osteomusculares.	11.000,00
Neurologista	1	20 horas	Realizar diagnósticos e tratamento de condições neurológicas, como AVC, epilepsia, e doenças degenerativas.	11.000,00
Psiquiatra	1	20 horas	Atender pacientes com distúrbios mentais, realizar acompanhamento medicamentoso e atuar em conjunto com uma equipe de psicologia.	11.000,00
Anestesiologia	1	20 horas	Realizar avaliação pré-anestésica, aplicação de anestesia e monitoramento de pacientes durante procedimentos cirúrgicos.	11.000,00
Cirurgia Vascular	1	20 horas	Avaliar e tratar doenças vasculares, realizar procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos e acompanhar pós-operatório de pacientes com doenças vasculares.	11.000,00
Dermatologia	1	20 horas	Diagnosticar e tratar doenças da pele, realizar exames preventivos e tratamentos estéticos e cirúrgicos menores.	11.000,00
Gastroenterologia	1	20 horas	Diagnosticar e tratar distúrbios do sistema digestivo, realizar	11.000,00

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Especialidade Médica	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços	Salário (R$)
			endoscópios e acompanhar doenças gastrointestinais crônicas.	
Hematologia	1	20 horas	Avaliar e tratar doenças do sangue, como anemia, leucemia e distúrbios de coagulação, com foco em diagnóstico e tratamento especializado.	11.000,00
Infectologia	1	20 horas	Diagnosticar e tratar doenças infecciosas, desenvolver planos de controle de infecções e atuar na prevenção de epidemias e doenças contagiosas.	11.000,00
Mastologia	1	20 horas	Realizar diagnóstico e tratamento de doenças das mamas, incluindo acompanhamento de câncer de mama e cirurgias mamárias.	11.000,00
Nefrologia	1	20 horas	Acompanhar pacientes com doenças renais, realizar consultas especializadas e monitorar pacientes em tratamento conservador ou hemodiálise.	11.000,00
Oftalmologia	1	20 horas	Realizar exames oftalmológicos, diagnósticos de doenças oculares, prescrição de correção visual e procedimentos cirúrgicos como catarata e glaucoma.	11.000,00
Otorrinolaringologia	1	20 horas	Diagnosticar e tratar doenças do ouvido, nariz e garganta, realizar exames audiológicos e cirurgias otorrinolaringológicas.	11.000,00

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Especialidade Médica	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços	Salário (R$)
Pneumologia	1	20 horas	Realizar diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias, como asma, bronquite e DPOC, e acompanhar pacientes em ventilação mecânica ou reabilitação pulmonar.	11.000,00
Proctologia	1	20 horas	Diagnosticar e tratar doenças do trato intestinal e retal, realizando exames preventivos e cirúrgicos para condições proctológicas como hemorróidas e fissuras anais.	11.000,00
Reumatologia	1	20 horas	Acompanhar pacientes com doenças reumatológicas, como artrite, lúpus e osteoporose, focando no tratamento clínico e controle de sintomas.	11.000,00
Urologia	1	20 horas	Diagnosticar e tratar doenças do trato urinário e do sistema reprodutor masculino, incluindo cirurgias e acompanhamento de distúrbios como exames renais e câncer.	11.000,00
Cardiologia	1	20	Realiza consultas e avaliações de pacientes com doenças cardiovasculares, interpreta exames (ECG, ecocardiograma, etc.), prescreve tratamentos, acompanha casos crônicos, atende urgências cardiológicas, promove prevenção e atua em conjunto com equipe multidisciplinar.	11.000,00
Clínico Geral	1	20	Realiza consultas de rotina, diagnóstico inicial de diversas condições de saúde, prescreve	11.000,00

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Especialidade Médica	Quant.	Carga Horária Semanal	Descrição dos Serviços	Salário (R$)
			tratamentos, solicita e interpreta exames complementares, faz o acompanhamento de doenças crônicas, encaminha pacientes para especialistas e promove ações de prevenção em saúde. Atua em equipe multidisciplinar para garantir o cuidado integral ao paciente.	

3. Modelo de Atendimento

O modelo de atendimento da Policlínica seguirá uma abordagem de **linhas de cuidado**, focando na articulação entre diferentes especialidades e no atendimento contínuo ao longo do ciclo de vida do paciente. A equipe interdisciplinar, composta por profissionais da saúde e médicos especializados, trabalhará de forma integrada, respeitando os protocolos clínicos estabelecidos e promovendo o cuidado centrado no paciente.

4. Estratégias de Atuação

A proposta da ABEAS para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse prevê a implementação das seguintes estratégias:

- **Abordagem Interdisciplinar**: Integração entre as diversas áreas de cuidado, garantindo a troca de saberes e a elaboração conjunta de planos terapêuticos.
- **Ações Educativas**: Promoção de campanhas de educação em saúde, orientadas ao autocuidado e à prevenção de agravos.
- **Projetos Terapêuticos Individualizados (PTIs)**: Desenvolvimento de planos de cuidado específicos para cada paciente, considerando sua condição de saúde e necessidades individuais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- **Avaliação e Monitoramento Contínuos**: Avaliação semestral da composição da equipe e do quantitativo profissional, com base nas demandas e necessidades de saúde da região.

A equipe proposta pela ABEAS para a Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse está alinhada às necessidades de saúde da população, sendo flexível para ajustes conforme a demanda reprimida da Região de Saúde. A avaliação periódica permitirá otimizações contínuas, garantindo a entrega de um serviço de excelência.

3.3.2. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada

Os Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada, encontram-se nos ANEXOS ao final desta proposta de trabalho.

3.3.3. Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica com incremento sem custos adicionais

3.3.3.1. Estimativa empregada para consultas médicas ambulatoriais de Primeira Consulta (Externo) por especialidade, conforme item 12.1.4., da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse

CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS DE PRIMEIRA CONSULTA (EXTERNO) POR ESPECIALIDADE	PROPOSTA DO EDITAL	PROPOSTA DA INSTITUIÇÃO COM INCREMENTO	PORCENTAGEM SOBRE A PROPOSTA DO EDITAL
Anestesiologia	-	-	-
Angiologia/Cirurgia Vascular	20	22	10%

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Cardiologia	80	88	10%
Coloproctologia	20	22	10%
Clínico Geral – linha do cuidado	-	-	-
Dermatologia	90	99	10%
Endocrinologia	70	77	10%
Gastroenterologia	30	33	10%
Ginecologia	100	110	10%
Hematologia	10	11	10%
Infectologia	10	11	10%
Mastologia	20	22	10%
Nefrologia	30	33	10%
Neurologia	80	88	10%
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	20	22	10%
Oftalmologia	350	385	10%
Ortopedia/Traumatologia	220	242	10%
Otorrinolaringologia	90	99	10%
Pediatria	60	66	10%
Pneumologia	30	33	10%
Psiquiatria	50	55	10%
Reumatologia	20	22	10%
Urologia	70	77	10%

3.3.3.2. Equipe multiprofissional por procedimento

PROCEDIMENTO	PROPOSTA DO EDITAL	PROPOSTA DA INSTITUIÇÃO COM INCREMENTO	PORCENTAGEM SOBRE A PROPOSTA DO EDITAL
Consultas Médicas	4.400	4.840	10%
Consulta da Equipe Multiprofissional - processos terapêuticos de média duração	4.300	4.730	10%

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

PROCEDIMENTO	PROPOSTA DO EDITAL	PROPOSTA DA INSTITUIÇÃO COM INCREMENTO	PORCENTAGEM SOBRE A PROPOSTA DO EDITAL
Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	30	35	15%
Consultas odontológicas	600	690	15%
Procedimentos básicos	110	125	15%
Periodontia	90	105	15%
Endodontia	60	70	15%
Cirurgia Oral	90	105	15%
Sessões Hemodiálise: considerando 2 turnos e 3 sessões semanais por pacientes	884	973	10%
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: considerando 10 dias de treinamento para cada paciente	40	44	10%
Distância percorrida transporte de pacientes	10.000 km – 02 VAN´s		

3.3.3.3. SADT

PROCEDIMENTO	PROPOSTA DO EDITAL	PROPOSTA DA INSTITUIÇÃO COM INCREMENTO	PORCENTAGEM SOBRE A PROPOSTA DO EDITAL
Análises Clínicas	-	-	-
Audiometria	05	06	10%
Cistoscopia	05	06	10%
Colonoscopia	40	44	10%
Colposcopia	10	11	10%

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

PROCEDIMENTO	PROPOSTA DO EDITAL	PROPOSTA DA INSTITUIÇÃO COM INCREMENTO	PORCENTAGEM SOBRE A PROPOSTA DO EDITAL
Densitometria Óssea	15	17	10%
Doppler Vascular	50	55	10%
Ecocardiografia	70	77	10%
Eletrocardiografia	60	66	10%
Eletroencefalografia	05	06	10%
Eletroneuromiografia	20	22	
Endoscopia	90	99	10%
Espirometria	10	11	10%
Exames Oftalmológicos	-	-	-
Holter	70	77	10%
Mamografia	50	55	10%
MAPA	50	55	10%
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama	05	06	10%
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireoide	05	06	10%
Punção aspirativa por agulha grossa	05	06	10%
Radiologia	150	165	10%
Ressonância Magnética	150	165	10%
Teste Ergométrico	40	44	10%
Tomografia	300	330	10%
Ultrassonografia	150	165	10%
Urodinâmica	10	11	10%
Videolaringoscopia	10	11	10%

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Conforme se observa nas tabelas acima, em todos os itens: Especialidades Médicas, Especialidades não Médica. SADT; existem incrementos numéricos igual ou menor a 10% das metas propostas pelo Edital. Tudo isso sem impacto financeiro para a CONTRATANTE.

3.3.4. Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada

Os Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada, encontram-se nos ANEXOS ao final desta proposta de trabalho.

3.3.5. Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima

A demanda por serviços sociais é cada vez mais crescente diante das múltiplas expressões da questão social resultante das redefinições no mundo do trabalho. Nesse contexto, urge que o Serviço Social desenvolva propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos. Portanto, é nessa perspectiva, que o Serviço Social, ao buscar uma sintonia com a atual forma de gerenciamento, com novas exigências e conceitos, tem por desafio precípuo redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional nesse cenário e traçar horizontes para formulação de propostas que façam frente às diversas demandas que são apresentadas no nosso cotidiano.

Esta instrução estabelece as diretrizes para o funcionamento do Serviço Social na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, especificando a estrutura, normas e rotinas, áreas de abrangência, horário de funcionamento e equipe mínima necessária. O objetivo é garantir um atendimento de qualidade à população, promovendo o bem-estar social e a efetivação dos direitos dos usuários.

O Serviço Social tem como missão

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Prestar assistência social de forma integral, desenvolvendo ações educativas de saúde e de cidadania que contribuam para uma melhor qualidade de vida da clientela atendida, além de favorecer o ensino, extensão e a formação profissional.

Objetivos

- Garantir a organização e eficiência do Serviço Social na policlínica.
- Estabelecer procedimentos padronizados para o atendimento aos usuários.
- Promover a articulação entre os diversos setores da policlínica e as redes de serviços externos.
- Assegurar a continuidade dos serviços oferecidos, respeitando as políticas públicas de saúde.

Estrutura organizacional

- O Setor de Serviço Social subordina-se à Diretoria Administrativa, tendo como função programar, coordenar, operacionalizar e supervisionar projetos sócio-educativos da área de sua abrangência.

Horário de funcionamento

- O serviço funcionará de segunda-feira à sexta-feira, das 7h00m às 19h00m.

Coordenação do serviço

A Coordenação do Serviço Social será exercida exclusivamente por assistente social devidamente inscrito no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS.

Dimensionamento de Pessoal

COLABORADORES	Quant.	Carga Horária Semanal	VINCULO
Assistente Social	02	30 h	CLT

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Atribuições

- Participar na formulação da política social da Instituição, contribuindo para a humanização da Unidade de Saúde, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados;
- Assessorar o Diretor técnico-administrativo no âmbito de Serviço Social;
- Representar o serviço nas atividades e reuniões da instituição;
- Intermediar junto à Direção os assuntos inerentes à dinâmica do serviço;
- Elaborar escala e enviar cópias para os setores de pessoal e nutrição;
- Elaborar escalas de férias para o pessoal em exercício;
- Requerer material permanente e de consumo;
- Coordenar as reuniões setores;
- Elaborar relatórios de custos mensais;
- Elaborar relatórios das atividades do setor (mensal e anual);
- Promover o intercâmbio entre a instituição e o curso de Serviço Social da cidade, fomentando o desenvolvimento das atividades em ensino, pesquisa e extensão;
- Interagir com as demais coordenações para melhor viabilização dos processos institucionais;
- Representar a Instituição em fóruns, congressos ou seminários em atividades inerentes ao Serviço Social;
- Responsabilizar-se pelo controle e conservação dos bens patrimoniais alocados em seu âmbito administrativo;
- Avaliar com a equipe de colaboradores o desempenho do Serviço Social nas diversas unidades da Instituição;
- Delegar atividades à equipe de colaboradores do Serviço Social.

Normas e Rotinas

- O Assistente Social receberá o plantão ao final do turno;
- O plantonista que assumir deverá proceder à leitura do relatório do plantão anterior para:
    - a) Tomar conhecimento dos casos pendentes;
    - b) Dar encaminhamento aos casos em processo de resolução;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- c) Verificar a existência de algum óbito não resolvido, existindo, dar prioridade e proceder de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito hospitalar.

- Realizar visita à enfermaria da emergência coma finalidade de:
  - a) Identificar a paciente, visando conhecer os motivos a sua internação, inteirando- se junto à equipe interdisciplinar sobre a conduta a ser dada ao caso;
  - b) Esclarecer a paciente sobre os procedimentos a serem adotados;
  - c) Realizar abordagens educativas individuais ou grupais.
  - d) Identificar pacientes de alta e quando necessário informar aos respectivos familiares com a finalidade de agilizar a remoção;
- Atendimento a familiares ou responsáveis com a finalidade de:
  - a) Orientá-los acerca da rotina e dinâmica da unidade, estabelecendo um elo entre a equipe interdisciplinar e a família;
  - b) Sensibilizar os familiares sobre a importância e necessidade da doação de sangue;
  - c) Orientar familiares quanto às normas e regulamentos;
  - d) Comunicar óbito aos familiares e orientá-los quanto às providências cabíveis de acordo com o procedimento operacional padrão para resolução de óbito.
  - e) Entendimento com a equipe interdisciplinar sobre o estado de saúde das pacientes, coletando informações para posterior entendimento com familiares;
  - f) Manter contato telefônico com familiares, notificando a admissão da paciente, quando solicitado;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

3.4. Implantação e funcionamento de outros serviços

3.4.1. Proposta para Implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse - Yoga, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Acupuntura

A Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS), comprometida com a promoção da saúde e bem-estar, propõe a implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Essas práticas incluem Yoga, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Acupuntura, como parte de uma abordagem holística no atendimento à saúde. Acreditamos que essas práticas podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, promovendo o bem-estar físico, mental e emocional.

Justificativa

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) têm sido reconhecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como métodos eficazes para promover saúde e prevenir doenças. Em conformidade com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), essas terapias visam tratar o ser humano de forma integral, complementando os tratamentos convencionais com abordagens que estimulam os mecanismos naturais de cura e promovem a saúde integral.

A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, sendo um centro de referência regional em atendimento médico, possui um papel estratégico na oferta de serviços que beneficiem a comunidade. A inclusão de PIC, como Yoga, Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura, diversificará as opções terapêuticas oferecidas aos pacientes, ampliando o escopo de atendimento com foco em práticas preventivas e restaurativas, além de potencializar o impacto positivo na saúde da população.

Objetivos

Objetivo Geral:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Implementar e oferecer Práticas Integrativas e Complementares (PIC), com foco em Yoga, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Acupuntura, na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, proporcionando um atendimento mais amplo e humanizado à população.

Objetivos Específicos:

- Promover a saúde integral: Oferecer aos pacientes ferramentas de autocuidado e prevenção por meio de técnicas milenares reconhecidas pela sua eficácia.
- Complementar tratamentos convencionais: Integrar as PIC com tratamentos médicos tradicionais para potencializar os resultados e reduzir efeitos colaterais.
- Reduzir o uso de medicamentos: Minimizar a dependência de medicamentos, especialmente em casos de dor crônica e problemas de saúde mental, com abordagens naturais e menos invasivas.
- Capacitar profissionais de saúde: Oferecer formação contínua aos profissionais da Policlínica sobre as práticas de Yoga, MTC e Acupuntura, garantindo um atendimento qualificado e integrado.
- Aumentar a satisfação dos usuários: Melhorar a qualidade de vida dos pacientes através de tratamentos que promovam o bem-estar físico, emocional e mental.

Metodologia

Yoga

- Descrição: Uma prática que combina posturas físicas, exercícios de respiração e meditação, que promovem o equilíbrio do corpo e da mente.
- Público-alvo: Pacientes com condições como ansiedade, depressão, hipertensão, dores crônicas, entre outros.
- Formação da equipe: Capacitação de profissionais de saúde para orientar grupos de prática de Yoga ou contratação de instrutores especializados.

Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

- Descrição: Um sistema médico holístico que inclui técnicas como fitoterapia chinesa, ventosaterapia e dietoterapia. A MTC é baseada no equilíbrio do Qi (energia vital) e busca restaurar o equilíbrio natural do corpo.
- Público-alvo: Pacientes com distúrbios crônicos, doenças metabólicas, desequilíbrios emocionais e outros.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Implementação: Oferecer consultas de MTC na Policlínica, em que os pacientes receberão orientações dietéticas, prescrição de ervas e tratamentos complementares, como a aplicação de ventosas.

Acupuntura

- Descrição: Técnica milenar que consiste na inserção de agulhas em pontos específicos do corpo para tratar diversas condições de saúde, principalmente dores crônicas, insônia, estresse e desequilíbrios energéticos.
- Público-alvo: Pacientes com dores musculoesqueléticas, enxaquecas, problemas digestivos e transtornos de ansiedade.
- Equipe e equipamentos: Profissionais de saúde especializados em Acupuntura e equipamentos específicos para a prática, como agulhas descartáveis.

Estrutura Operacional

Para a implementação das PIC, será necessária a criação de uma estrutura adequada na Policlínica. Seguem os principais pontos a serem considerados:

Espaço físico: Salas adequadas para a prática de Yoga (amplas e bem ventiladas), consultórios para Acupuntura e MTC, equipados com macas e materiais específicos.

- Equipe: Contratação ou capacitação de profissionais da área de saúde já atuantes na Policlínica, com foco em fisioterapeutas, médicos e enfermeiros, bem como a eventual contratação de especialistas externos (acupunturistas, instrutores de Yoga).
- Horário de atendimento: Definir horários específicos para atendimento com PIC, possibilitando sessões individuais e em grupos, de acordo com a demanda e perfil dos pacientes.
- Divulgação: Campanha informativa para a comunidade e pacientes, destacando os benefícios das práticas e como acessá-las.

Indicadores de Sucesso

A implementação será monitorada e avaliada com base nos seguintes indicadores:

- Adesão dos pacientes: Número de pacientes atendidos mensalmente pelas PIC.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Satisfação dos pacientes: Pesquisa de satisfação para medir a percepção de melhora no bem-estar geral e alívio de sintomas.
- Redução no uso de medicamentos: Avaliação de redução do uso de medicamentos convencionais para condições como dor crônica e ansiedade.
- Melhoria nos quadros clínicos: Relatos de melhora nos sintomas tratados por meio de Yoga, MTC e Acupuntura.

A implementação das Práticas Integrativas e Complementares na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse visa oferecer um cuidado integral aos pacientes, alinhando-se às diretrizes do SUS e às necessidades da população local. Acreditamos que a integração de práticas como Yoga, Medicina Tradicional Chinesa e Acupuntura não só aprimorará a qualidade do atendimento, mas também proporcionará alternativas eficazes para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

3.4.2. Proposta para Implementação da Biodança na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse como Práticas Integrativas e Complementares (PIC)

A Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS) apresenta esta proposta com o objetivo de implementar a Biodança como parte das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A Biodança é uma metodologia que utiliza a música, o movimento e a vivência em grupo para promover a saúde física, emocional e social dos participantes. Esta prática está alinhada com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que reconhece a importância de métodos terapêuticos naturais e holísticos no tratamento e promoção da saúde.

Justificativa

A Biodança, desenvolvida pelo chileno Rolando Toro na década de 1960, é uma prática que busca a reintegração do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com a natureza, promovendo bem-estar e qualidade de vida. Ao ser introduzida na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, a Biodança se tornará uma ferramenta terapêutica inovadora para complementar os tratamentos convencionais, focando em aspectos emocionais, sociais e

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

psicológicos que muitas vezes não são atendidos de forma eficaz apenas com medicamentos ou terapias convencionais.

As Práticas Integrativas e Complementares, incluindo a Biodança, proporcionam uma abordagem humanizada e integral da saúde, que visa tanto a prevenção quanto a promoção do bem-estar. A implementação desta prática beneficiará especialmente pacientes com quadros de ansiedade, depressão, estresse, problemas de relacionamento interpessoal, além de promover uma maior conexão com o corpo e a própria identidade.

Objetivos

Objetivo Geral:

Integrar a Biodança como uma Prática Integrativa e Complementar na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, visando melhorar a saúde física, mental e emocional dos pacientes através de vivências que estimulem a expressão das potencialidades humanas.

Objetivos Específicos:

- Promover o bem-estar emocional: Reduzir níveis de estresse, ansiedade e depressão através de vivências grupais que proporcionam conexão e alegria.
- Aprimorar a qualidade de vida: Fortalecer o equilíbrio entre corpo e mente, promovendo a autorregulação e o aumento da vitalidade.
- Estimular a socialização: Melhorar as relações interpessoais e fortalecer vínculos sociais por meio de experiências de empatia e cooperação.
- Facilitar a expressão de emoções: Proporcionar aos participantes um espaço seguro para a expressão emocional e integração psicossomática.
- Complementar os tratamentos convencionais: Oferecer uma abordagem integrativa que apoie os tratamentos médicos tradicionais e os resultados terapêuticos já estabelecidos.

Metodologia

A proposta da ABEAS para a implementação da Biodança envolve as seguintes etapas:

Formação de grupos terapêuticos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A Biodança será oferecida em grupos terapêuticos, com encontros semanais de aproximadamente 90 minutos cada, divididos em:

- Acolhimento e explicação da prática: Os pacientes são recebidos e é realizada uma breve introdução ao tema da sessão.
- Vivências: O facilitador de Biodança conduz uma série de vivências que combinam movimento, música e interação grupal, focadas em estimular a expressão emocional e corporal de forma integrada.
- Compartilhamento: Ao final das sessões, os participantes têm espaço para compartilhar suas experiências, promovendo a reflexão sobre os sentimentos e emoções vivenciados.

Capacitação dos profissionais

Será necessária a contratação de um facilitador certificado em Biodança ou a capacitação de um profissional de saúde da equipe da Policlínica, a fim de garantir a qualidade e a eficácia das vivências.

Além disso, os demais profissionais da saúde envolvidos serão sensibilizados sobre a importância e os benefícios da Biodança, para que a prática possa ser integrada de maneira complementar aos tratamentos já oferecidos na Policlínica.

Estrutura física

Para a prática da Biodança, será necessário um espaço físico amplo e adequado, com piso adequado para movimentação, boa ventilação e condições de conforto para os participantes. A sala deve ser equipada com sistema de som para a reprodução das músicas que acompanham as vivências.

Integração com outros tratamentos

A Biodança será integrada com os demais serviços da Policlínica como um tratamento complementar, especialmente em casos de pacientes com condições crônicas, transtornos de saúde mental e problemas emocionais ou sociais. A prática poderá ser indicada por médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde da unidade.

Público-alvo

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A Biodança é uma prática indicada para pessoas de todas as idades, incluindo:

- Pacientes com transtornos de ansiedade e depressão;
- Pessoas com problemas de estresse e esgotamento físico ou emocional;
- Indivíduos que buscam melhorar suas relações interpessoais;
- Pessoas em tratamento de doenças crônicas, para apoio psicossocial e emocional.

Além disso, a prática também pode ser aberta a familiares de pacientes e profissionais de saúde, contribuindo para o fortalecimento de uma rede de apoio integrada e fortalecendo a humanização do atendimento.

Indicadores de Sucesso

O sucesso da implementação da Biodança como PIC será avaliado com base nos seguintes indicadores:

- Número de participantes: Monitorar a adesão e participação nos grupos de Biodança ao longo dos meses.
- Nível de satisfação dos pacientes: Aplicação de questionários de avaliação ao final de cada ciclo de vivências, medindo o impacto positivo na saúde física e emocional dos participantes.
- Efeitos terapêuticos observados: Relatos de melhoria nos quadros clínicos, como redução de sintomas de ansiedade, depressão, estresse e melhora no bem-estar geral dos pacientes.
- Integração com tratamentos convencionais: Avaliar o impacto positivo da Biodança no tratamento complementar de condições crônicas e doenças associadas ao estresse.

Custos Estimados

Os custos para implementação da Biodança como PIC incluem:

- Capacitação/Contratação de facilitador: Variável, dependendo da necessidade de formação de um profissional interno ou contratação externa.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Adequação do espaço físico: Reformas ou melhorias no espaço de vivências.
- Equipamento de som: Aquisição de equipamentos de som para a reprodução de músicas.
- Materiais de apoio: Impressão de material informativo sobre a prática e seus benefícios para distribuição aos pacientes.

A implementação da Biodança como Prática Integrativa e Complementar na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse proporcionará aos pacientes uma ferramenta terapêutica inovadora e eficaz, que complementa os tratamentos convencionais e promove a saúde integral. Acreditamos que esta proposta trará benefícios significativos tanto para a saúde física quanto para a saúde emocional dos participantes, reforçando o papel da Policlínica como um centro de referência em atendimento humanizado e de qualidade.

3.4.3. Proposta para Funcionamento de Centro de Especialidades Odontológicas - CEO II na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse

Criado em 2004 o programa Brasil sorridente tem mudado a vida de muitos brasileiros, tirando o país da prevalência de médio índice de cárie para baixo índice de cárie, garantindo melhoria na saúde bucal da população com maior abrangência em todos os estados e regiões do Brasil.

O programa possui atividades de prevenção e promoção a saúde bucal como fluoretação das águas de abastecimento, equipes de saúde bucal na atenção primária a saúde que desenvolvem ações nas escolas, igrejas e espaços que compõem as regiões abrangentes, aplicação tópica de flúor e procedimentos restauradores que devolvem a função dos dentes e reestabelecem a autoestima dos pacientes.

A visão de saúde bucal antes do programa era voltada para o método extracionista, quando havia dor eram realizadas as mutilações através da exodontia dentária, prejudicando a fala, função dos dentes e auto estima das pessoas, não havia a recuperação da saúde bucal e nem políticas públicas que cuidassem pra prevenção da cárie, gengivite e periodontite que são as doenças que mais acometem os dentes.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Hoje em dia com a criação do Brasil sorridente, o SUS oferece ações voltadas para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, inclusive detecção do câncer e lesões de boca.

As principais diretrizes são baseadas no direito de todos os brasileiros a um sorriso saudável, parte fundamental para uma vida digna, aumento da autoestima e o exercício da cidadania

O Ministério da Saúde divulgou os resultados da pesquisa SB Brasil 2020/2023, a principal forma de avaliar as condições de saúde bucal da população, em que mais de 40 mil pessoas foram entrevistadas e examinadas nas 27 capitais e em 403 cidades do interior de todo o país. Do total de pessoas, 7.198 são crianças de 5 anos de idade. A pesquisa registrou que 53,17% dessas crianças não têm cárie, índice 14% maior do que o resultado da última pesquisa, em 2010, quando 46,6% das crianças entrevistadas estavam livres da doença.

A pesquisa destaca um importante crescimento de crianças de cinco anos livres de cárie nas regiões Sul (aumento de 40,7% entre 2010 e 2023), Sudeste (21,9%), Nordeste (17,1%) e Norte (11,2%), tanto nas capitais como nas cidades do interior, sendo que a Centro-oeste apresentou pequena diminuição nessa proporção (de 38,8% para 37,9%). É por meio desse estudo que os governos federal, estadual, distrital e municipal podem planejar políticas públicas com base nas necessidades reais dos brasileiros.

Em 2023 houve a retomada do programa com a inserção da política nacional de saúde bucal na lei orgânica da saúde. Assim, a saúde bucal passou a ser um direito de todos os brasileiros garantido por lei. O ato reconheceu a importância da atenção em saúde bucal pelo SUS e reforçou o compromisso do governo federal com o acesso à saúde principalmente em regiões de maior vulnerabilidade.

Também a criação de serviço odontológico de especialidades no interior do país, com foco nos municípios de até 20 mil habitantes. O Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) reforçou, novamente, o compromisso de garantir atendimento odontológico integral em regiões desassistidas. São mais de 15,2 milhões de brasileiros com acesso à prevenção, às especialidades odontológicas e recuperação da saúde bucal.

A PORTARIA Nº 599 DE 23 DE MARÇO DE 2006, define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Com a expansão das ações voltadas para a saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, por meio das equipes de Saúde Bucal, houve o aumento do acesso e da oferta de procedimentos.

Para garantia da continuidade do cuidado, quando necessário, o usuário pode ser encaminhado aos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, que permitem a oferta do cuidado ambulatorial e especializado em saúde bucal à população.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A atenção especializada, atua de forma estratégica para qualificar e melhorar a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde Bucal, atuando como suporte técnico e assumindo responsabilidade pelos usuários e ao mesmo tempo, preservando o vínculo com a Atenção Primária à Saúde.

Os CEOs são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

I-Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
II-Periodontia especializada;
III-cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
IV-Endodontia;
V-Atendimento a portadores de necessidades especiais.

A proposta para implantação de CEO modalidade tipo II contempla as seguintes especialidades: Diagnóstico bucal, com foco na detecção e diagnóstico de câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor de tecidos duros e moles, endodontia Atendimento a pessoas com necessidades especiais.

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 restauração de dente permanente posterior.

Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 -retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

A equipe do CEO modalidade II compõe os seguintes profissionais: 4 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.

Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais. No mínimo de pessoal de apoio administrativo recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.

Os equipamentos e matérias necessários para implementação são: Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

serviços; e 4 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade, auxiliar, equipo e refletor), mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.

O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS-SIA/SUS, conforme segue:

a) Para os CEOs Tipo 2:

110 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);

0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);

0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);

0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;

0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;

0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;

0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;

0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;

0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;

0307030016 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);

0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;

0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

90 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) ;

0414020081 ENXERTO GENGIVAL;

0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);

0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);

0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

60 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;

0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;

0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;

0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;

0307020088 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

0307020096 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE C/ 3 OU MAIS RAÍZES;

0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR;

0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;

0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;

0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;

0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS;

0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;

0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLO DENTÁRIAS;

0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLO-DENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;

0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR;

0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/ DENTÁRIA;

0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;

0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;

0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO;

0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRA-ORAL;

0401010082 FRENECTOMIA;

0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;

0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ ORO-SINUSAL;

0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;

0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;

0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;

0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;

0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE

0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MA XILO-MANDIBULAR

0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL

0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;

0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);

0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;

0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;

0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;

0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;

0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 GLOSSORRAFIA;
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;
0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
0414020146 EXODONTIA MULTIPLA C/ ALVEOLO-PLASTIA POR SEXTANTE;
0414020170 GLOSSORRAFIA;
0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
0414020219 ODONTOSECÇÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
0414020367 TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

Proposta da ABEAS para Solicitação do Recurso de Custeio Mensal do CEO

Para formalizar a solicitação do recurso de custeio mensal do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) junto ao Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS), deverá encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) os seguintes documentos:

- Planilha de Verificação de Atendimento às Condições Estabelecidas para a Habilitação de CEO:
- Conforme o Anexo da Portaria GM/MS nº 283, de 22 de fevereiro de 2005, do programa Brasil Sorridente, devidamente preenchida.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Fotos dos Consultórios:
- Imagens dos consultórios odontológicos com os equipamentos instalados.
- Fotos dos Ambientes do CEO:
- Fotos dos itens considerados obrigatórios de acordo com o Manual de Aplicações Gráficas da Logomarca do Programa Brasil Sorridente, demonstrando a conformidade com os requisitos estabelecidos.

Esta documentação é essencial para comprovar que o CEO atende às condições necessárias para a habilitação e manutenção do recurso de custeio mensal. A ABEAS se compromete a seguir todas as diretrizes previstas nas normas vigentes para garantir a continuidade e excelência dos serviços prestados à população.

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Modalidade Tipo II é uma unidade de referência no atendimento especializado em odontologia, inserida na rede de saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. A implantação de um CEO Modalidade Tipo II visa atender à demanda reprimida de especialidades odontológicas, proporcionando um cuidado integral, ampliando o acesso aos serviços de saúde bucal de qualidade, e diminuindo as desigualdades no atendimento especializado.

Justificativa

A criação do CEO Modalidade Tipo II é fundamental para suprir as necessidades de atendimento odontológico especializado em regiões que apresentam carência desse tipo de serviço. A unidade será responsável por ampliar o acesso à saúde bucal, complementando a atuação das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária e promovendo uma rede integrada de cuidados.

A implantação do CEO irá:

- Melhorar os indicadores de saúde bucal.
- Aumentar a resolutividade das demandas odontológicas.
- Reduzir filas e tempo de espera por atendimentos especializados.
- Contribuir para a promoção e prevenção da saúde bucal na comunidade.

Objetivos

Objetivo Geral: Implantar um Centro de Especialidades Odontológicas Modalidade Tipo I, oferecendo atendimento especializado e de qualidade à população no âmbito do SUS.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Objetivos Específicos:

- Oferecer atendimento especializado em Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Diagnóstico Bucal com ênfase no diagnóstico e detecção precoce do câncer bucal.
- Integrar as ações de saúde bucal entre Atenção Primária e Secundária, com fluxo adequado de referência e contrarreferência.
- Proporcionar a capacitação dos profissionais de odontologia para aprimorar as técnicas e condutas clínicas.

Estrutura e Funcionamento

Localização: O CEO Modalidade Tipo II será instalado em um espaço estratégico, de fácil acesso à população, com infraestrutura adequada para atender às demandas de especialidades odontológicas.

Equipe: A equipe mínima necessária para o funcionamento do CEO Modalidade Tipo II incluirá:

- 01 Cirurgião-dentista especializado em Endodontia.
- 01 Cirurgião-dentista especializado em Periodontia.
- 01 Cirurgião-dentista especializado em Cirurgia Oral Menor.
- 01 Cirurgião-dentista especializado em Diagnóstico Bucal.
- 04 Auxiliares de Saúde Bucal.
- 01 Técnico em Saúde Bucal.
- 01 Recepcionista/Atendente.

Estrutura Física: O CEO deverá contar com:

- 04 consultórios odontológicos completos.
- 01 sala de espera ampla.
- 01 sala de esterilização.
- 01 sala de apoio administrativo.
- Sanitários para pacientes e equipe.
- Depósito de materiais de consumo e equipamentos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Horário de Funcionamento: O CEO funcionará de segunda a sexta-feira, em horário integral, das 8h às 17h, conforme a demanda local e a pactuação com a Secretaria de Saúde.

Fluxo de Atendimento

O acesso ao CEO será via encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde, garantindo a hierarquização do atendimento. A triagem dos pacientes será feita pela Atenção Primária, conforme os critérios de prioridade estabelecidos.

O fluxo de referência e contrarreferência será rigorosamente seguido para assegurar o seguimento do tratamento nas UBS após o atendimento especializado, garantindo a continuidade do cuidado.

Gestão e Monitoramento

A gestão do CEO será realizada por um coordenador, responsável pelo planejamento das atividades, distribuição da demanda, organização do fluxo de trabalho e monitoramento dos indicadores de saúde bucal.

Os indicadores monitorados incluirão:

- Taxa de encaminhamento resolvido.
- Tempo médio de espera para atendimento especializado.
- Satisfação dos pacientes atendidos.
- Número de procedimentos realizados por especialidade.

Parcerias

O CEO deverá firmar parcerias com universidades e centros de formação odontológica para o desenvolvimento de atividades de educação permanente e programas de estágio, incentivando a troca de conhecimento e inovação nas práticas odontológicas.

Cronograma de Implantação

Fase 1 – Planejamento (Mês 1):

- Definição da equipe de gestão.
- Elaboração do projeto arquitetônico e plano de ação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Fase 2 – Execução (Mês 2 ao 4):

- Adequação do espaço físico.
- Aquisição de materiais e equipamentos.
- Capacitação da equipe.

Fase 3 – Operacionalização (Mês 5):

- Início dos atendimentos.
- Implementação do fluxo de atendimento e referência.

A implantação do Centro de Especialidades Odontológicas Modalidade Tipo I irá preencher uma lacuna importante na oferta de serviços especializados em odontologia, proporcionando à população acesso a tratamentos de qualidade, promovendo a saúde bucal e a prevenção de doenças, além de integrar de forma efetiva os níveis de atenção à saúde no SUS.

3.4.4. Proposta para Funcionamento da Clínica de Serviços Dialíticos na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse

Introdução

Esta proposta visa estabelecer a oferta de assistência especializada em Doença Renal Crônica (DRC) nos estágios 3, 4 e 5, englobando as fases Pré-Dialítica, Atenção Especializada com Hemodiálise e Diálise Peritoneal. A Clínica de Serviços Dialíticos funcionará dentro da Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, sob a gestão da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS), assegurando atendimento de alta qualidade e resolutividade para pacientes da região.

Objetivos

Geral: Oferecer assistência ambulatorial especializada em Doença Renal Crônica (DRC) nos estágios 3, 4 e 5, promovendo a continuidade do cuidado, melhoria da qualidade de vida e redução da mortalidade dos pacientes.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Específicos:

- Garantir a assistência multiprofissional para pacientes com DRC em estágios avançados, incluindo a fase pré-dialítica, hemodiálise e diálise peritoneal.
- Estabelecer um protocolo de acompanhamento regular para evitar a progressão da doença.
- Facilitar o acesso ao tratamento dialítico, incluindo o transporte adequado de pacientes.
- Oferecer educação e capacitação contínua aos profissionais e aos pacientes para o manejo adequado da DRC.

Estrutura dos Serviços

A Clínica de Serviços Dialíticos será estruturada em três áreas principais:

- Atenção Pré-Dialítica: Monitoramento e cuidado de pacientes com DRC nos estágios 3 e 4, focando na prevenção da progressão para a necessidade de diálise.
- Hemodiálise: Tratamento para pacientes em estágio 5 da DRC, com instalação de máquinas de hemodiálise, capacidade para 17 cadeiras, e funcionamento em dois turnos para atender até 34 pacientes/dia.
- Diálise Peritoneal: Assistência domiciliar para pacientes com indicação de diálise peritoneal, com acompanhamento ambulatorial e telemonitoramento.

Passo a Passo da Oferta de Assistência

❖ Identificação e Triagem: Pacientes são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para avaliação inicial e triagem de acordo com o estágio da DRC.

❖ Avaliação Multidisciplinar: A equipe médica realiza exames e avalia o estágio da DRC, decidindo sobre a inclusão no programa pré-dialítico ou a necessidade de diálise.

❖ Acompanhamento Ambulatorial: Pacientes em fase pré-dialítica são acompanhados com consultas periódicas, controle da progressão da doença e educação sobre cuidados.

❖ Início da Terapia Dialítica: Pacientes em estágio 5 da DRC são encaminhados para o tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal, conforme a indicação médica.

❖ Transporte de Pacientes: O serviço disponibiliza duas vans para o transporte de pacientes que necessitam de hemodiálise, com cobertura de até 10.000 km/ano.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

❖ Monitoramento e Ajustes: Realização de exames regulares, acompanhamento clínico e ajustes no tratamento conforme necessário, para cada modalidade de tratamento dialítico.

Equipe Mínima Necessária

- ❖ 2 Médico Nefrologista
- ❖ 2 Enfermeiro Especializado em Nefrologia
- ❖ 4 Técnicos de Enfermagem para suporte às sessões de hemodiálise
- ❖ 1 Assistente Social
- ❖ 1 Psicólogo
- ❖ 1 Nutricionista especializado em nefrologia
- ❖ 1 Farmacêutico
- ❖ 1 Coordenador Administrativo
- ❖ Motoristas para as vans de transporte (2)

Cronograma Anual de Ações

➢ Janeiro - Março: Identificação inicial de pacientes e triagem; capacitação da equipe; estruturação do serviço de transporte.

➢ Abril - Junho: Implementação completa do serviço de hemodiálise e diálise peritoneal; início dos acompanhamentos pré-dialíticos.

➢ Julho - Setembro: Revisão de protocolos e aprimoramento do fluxo de transporte de pacientes; seminários de educação para os pacientes.

➢ Outubro - Dezembro: Avaliação anual dos resultados; ajustes nos processos de assistência e transporte; revisão de metas para o próximo ano.

Transporte de Pacientes

Duas vans serão dedicadas exclusivamente ao transporte de pacientes em tratamento de hemodiálise. As vans devem cumprir a meta de 10.000 km por ano para atender os pacientes em suas viagens de ida e volta à clínica, garantindo pontualidade e conforto no transporte de pacientes que residem em áreas distantes da Policlínica.

Financiamento e Parcerias

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

O financiamento do serviço será garantido por meio de recursos estaduais e federais, com potencial de parcerias com entidades privadas e universidades para desenvolvimento de pesquisa e inovação em tratamento de DRC.

Esta proposta visa a implementação de um serviço de excelência no atendimento de pacientes com Doença Renal Crônica, assegurando qualidade de vida e tratamento humanizado para a população da Região Nordeste de Goiás. O funcionamento adequado da Clínica de Serviços Dialíticos depende de um planejamento eficiente, equipe qualificada e suporte contínuo para os pacientes.

3.4.5. Proposta para Implantação do Serviço de Telessaúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse

Introdução

A telessaúde, instituída pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, permite a prestação remota de serviços de saúde por meio de tecnologias de informação e comunicação.

A proposta da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS) visa a implementação de um robusto serviço de telessaúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, oferecendo teleconsulta, telemonitoramento de pacientes crônicos, telematriciamento, teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação.

Objetivos Geral

Implementar o serviço de telessaúde para otimizar a integração entre a Policlínica e a Atenção Primária, promovendo a continuidade do cuidado e melhorando o acesso aos serviços de saúde da macrorregião.

Objetivos Específicos

- Facilitar o acesso de pacientes crônicos a serviços de monitoramento remoto.
- Integrar as equipes da Atenção Primária da macrorregião com a Policlínica, melhorando o fluxo de referência e contra-referência.
- Oferecer apoio técnico e consultivo às equipes da Atenção Primária através do telematriciamento e teleconsultorias.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Realizar telediagnósticos, otimizando o tempo e a qualidade de diagnósticos complexos.
- Promover tele-educação para capacitação contínua dos profissionais de saúde.

Serviços de Telessaúde Oferecidos

A Policlínica oferecerá os seguintes serviços, devidamente integrados com a Atenção Primária:

Teleconsulta: Realização de consultas médicas e multiprofissionais à distância, com foco em interconsultas e retornos.

Telemonitoramento: Acompanhamento remoto de pacientes crônicos, utilizando dispositivos e softwares para monitoramento de sinais vitais e sintomas.

Telematriciamento: Apoio matricial para equipes da Atenção Primária, permitindo discussões de casos e compartilhamento de planos de cuidado.

Teleconsultoria: Consultoria remota entre profissionais de saúde para suporte em diagnósticos, terapias e manejos complexos.

Telediagnóstico: Realização de exames à distância, com envio de laudos e diagnósticos através de sistemas de telemedicina.

Tele-educação: Formação continuada de profissionais da saúde, com cursos, seminários e treinamentos oferecidos remotamente.

Estrutura Tecnológica e Requisitos

Para o funcionamento adequado do serviço de telessaúde, a Policlínica deve contar com:

- **Equipamentos de Videoconferência:** Sistemas de alta qualidade para a realização de teleconsultas e reuniões entre profissionais.
- **Softwares de Gestão Hospitalar:** Integração com prontuários eletrônicos para registro e compartilhamento dos dados dos pacientes entre a Policlínica e as Unidades de Atenção Primária.
- **Plataformas de Telediagnóstico:** Soluções tecnológicas para a transmissão de imagens e laudos médicos de forma segura e eficiente.
- **Segurança de Dados:** Garantia de transmissão segura de informações sensíveis, conforme as exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Equipe Técnica

Para assegurar a qualidade do serviço, será necessário:

- Coordenador de Telessaúde: Responsável pela gestão e operacionalização do serviço.
- Médicos e Multiprofissionais: Profissionais das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e outras áreas de especialização para realização das teleconsultas.
- Técnicos de Informática: Responsáveis pelo suporte técnico e operacionalização dos sistemas e equipamentos.
- Assistentes Administrativos: Encarregados do agendamento das teleconsultas e gestão do fluxo de pacientes.

Fluxo e Integração com a Atenção Primária

Referência e Contrarreferência: As vagas para teleconsultas serão ofertadas pela Policlínica para as equipes da Atenção Primária da macrorregião. As consultas serão agendadas conforme a demanda, em colaboração com a Regulação Estadual (SES) e o parceiro privado.

Compartilhamento de Informação: Todos os registros de teleatendimentos serão realizados no prontuário eletrônico do paciente e compartilhados com a equipe da Atenção Primária, garantindo a continuidade do cuidado.

Apoio Matricial: O serviço será voltado preferencialmente ao apoio matricial, permitindo que os profissionais da Policlínica compartilhem seu conhecimento com as equipes da Atenção Primária, promovendo o cuidado integrado e a transição adequada entre os níveis de atenção.

Cronograma de Implementação

- 1º Trimestre: Instalação da infraestrutura tecnológica, formação da equipe técnica e capacitação dos profissionais.
- 2º Trimestre: Início das atividades de teleconsulta, telemonitoramento e telematriciamento. Avaliação inicial do fluxo de atendimento e ajustes necessários.
- 3º Trimestre: Expansão do serviço para incluir telediagnóstico e teleconsultoria. Integração plena com as equipes da Atenção Primária.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

➢ 4º Trimestre: Avaliação anual dos resultados, revisão dos protocolos e expansão das atividades de tele-educação.

A implementação do serviço de telessaúde na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse, em conformidade com a Lei nº 14.510/2022, proporcionará um avanço significativo na qualidade e acessibilidade do cuidado. A integração entre a Policlínica e a Atenção Primária, o suporte matricial, e a tecnologia avançada garantirão que os pacientes recebam um atendimento humanizado, eficiente e contínuo.

3.4.6. Proposta para Funcionamento do Serviço de Assistência Especializada (SAE) na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse

Introdução

A Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS) apresenta uma proposta para a implantação e funcionamento do Serviço de Assistência Especializada (SAE), voltado para a assistência ambulatorial às pessoas que vivem com HIV/Aids e Hepatites Virais, na Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse.

O objetivo deste serviço é proporcionar um atendimento integral e de qualidade por meio de uma equipe multidisciplinar, assegurando a continuidade do cuidado ao longo do tratamento do paciente.

Objetivos Gerais

- Oferecer assistência ambulatorial a pacientes com HIV/Aids e Hepatites Virais, garantindo a adesão ao tratamento e à otimização dos recursos disponíveis.
- Garantir acesso a um atendimento multidisciplinar, incluindo assistência clínica, farmacêutica, psicológica e social.
- Facilitar o acesso a outras especialidades médicas necessárias para o tratamento e acompanhamento integral do paciente.
- Promover a orientação e prevenção junto aos pacientes e familiares, visando à redução da transmissão de ISTs e à melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Estrutura de Funcionamento do SAE

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Equipe Mínima

Para garantir a qualidade e continuidade da assistência prestada, a equipe básica do SAE será composta por:

- Médico Infectologista: responsável pela avaliação clínica, diagnóstico e manejo terapêutico dos pacientes.
- Enfermeiro: responsável pelo acompanhamento clínico, educação em saúde e administração de medicamentos.
- Farmacêutico: encarregado da dispensação de medicamentos conforme os protocolos clínicos e orientações do Ministério da Saúde.
- Assistente Social: responsável pela avaliação socioeconômica e encaminhamento dos pacientes aos serviços sociais e assistenciais, quando necessário.
- Psicólogo: responsável por prestar apoio psicológico e desenvolver estratégias para a adesão ao tratamento.
- Técnico de Enfermagem: apoio ao enfermeiro nas rotinas ambulatoriais e procedimentos clínicos.
- Cirurgião Dentista (Clínico Geral): assistência odontológica preventiva e curativa para os pacientes.

Serviços Prestados

I. Atendimento Médico, Enfermagem e Assistência Farmacêutica: acompanhamento contínuo para diagnóstico, prescrição e monitoramento do tratamento.

II. Suporte Psicológico e Social: apoio para a adesão ao tratamento, promoção de bem-estar e garantia de direitos sociais.

III. Orientação em Biossegurança: capacitação dos pacientes e seus familiares para reduzir o risco de contágio e promover práticas seguras.

IV. Dispensação de Medicamentos: fornecimento dos medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde para HIV/Aids e Hepatites Virais, seguindo os protocolos clínicos estabelecidos e utilizando o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). A dispensação será feita pela Policlínica, com registros adequados no prontuário eletrônico dos pacientes.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

V. Realização de Exames Laboratoriais: coleta de amostras para exames necessários ao diagnóstico e monitoramento da condição clínica do paciente, com processamento em laboratórios locais ou de referência.

VI. Acesso a Especialidades Médicas: facilitação do acesso a especialidades como dermatologia, ginecologia/obstetrícia, proctologia, urologia, neurologia, entre outras, para o atendimento completo e integral ao paciente.

VII. Aconselhamento em IST/HIV/AIDS: orientação e aconselhamento sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais, tanto para pacientes quanto para seus familiares, visando a educação e conscientização.

VIII. Atendimento a Exposições Biológicas e Violência Sexual: atendimento emergencial a pacientes acidentados com exposição a material biológico ou vítimas de violência sexual, incluindo a administração de profilaxias pós-exposição.

IX. Educação Continuada: atuação como referência na multiplicação de conhecimento sobre IST/HIV/Aids para a rede básica de saúde, promovendo treinamentos e ações educativas.

Cronograma Anual de Ações

Mês 1 a 3: Preparação e Implantação

I. Levantamento de Necessidades: Avaliação das necessidades estruturais e de recursos humanos da Policlínica.

II. Contratação e Treinamento da Equipe: Contratação dos profissionais da equipe mínima (infectologista, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, psicólogo, cirurgião-dentista e técnico de enfermagem), com capacitação sobre os protocolos do SAE e uso dos sistemas SICLOM e prontuário eletrônico.

III. Adequação Física e Logística: Adaptação do espaço físico para atendimento dos pacientes e instalação de sistemas de armazenamento e dispensação de medicamentos.

IV. Estabelecimento de Fluxos e Protocolos: Definição dos fluxos de atendimento, critérios de triagem e prioridades, além da atualização dos protocolos de dispensação de medicamentos.

4Mês 4 a 6: Início do Atendimento

I. Início do Atendimento Ambulatorial: Início do atendimento integral a pacientes com HIV/Aids e Hepatites Virais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

II. Acompanhamento Multidisciplinar: Implementação do acompanhamento por toda a equipe, integrando os serviços de atendimento médico, psicológico, social e farmacêutico.

III. Monitoramento Inicial de Indicadores: Avaliação dos primeiros indicadores de adesão ao tratamento, satisfação dos pacientes e qualidade do atendimento.

Mês 7 a 9: Avaliação e Ajustes

I. Avaliação Semestral: Revisão dos processos de atendimento e fluxos internos, com base nos indicadores coletados.

II. Ajustes na Estrutura e Fluxos: Realização de ajustes conforme a demanda dos pacientes e a necessidade de melhoria dos processos.

III. Capacitação da Rede Básica: Promoção de treinamentos para profissionais da rede básica de saúde sobre IST/HIV/Aids, ampliando a rede de apoio ao tratamento.

Mês 10 a 12: Expansão e Consolidação

I. Expansão Gradual do Atendimento: Ampliação do número de atendimentos conforme a demanda da população e aumento de pacientes cadastrados.

II. Avaliação Anual: Revisão anual completa das atividades e planejamento de novas ações com base nos resultados do primeiro ano de operação, propondo possíveis ajustes na estrutura e fluxos de trabalho.

A implementação do Serviço de Assistência Especializada (SAE) na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse proporcionará um atendimento de excelência e acolhimento para os pacientes com HIV/Aids e Hepatites Virais. A estrutura proposta, com uma equipe multidisciplinar e cronograma de ações bem definido, busca não apenas o tratamento clínico dos pacientes, mas também a promoção da adesão ao tratamento, a educação em saúde e o apoio psicossocial, assegurando um atendimento integral e humanizado. Além disso, a cooperação com a rede básica de saúde e a capacitação contínua dos profissionais contribuirão para a sustentabilidade do serviço e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

3.4.7. Instrução para Funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Estabelece normas e rotinas para o funcionamento eficiente da equipe multiprofissional da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, definindo a área de abrangência, horário de funcionamento e a composição mínima da equipe, visando oferecer atendimento de qualidade nas especialidades disponíveis.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A Policlínica atenderá à população residente na Região Nordeste, garantindo acesso aos serviços de saúde especializados.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

- Dias: Segunda a Sexta-feira
- Horário: Das 7h às 19h

COMPOSIÇÃO MÍNIMA DA EQUIPE

A equipe multiprofissional deverá contar, no mínimo, com os seguintes profissionais:

- Assistente Social
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psicólogo
- Cirurgião-Dentista (Odontologia)
- Médicos (das especialidades ofertadas)

NORMAS E ROTINAS

Atendimentos e Agendamentos:

- Os atendimentos serão realizados preferencialmente por agendamento prévio, podendo atender demandas espontâneas conforme determinação da SES-GO.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Cada profissional deve seguir a agenda estabelecida, respeitando os horários e número de atendimentos diários.

Registro e Documentação:

- Todos os atendimentos devem ser registrados no prontuário eletrônico do paciente, garantindo a confidencialidade das informações.
- Relatórios mensais de atendimentos devem ser elaborados por cada profissional e entregues à coordenação.

Reuniões de Equipe:

- Reuniões semanais deverão ser realizadas para discussão de casos, planejamento de ações e avaliação dos serviços prestados.
- A participação de todos os membros da equipe é obrigatória.

Protocolos e Diretrizes:

- Seguir os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e órgãos competentes.
- Atualizações e capacitações devem ser realizadas periodicamente para garantir a qualidade do atendimento.

Atendimento Humanizado:

- Tratar os pacientes com respeito, dignidade e empatia, assegurando um ambiente acolhedor.
- Priorizar atendimentos a pacientes com necessidades especiais, idosos, gestantes e crianças.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Assistente Social

- Realizar acolhimento social, orientações sobre direitos e políticas públicas.
- Articular com redes de apoio e serviços sociais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Enfermeiro

- Coordenar a equipe de enfermagem.
- Realizar procedimentos e atendimentos de enfermagem especializados.

Farmacêutico

- Dispensação e controle de medicamentos.
- Orientação sobre o uso correto de medicamentos aos pacientes.

Fisioterapeuta

- Avaliação e tratamento fisioterapêutico individualizado.
- Desenvolvimento de programas de reabilitação.

Fonoaudiólogo

- Diagnóstico e tratamento de distúrbios da comunicação e deglutição.
- Acompanhamento terapêutico em fonoaudiologia.

Nutricionista

- Avaliação nutricional e elaboração de planos alimentares.
- Educação nutricional individual e em grupo.

Psicólogo

- Atendimento psicológico clínico.
- Desenvolvimento de atividades terapêuticas em grupo.

Cirurgião-Dentista (Odontologia)

- Realização de procedimentos odontológicos preventivos e curativos.
- Educação em saúde bucal.

Médicos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Realização de consultas e procedimentos nas suas respectivas especialidades.
- Solicitação e interpretação de exames complementares.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Pontualidade e Assiduidade: Todos os profissionais devem cumprir rigorosamente seus horários de trabalho.

Ética Profissional: Respeitar os princípios éticos e legais da profissão.

Comunicação: Manter comunicação efetiva entre os membros da equipe para garantir a integralidade do atendimento.

Segurança: Seguir normas de biossegurança e promover um ambiente seguro para pacientes e colaboradores.

3.4.8. Normas para Funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima

DIRETORIA GERAL

É a autoridade funcional da Unidade de Saúde, responsável pelo cumprimento das obrigações e metas previamente definidos em contrato, bem como pela implantação das diretrizes e políticas de gestão da Unidade. Compete à Diretoria Geral cumprir e fazer cumprir o Manual de Gestão do serviço.

Recepção e Atendimento ao Público:

- O atendimento na recepção será realizado de forma organizada, com controle rigoroso do fluxo de pacientes e visitantes.
- Devem ser seguidos os protocolos de triagem para direcionamento adequado dos pacientes.
- A recepção deve contar com profissionais capacitados para o atendimento humanizado.

Agendamento de Consultas:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- O agendamento será realizado por meio de sistemas informatizados, com priorização de casos urgentes e conforme a disponibilidade dos profissionais.
- Alterações de horários de consulta ou cancelamentos devem ser comunicados com pelo menos 24 horas de antecedência.

Faturamento e Auditoria:

- Toda a movimentação financeira e os serviços prestados devem ser registrados no sistema, garantindo transparência e controle.
- A auditoria interna será realizada periodicamente para garantir conformidade com as normativas e evitar falhas administrativas.

Suprimentos:

- Todos os materiais e insumos da policlínica serão controlados por meio de inventário semanal.
- Solicitações de reposição de material devem ser encaminhadas com antecedência ao setor responsável.

Recursos Humanos:

- A equipe será orientada quanto às suas funções, horários e escalas de trabalho, com o acompanhamento periódico da produtividade e satisfação.
- Treinamentos e reciclagens serão oferecidos conforme necessário, garantindo a capacitação contínua da equipe.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

- De segunda à sexta feira das 8h às 18h.

Dimensionamento de Pessoal

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

COLABORADORES	QUANT.	CARGA HORÁRIA SEMANAL	VÍNCULO
Diretor Geral	01	44	CLT
Diretor Administrativo	01	44	CLT
Auxiliar Administrativo	01	44	CLT
Recepcionistas/Atendentes	02	44	CLT
Secretário(a) para Agendamento e Secretaria Geral	01	44	CLT
Profissional de Faturamento	01	44	CLT
Profissional de Almoxarifado/Suprimentos	01	44	CLT
Assistente de Recursos Humanos	01	44	CLT
Técnico de Manutenção	01	44	CLT

- Recepcionistas/Atendentes: Para atender o público e organizar o fluxo de pacientes.
- Secretário(a) para Agendamento e Secretaria Geral: Responsável pela agenda dos médicos e comunicação interna.
- Profissional de Faturamento: Para a gestão financeira e faturamento dos serviços prestados.
- Profissional de Almoxarifado/Suprimentos: Para o controle de estoque e distribuição de insumos.
- Assistente de Recursos Humanos: Para gestão de colaboradores, incluindo escalas, faltas e férias.
- Técnico de Manutenção: Para acompanhamento da infraestrutura e resolução de problemas técnicos.

Equipe de Apoio Médico e Multiprofissional:

- Profissionais da área de saúde escalados conforme a demanda de atendimento.

Segurança e Conformidade

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Todos os colaboradores devem seguir os protocolos de segurança e conformidade, garantindo um ambiente de trabalho seguro e em conformidade com as normas regulamentadoras da área da saúde.
- Serão realizadas auditorias periódicas para avaliar o cumprimento das normas estabelecidas, bem como a eficácia das rotinas administrativas.

Essas diretrizes poderão ser adaptadas conforme a legislação local e as necessidades específicas da policlínica, sempre alinhadas com as políticas de saúde pública e as regulamentações pertinentes.

3.4.9. Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica

AQUISIÇÃO DE MATERIAS E MEDICAMENTOS

COMPRAS PROGRAMADAS:

- Receber Solicitação – Receber a Solicitação de Compra no sistema conferindo se os itens não fazem parte dos grupos atendidos pela central de Compras e se todas as especificações do(s) item(ns) solicitadas estão devidamente informadas, após esta analise liberar ao comprador responsável.
- Fazer contato com Fornecedor(es) – Entrar em contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade, solicitando o envio de uma proposta para fornecimento.
- Receber proposta - Receber a proposta e orçamentos do Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis.
- Analisar propostas - Analisar as informações enviadas pelo Fornecedor, se o produto cotado está correto, se a quantidade solicitada está correta e compara se o preço informado é igual ao da última compra.
- Emitir Ordem de Compra - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a esta todos os documentos relativos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

ao processo de compra: Solicitação de Compra, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.

- Analisar e Aprovar as Ordens de Compra:
  - 1) Coordenador Compras;
  - 2) Dir. Apoio;
  - 3) Dir. Financeiro.
- Confirmar a aquisição - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que se refere a aquisição, enviando uma cópia da OC para o Fornecedor.
- Controlar Processo - Arquivar todo o processo de aquisição, junto com uma cópia da OC em arquivo no Setor de Compras.
- Encaminhar ao Setor de Recebimento - Entregar no Setor de Recebimento a OC. e Ficha de Inspeção.
- Verificar conclusão do processo de Compra - Receber, todo o dia pela manhã, encaminhado pelo responsável do setor de Recebimento, Ficha de Inspeção e as Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

COMPRAS DE CONSUMO DIRETO/ESTOQUE:

- Receber Solicitação via Sistema - Receber a Solicitação de Compra, verificando se todas as especificações do(s) item(ns) solicitadas estão devidamente informadas.
- Definir prioridade da Solicitação e Liberar no sistema ao comprador Responsável pelo grupo - Definir com o Comprador a prioridade de atendimento da Solicitação dentro da rotina diária dos pedidos.
- Contatar Fornecedor(es) - Entrar em contato com fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando da necessidade, (produto, marca, quantidade, preço, prazo de pagamento, e prazo de entrega) e solicitando o envio de uma proposta para fornecimento. Este contato será realizado nas seguintes condições:
  - Até R$200,00, não é necessária a formalização de nenhuma cotação de preços, sendo o comprador autorizado a fazer a aquisição de forma direta.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- De R$200,01 até R$999,99 é necessário documentar através de uma cotação de preços, com no mínimo 3 fornecedores, para que o comprador efetue a aquisição.
- De R$1.000,00 em diante é necessário anexar ao processo de compras além da cotação de preços, os orçamentos enviados pelos fornecedores para documentar o processo.
- Nos casos de urgência, devidamente documentados no documento de Solicitação de Compras, pelo responsável pela solicitação, o comprador estará dispensado de formalizar a compra através de cotação ou orçamentos.

- Receber propostas - Receber as propostas e orçamentos dos fornecedores, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, inserindo as informações no Mapa de Cotação;
- Analisar propostas - Analisar as informações enviadas pelos fornecedores, escolhendo a melhor proposta, levando em conta preço, prazo de entrega e prazo de pagamento;
- Confirmar a aquisição - Entrar em contato com Fornecedor informando os itens a serem adquiridos, dentro das condições acertadas nas cotações e orçamentos, identificando o número da Ordem de Compra a que refere-se a aquisição.
- Emitir a Ordem de Compra - Emitir Ordem de Compra com todas as informações acordadas com o Fornecedor, e anexar a este todos os documentos relativos ao processo de compra: Solicitação de Compra, Mapa de Cotação, Orçamentos, e todo e qualquer outro documento que se relaciona ao processo.
- Aprovar Ordem de Compra – Analisar e aprovar a Ordem de Compra, o processo de compra e a sua documentação.:
  - 1) Coordenador de Compras;
  - 2) Diretor de Apoio.
- Encaminhar ao Setor de Recebimento (Farmácia e Almoxarifado) - Arquivar no Setor de Recebimento (Farmácia, SND, Engº Clinica e Hospitalar ou Almoxarifado) a Ordem de Compra, no arquivo de Ordem de Compras do Setor, arquivando as mesmas por data de recebimento.
- Verificar conclusão do processo de Compra - Verificar, todo o dia pela manhã, a existência de Ordens de Compra que estiverem com o prazo de entrega vencido, e entrar em contato com os Fornecedores para regularizar a situação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

COMPRA DE EMERGÊNCIA DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO

- Receber Solicitação - Receber a Solicitação de Compra no Sistema verificando se todas as especificações do(s) item(s) solicitadas estão devidamente informadas, após esta analise liberar ao comprador responsável.
- Fazer contato com Fornecedores local - Entrar em Contato com Fornecedor, através dos diversos meios de comunicação disponíveis, informando a necessidade.
- Fazer contato com Parceiros - Entrar em contato com Diretor e/ou Responsável por suprimentos e/ou Farmácia dos parceiros.
- Efetuar a Compra e/ou empréstimo - Em caso de empréstimo este deverá ser solicitado através Documento de Empréstimo através sistema ou em caso de compras seguir o procedimento esse procedimento no item ¨COMPRASPROGRAMADAS".
- Nota: Quando realizado empréstimo atentar-se para a reposição do produto antes da virada do mês.

RECEBIMENTO E GUARDA

Recebimento de Itens solicitados:

- Receber Nota Fiscal e conferir com a Ordem de compra – O almoxarifado recebe a nota fiscal do fornecedor e confere com a ordem de compras encaminhado anteriormente pelo setor de compras devidamente autorizada e assinada. Nunca receber uma nota fiscal sem a ordem de compra. Qualquer divergência na ordem de compras entrar em contato com o setor de compras para que imediatamente sejam realizadas alterações.
- Conferir o produto – O almoxarifado comunica o setor solicitante para realizara conferência em conjunto, devendo ser observado: volumes entregues verificando o estado da embalagem dos produtos; setores solicitantes conferem os produtos quanto: espécie, quantidade, lote e validade. Após a conferência, assinar o canhoto da Nota Fiscal informando a data e o responsável pelo recebimento e concordando com a entrega. Carimba a Nota Fiscal com o carimbo de Recebimento, informando a data do recebimento, o nome do Colaborador responsável pelo recebimento da NF.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Verificar divergências - Verificar a existência de divergência entre a Ordem de Compra/Pedido de Compra e a Nota Fiscal.
- Verificar na NF valor inferior ou superior ao constante na OC/PC -Verificar a existência de divergência de valor na NF em relação a OC/PC. Verificar se a quantidade de produtos constantes na NF e na OC/PC está correta. Sendo as quantidades constantes da NF inferior a da OC/PC, anotar quais os itens e/ou quantidades estão divergentes/faltantes na própria OC/PC, tirar cópia da OC/PC, manter esta cópia com os itens faltantes no arquivo de Ordem de Compra do setor, aguardando a entrega posterior dos itens faltantes. Comunicar esta situação ao Setor de Compras.
- Classificar os itens da Nota Fiscal - Carimbar com o carimbo de classificação Contábil, no verso da Nota Fiscal, e classificar conforme os grupos contábeis, os valores dos itens constantes na NF.
- Registrar e emitir documentos – O auxiliar administrativo realiza a entrada e emite: relatório de entrada do produto, relatório contábil de entrada de produto e quando necessário o relatório de pendências. Em caso de Nota fiscal de medicamentos da Portaria 344/98 uma cópia deve ser entregue para a farmacêutica para ser arquivada.
- Enviar o processo a contabilidade – O auxiliar administrativo do almoxarifado encaminha o processo completo (NF e OC) para a contabilidade, protocolando a entrega. No caso de produtos do setor de almoxarifado serão conferidos e permanecerão na área de recebimento até a realização da entrada e liberação para armazenamento.
- Arquivar 2ª via NF - Arquivar por mês a 2ª via da NF em arquivo próprio.
- Preencher Formulário de Inspeção de Recebimento - Preencher o Formulário de Inspeção de Recebimento, informando as divergências e não conformidades que ocorreram no processo.
- Nota: O Formulário de Inspeção de Recebimento da Nutrição é específico: F.XXX.SND.001 - FICHA DE INSPEÇÃO NO RECEBIMENTO DE ALIMENTOS
- Armazenar (exceto para itens da farmácia e nutrição) – Após a liberação do auxiliar administrativo, os materiais e medicamentos do setor de farmácia deverá ser encaminhado para a farmácia e os produtos de nutrição deverão ser enviados para a nutricionista, para todos os demais produtos ao armazenar seguir o armazenamento utilizando a data de vencimento para a organização das prateleiras de forma a facilitar a dispensação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

DISTRIBUIÇÃO

- Receber Requisição – Receber a requisição de materiais. As requisições serão recebidas diariamente de acordo com cronograma entregue aos setores. Serão recebidas via sistema até às 10:30h e atendidas no mesmo dia. Solicitações feitas após esse horário serão entregues no dia seguinte.
- Separar os itens para entregar aos Setores - Separar os itens a serem entregues, conforme a solicitação feita pelos setores da unidade.
- Lançar baixa de Requisição de Material no Sistema Informatizado - Registrar no Sistema Informatizado, a saída/consumo dos itens solicitados pelos setores e entregues pelo Almoxarifado.
- Entregar produtos nos Setores - Entregar nos Setores os produtos solicitados no Almoxarifado, acompanhados por uma cópia da Requisição de Materiais para conferência no setor solicitante.
- Receber e conferir entrega dos produtos - Receber e conferir, com base na cópia da solicitação os produtos entregues no setor e assinar recebimento.

3.4.10. Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial

REGULAMENTO DE COMPRAS, CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS E ALIENAÇÕES DA ABEAS – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente regulamento, tem como finalidade garantir a observância dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência e da isonomia, dentre outros, tendo como precípuo assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, assim como de estabelecer normas e critérios para compras, contratações de obras e serviços especializados e alienações pela **Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS**, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, doravante denominada **Organização Social**.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Parágrafo Primeiro – Na qualidade de Organização Social, na área de saúde no âmbito da União, Estados, Municípios e Distrito Federal em todo o território nacional, este regulamento se submete aos princípios constitucionais da administração pública, minimamente na observância da legalidade, razoabilidade, impessoalidade, eficiência, isonomia e julgamento objetivo.

Parágrafo Segundo – Este Regulamento se aplica a todos os dispêndios financeiros sob a rubrica de compras, contratação de serviços especializados ou não e alienações, da **Organização Social**, inclusive aqueles que serão realizados por unidades descentralizadas, em todo o território nacional, excluindo-se aqueles que se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios da **Organização Social** e/ou aqueles cujas despesas realizadas sejam oriundas de contratos firmados com empresas privadas, cujo procedimento é específico.

Parágrafo Terceiro – A **Organização Social** fica dispensada da observância do disposto neste Regulamento nos casos em que a escolha do contratado esteja associada a suas características particulares, vinculada às oportunidades de negócio definidas e específicas ou ainda em casos de extrema necessidade, em especial, naqueles casos onde a vida de seus empregados e usuários esteja sendo ameaçada, justificada a inviabilidade de procedimento competitivo.

Art. 2º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas que atendam aos princípios do artigo anterior, a mais vantajosa, seja na modalidade de melhor combinação técnica e preço, melhor técnica ou menor preço, nessa ordem, para as necessidades de gestão de suas unidades ou unidades geridas através de contrato de gestão, termos de colaboração, em todo o território nacional.

Art. 3º - Todo o processo de compras, contratações de obras e serviços e alienações de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado, afim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos órgãos de fiscalização, órgãos de controle, de auditorias internas e/ou externas.

CAPÍTULO II – DAS COMPRAS E CONTRATAÇÕES

Título I – Definição

Art. 4º - Para fins do presente regulamento considera-se:

I – **Compra:** toda aquisição a título oneroso, de materiais de consumo e/ou materiais permanentes para fornecimento e entrega de uma só vez ou de forma parcelada, visando

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

suprir as necessidades das unidades de saúdes geridas pela **Organização Social,** com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades;

II – **Contratação:** vínculo jurídico formal com fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços especializados, expressos por ordem de compras, ordem de serviço e/ou contrato;

III – **Obra e serviços de engenharia:** toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura;

IV– **Serviço:** prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual destinado a obter determinada utilidade de interesse da gestão em todas as unidades de saúde geridas pela ABEAS a título oneroso, realizada por terceiros, tais como: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade e seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos profissionais especializados, produção artística, serviços gráficos despesas com concessionarias de consumo, água, esgoto, energia, internet, sites, dentre outros

V – **Alienação:** toda cessão ou transferência de bens móveis, a título oneroso ou gratuito, permanente e/ou temporária;

VI– **Edital:** documento formal emitido pela **Organização Social** para dar publicidade aos seus processos de compras, contratação e/ou alienação, contendo todas as informações necessárias a respeito do processo de compras, contratações de obras e serviços e alienações;

VII – **Ordem de Compras ou de Serviços:** documento emitido pelo setor de compras da **Organização Social,** ao fornecedor ou prestador de serviços, relatando suscintamente os dados da aquisição, especificações técnicas, prazo de entrega, local de entrega, dentre outros;

VIII – **Compras e contratações de serviços programados:** Compras e contratação de serviços que são realizados no curso dos Contratos de Gestão da **Organização Social;**

IX- **Compras e contratações de Grande Valor:** Compras e contratações de serviços de valor superior a R$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);

X **- Compras e contratações de serviços emergenciais:** Compras e contratações de serviços que são realizados para início de novos contratos de gestão ou aquelas, que, por sua característica não poderiam ser previstos;

XI– **Compras e contratações complexas:** Compras e contratações que exigem desenvolvimento de memoriais e/ou projetos, com especificações técnicas inexistentes no mercado;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

XII – **Compras e Contratações Diretas:** Compras e contratações de obras e serviços previstas nas hipóteses do artigo 20 deste Regulamento.

XIII – **Contratações de Serviços Técnicos Profissionais Especializados**: Contratação de serviços técnicos previstos nas hipóteses do artigo 22 deste Regulamento.

XIV – **Compras e Contratações por Adesão a Ata de Registro de Preços:** Compras e contratações mediante a utilização de Ata de Registro Preços gerenciadas por entes públicos federal, estaduais, distritais e/ou municipais.

XV – **Compras com Base em Portal de Compras:** Compras de medicamentos e materiais hospitalares, poderão ser realizadas, mediante utilização de Portal de Compras *on line,* para fins de escolha dos fornecedores com melhores preços. Mesmo que o processo de compras seja realizado através de portal de compras, ainda assim, serão aceitas propostas de preços de fornecedores não cadastrados junto a estas plataformas, desde que enviadas por e-mail, ou entrega junto aos setores de compras das Unidades de Saúde geridas pela **Organização Social**, mediante protocolo de entrega, visando uma maior competitividade.

Parágrafo Único – Os processos de compras e contratação de serviços descritos nos incisos X e XII do parágrafo anterior, somente serão utilizados de forma excepcionalíssima, devendo ser autorizados previamente pelo Gestor da Unidade solicitante, após parecer favorável do jurídico da **Organização Social.**

Título II – Das fases dos processos de compras e contratações

Art. 5º - Os processos de compras e contratações deverão obedecer às fases a seguir especificadas:

I – Solicitação de Compras ou Contratação de Serviços (levando em consideração, inclusive a padronização atualizada dos produtos, unidade a ser entregue, dentre outras informações constantes da ordem de compras, especificações técnicas, quantidade, dentre outras), devendo ser elaborada pelo setor de compras e autorizada pelo gestor da unidade de saúde;

II – Divulgação do Edital;

III – Habilitação de fornecedores e prestadores de serviços;

IV – Julgamento da melhor oferta, seja por melhor preço e técnica, melhor técnica e menor preço, nessa ordem;

V – Emissão da ordem de compra ou de serviço.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 6º – A Solicitação de Compras e/ou Contratação de Serviços deverá indicar a modalidade de contração, parâmetros de valores, conforme Plano Operativo das Unidades de Saúde, assim como os parâmetros de contratação dos serviços ou bens a serem adquiridos.

Parágrafo Primeiro – Em havendo indicação pela modalidade de contratação direta, deverá ser realizada coleta de preços entre os fornecedores cadastrados na **Organização Social**, para homologação de acordo com a melhor técnica e preço, melhor técnica ou menor valor, nessa ordem em tal Convocação, mediante apresentação de propostas e documentos de qualificação que forem exigidos.

Parágrafo Segundo – Em havendo indicação do Gestor da Unidade de Saúde solicitante pela modalidade de processo de seleção, o processo será remetido para confecção de Edital, que deverá respeitar o disposto nesse regulamento.

Art. 7º. O Edital de convocação conterá as seguintes informações: I – objeto da contratação;

II – data, hora e local de abertura da sessão e/ou recebimento das propostas e demais documentos previstos em Edital;

III – modalidade de contratação;

IV – procedimento, prazos e recursos.

Art. 8º. Nos processos de contratação regidas por este Regulamento, poderão ser utilizados os seguintes critérios de julgamento:

I - melhor combinação de técnica e preço;

II - melhor técnica;

III - menor preço;

Art. 9º - Os envelopes de habilitação e proposta do fornecedor ou prestador de serviço candidato deverão atender as exigências previamente fixadas pela **Organização Social**, e deverão ser encaminhadas, por correio ou outro meio de comunicação que possa ser impresso ou entregues diretamente na sede administrativa da **Organização Social, até 1 (um) dia útil antes da realização da sessão e/ou prazo para recebimento de propostas.**

Parágrafo Primeiro – São documentos obrigatórios nos processos de compras e contratações:

TIPO DE DOCUMENTO	**OBRIGATÓRIO**
CNPJ	Sim
Inscrição Estadual	Sim
Contrato Social com alterações ou Estatuto.	Sim

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

CCM – Comprovante de Contribuintes Municipal.	Sim (quando aplicável)
Licença de funcionamento emitida pela Prefeitura.	Sim (quando aplicável)
Licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária.	Sim (quando aplicável)
Licença de funcionamento emitida pela Polícia Federal.	Sim (quando aplicável)
Atestados de Capacidade Técnica	Sim (quando aplicável)

Parágrafo Segundo – Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários também os documentos listados abaixo:

TIPO DE DOCUMENTO	**OBRIGATÓRIO**
Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União.	Sim (para fabricante e distribuidor)
Cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante.	Sim (Para distribuidor)
TIPO DE DOCUMENTO	**OBRIGATÓRIO**
Certificado de responsabilidade Técnica (documento único) emitido pelo Conselho Regional, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica. (Lei nº 5.991 de 17/09/73).	Sim (para fabricante e distribuidor)

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle, expedido pela ANVISA (renovação a cada dois anos) em caso de fabricante de correlatos. (RDC 17 de 16/04/10)	Sim (para fabricante)
Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde expedida pela ANVISA (renovação anual).	Desejável (para fabricante e distribuidor)
Cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da portaria 344/98 SVS-MS. Quando o fornecedor fabricar e/ou comercializar produtos controlados pela portaria. (Portaria 344 de 12/05/98)	Sim (para fabricante e distribuidor, quando aplicável)

Parágrafo Terceiro – Nos casos de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde será necessária a apresentação de uma cópia do documento que comprove a isenção.

Parágrafo Quarto – Nos casos em que os registros forem provisórios será necessária a apresentação de documento que comprove a renovação de registro ou a apresentação do registro definitivo.

Parágrafo Quinto – Para todas as aquisições, contratações de obras e serviços e alienações, será consultada regularidade fiscal das empresas contratadas, através da emissão das certidões negativas de débitos, atualizadas e válidas dentro do período, nos seguintes âmbitos:

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União.	Sim
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Tributos Estaduais.	Sim

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

TIPO DE DOCUMENTO	OBRIGATÓRIO
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Regularidade Fiscal do Município sede.	Sim
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos ao FGTS.	Sim
Certidão Negativa ou Positiva com Efeitos de Negativa de Débitos relativos a Débitos Trabalhistas - CNDT, emitida pela Justiça do Trabalho.	Sim

Parágrafo Sexto – Na falta de apresentação de qualquer um dos documentos acima elencados, ou ainda no caso das certidões não atenderem aos critérios acima especificados, o fornecedor será automaticamente descredenciado ou desabilitado.

Parágrafo Sétimo – É vedado qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional de pessoas físicas e/ou jurídicas que se relacionem com dirigentes ou pessoas que detenham poder decisório dentro da instituição;

Art. 10 - A melhor oferta será apurada considerando melhor técnica e preço, melhor técnica e/ou menor preço, custos com transporte e seguro até o local de entrega, além de condições de pagamento, prazo de entrega, custo para operação do produto, disponibilidade para entrega e eventual necessidade de treinamento de pessoal.

Art. 11 - A ordem de compras ou de serviços ou contrato formal efetuados com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Título III – Do procedimento

Art. 12 - Os procedimentos de compras e contratações, com exceção dos procedimentos específicos, de acordo com o parágrafo segundo do artigo 1º deste regulamento, serão divulgados através de sitio institucional da **Organização Social** na internet, aberto e acessível a público, para ampla divulgação e participação dos fornecedores interessados.

Parágrafo Primeiro - A convocação do procedimento de compras e contratações será divulgada previamente no sítio eletrônico da **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE**

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS, devendo ser respeitados os seguintes prazos mínimos para apresentação de propostas ou lances, contados a partir da divulgação do instrumento convocatório:

I - mínimo de 03 (três) dias úteis para compras e aquisição de bens;

II- mínimo de 05 (cinco) dias úteis para processo de contratação que adote como critério de julgamento a melhor combinação de técnica e preço, melhor técnica e menor preço.

Parágrafo Segundo. O prazo para impugnação de editais será de até 02 (dois) dias úteis anteriores à data da abertura da sessão pública, devendo a mesma ser enviada por e-mail ou mediante protocolo de entrega na sede da **Organização Social**.

Parágrafo Terceiro. Nos atos decorrentes da aplicação dos editais, cabem recursos no prazo de 02 (dois) dias úteis, a contar da intimação/publicação do ato impugnado.

Título IV – Das Compras de Bens Móveis e Imóveis

Art. 13 - Para fins do presente Regulamento consideram-se Bens Móveis e Imóveis como públicos, sendo estes integrantes do patrimônio da Administração Pública de forma direta e/ou indireta.

Parágrafo Primeiro - Os bens móveis e imóveis adquiridos pela **Organização Social**, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar- se-ão, exclusivamente, à sua execução, sendo que a respectiva titularidade será transferida de imediato ao ente público contratante, seja ele federal, estadual, distrital ou municipal, desde que haja previsão orçamentária no contrato de gestão ou em seus aditivos.

Parágrafo Segundo: Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pela **Organização Social**, fica garantida a esta a utilização do procedimento próprio e simplificado para realização das alienações, com controle patrimonial direto pelos seus contratantes, sejam particulares, entes públicos federais, estaduais, distritais ou municipais.

Parágrafo Terceiro - Os bens imóveis adquiridos pela **Organização Social**, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, são inalienáveis. Para os casos onde se fazem necessárias as alienações, deverão as mesmas serem solicitadas com a anuência do Poder Público ou Poder Privado, e os recursos advindos de tal procedimento revertidos em investimentos ao desenvolvimento das atividades do contrato de gestão.

Art. 14 - A aquisição de bens **imóveis**, bem como a ampliação de estruturas físicas já existentes, a serem realizadas durante a execução do contrato de gestão com recursos dele provenientes, far-se-á necessária autorização junto ao titular do órgão ou da entidade estatal parceira sob ratificação do Chefe do Executivo e/ou da pasta.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 15 - Qualquer bem adquirido pela **Organização Social**, mesmo em casos de título não oneroso (doações) em que a intenção do indivíduo seja beneficiar a entidade, o bem recebido será integrado automaticamente ao patrimônio do ente público, União, Estado, Distrito Federal ou Município conforme parágrafo primeiro do Art. 13 do presente Regulamento.

Art. 16 - Os processos para compra de bens móveis e imóveis seguirão os procedimentos previstos nos Títulos II, III e IV, do Capítulo II, deste Regulamento, salvo quando restar configurada umas das hipóteses de contratação direta e/ou contratação emergencial.

Título V – Das Obras e Serviços de Engenharia.

Art. 17 - Os processos de contratação para a execução de obras e para a prestação de serviços de engenharia obedecerão ao disposto neste artigo e, em particular, à seguinte sequência: I - projeto básico;

II - cronograma de execução das obras e serviços.

Parágrafo Primeiro - Havendo necessidade de modificação no projeto básico, especialmente em relação aos quantitativos de itens, exigências técnicas e alteração qualitativa, as mudanças deverão estar registradas em nota técnica fundamentada, que será submetida à aprovação do setor técnico competente.

Parágrafo Segundo - Os contratos destinados à realização de obras e serviços de engenharia seguirão os regimes de execução definidos no projeto básico.

Art. 18 - No projeto básico de obras e serviços serão considerados principalmente os seguintes requisitos:

I - segurança;

II - funcionalidade e adequação ao interesse público;

III - economia na execução, conservação e operação;

IV - possibilidade de emprego de mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas existentes no local para execução, conservação e operação, contudo, não se limitando a estes;

V - adoção das normas técnicas, de saúde e de segurança do trabalho adequadas e atualizadas.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 19 - Os processos para realização de obras e serviços de engenharia seguirão o procedimento previsto no Títulos II e III, do Capítulo II, deste Regulamento, salvo quando ficar configurada umas das hipóteses de contratação direta e/ou contratação emergencial.

Título VI – Das Compras e Contratações Direta

Art. 20 - Poderá ser realizada a contratação direta, na base de fornecedores e/ou prestadores de serviços cadastrados na **Organização Social**, contudo, não se limitando a estes, nas seguintes hipóteses:

I – Para obras e serviços de engenharia de valor global **até R$ 300.000,00 (trezentos mil reais),** desde que não se refiram a parcelas e uma mesma obra ou serviço ou ainda a obras e serviços de mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente;

II - para outros serviços e compras de valor global até **R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais)**, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço ou compra de maior vulto que possa ser realizado de uma só vez;

III - quando não acudirem interessados no processo de contratação anterior e essa não puder ser repetida sem prejuízo para a **Organização Social** na execução de Contrato de Gestão, desde que mantidas as condições preestabelecidas;

IV - quando as propostas apresentadas consignarem preços manifestamente superiores aos praticados no mercado nacional ou no plano operativo vigente da Unidade de Saúde firmado com seus contratantes;

V - para a locação de imóvel, quando as necessidades de instalação e localização condicionarem a escolha do imóvel, desde que o preço seja compatível com o valor de mercado;

VI - na contratação de remanescente de obra, de serviço ou de fornecimento, em consequência de rescisão contratual, desde que atendida à ordem de classificação do processo de contratação anterior e aceitas as mesmas condições do contrato encerrado por rescisão ou distrato, inclusive quanto ao preço, devidamente corrigido;

VII - para a aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira necessários à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia;

VIII - em situações de emergência, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para os bens

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

necessários ao atendimento da situação emergencial e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos e ininterruptos, contado da ocorrência da emergência, vedada a prorrogação dos respectivos contratos.

Art. 21 - A contratação direta também será feita quando houver inviabilidade de competição, em especial nas hipóteses de:

I - aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;

II - contratação de serviços técnicos especializados, com profissionais ou empresas de notória especialização, nas hipóteses previstas no Título VII, deste Regulamento.

Título VII – Das Contratações de Serviços Técnicos Profissionais Especializados

Art. 22 - Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I - estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;

II - pareceres, perícias e avaliações em geral;

III - assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas;

IV - A auditorias administrativas, contábeis, financeiras, bem como de pareceres;

V - fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras e/ou serviços;

VI - patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;

VII - treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;

VIII – prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;

IX - informática, inclusive quando envolver aquisição de softwares, hardwares, licenças, incluindo estes em regime de locação.

Art. 23 - O Gestor da unidade de saúde deverá selecionar criteriosamente os prestadores de serviços técnicos profissionais especializados, que poderão ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Título VIII – Compras e Contratações por Adesão a Ata de Registro de Preço

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 24 - A **Organização Social** poderá realizar compras e contratações por meio de adesão de Atas registradas e gerenciadas por entes públicos federais, estaduais, distritais ou municipais, desde que observadas as condições estabelecidas nos regramentos de cada Órgão.

Título IX – Compras com Base em Portal de Compras

Art. 25 - No caso de compra de medicamentos e materiais hospitalares, a **Organização Social** manterá contrato com Portal de Compras on line, para fins de escolha dos fornecedores com melhores preços, substituindo o procedimento de contratação previsto nos artigos anteriores, permanecendo a escolha pela melhor técnica e preço, melhor técnica ou menor preço cotado na Plataforma de Compra na data da compra.

Parágrafo Primeiro - O recebimento de propostas não está limitado ao portal de compras, podendo os fornecedores de medicamentos e materiais hospitalares fornecerem suas propostas por e-mail ou mediante protocolo no setor de compras da Organização Social.

CAPÍTULO III – DOS CONTRATOS

Art. 26 - Os contratos deverão estabelecer com clareza e precisão as condições de execução, aplicando-lhes as normas de direito civil, os princípios da teoria geral de contratos e as disposições do direito privado, em especial a boa fé.

Parágrafo Primeiro - A vigência dos contratos será estabelecida no Instrumento Convocatório, não podendo ultrapassar a vigência do contrato de gestão principal firmado entre a Organização Social e os Entes contratantes.

Parágrafo Segundo - Os contratos firmados com base neste Regulamento poderão ser alterados, com acréscimo ou supressões de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratual atualizado, mediante prévio acordo entre as partes, devendo conter decisão fundamentada do Gestor da Unidade de saúde.

Art. 27 - A venda ou fornecimento de bens e serviços para a **Organização Social** implica a aceitação integral e irretratável dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados por esta, bem como a observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Parágrafo Único - Para todas as compras de bens e serviços deverão ser emitidas, pelo fornecedor, nota fiscal de venda ou fatura de prestação de serviços.

Art. 28 - A critério da **Organização Social** poderão ser exigidas garantias de execução do contrato na modalidade de caução, fiança bancária ou seguro garantia.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Art. 29 - À **Organização Social** caberá o dever de fiscalizar a execução dos contratos, podendo aplicar as sanções previstas contratualmente, quando descumpridas as cláusulas pactuadas.

Parágrafo Único - A inexecução total ou parcial do contrato poderá acarretar a sua rescisão, respondendo a parte que a causou com as consequências contratuais e as previstas em lei, sem prejuízo das sanções cíveis e criminais.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30 - Para fins do presente Regulamento considera-se Gestor da Unidade de Saúde, o profissional contratado para administrar cada uma das Unidades de Saúde geridas pela **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS**, profissional este que utilizará este instrumento como base oficial da dependência.

Art. 31 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pelo Conselho de Administração, com base nos princípios gerais de direito.

Art. 32 - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

3.5. Política de recursos humanos

3.5.1. Apresentação de projetos de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações

POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DA Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

Objetivo:

Estabelecer diretrizes claras e eficazes para o desenvolvimento humano, promovendo o crescimento profissional, o bem-estar dos colaboradores e a melhoria contínua do clima organizacional. Além disso, esta política define o uso de pesquisas periódicas de clima

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

organizacional como ferramenta estratégica para o aprimoramento das práticas internacionais e para a promoção de um ambiente de trabalho saudável e colaborativo.

Princípios Fundamentais

Valorização Humana: A Policlínica confirma que seus colaboradores são o ativo mais importante para o sucesso e qualidade dos serviços prestados. O desenvolvimento humano visa a promoção de um ambiente de trabalho onde todos possam alcançar seu potencial.

Qualidade no Atendimento: O desenvolvimento de competências individuais e coletivas é essencial para a excelência no atendimento aos pacientes. Colaboradores capacitados e motivados têm um impacto direto na qualidade dos serviços de saúde prestados.

Ética e Transparência: Todas as ações de desenvolvimento humano e gestão do clima organizacional serão pautadas pela ética, transparência, respeito mútuo e alinhamento com os valores institucionais.

Pesquisa Periódica de Clima Organizacional

Objetivo da Pesquisa de Clima Organizacional

Uma pesquisa de clima organizacional será realizada com o objetivo de:

- Identificar pontos fortes e áreas de melhoria no ambiente de trabalho;
- Avaliar a satisfação e motivação dos colaboradores;
- Entender os fatores que impactam o desempenho e o bem-estar dos funcionários;
- Subsidiar a tomada de decisões estratégicas relacionadas às políticas de desenvolvimento, saúde mental, qualidade de vida e gestão de pessoas.

Periodicidade

As pesquisas de clima organizacional serão realizadas semestralmente, garantindo um acompanhamento contínuo das percepções dos colaboradores e uma intervenção rápida e eficaz em qualquer ponto crítico identificado.

Metodologia

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- As pesquisas serão anônimas, garantindo a confidencialidade e segurança das respostas dos colaboradores.
- Será utilizada uma metodologia quantitativa e qualitativa, onde, além de questões objetivas, será dado espaço para comentários e sugestões livres.

As áreas avaliadas serão incluídas, mas não se limitarão a:

- Satisfação com o ambiente de trabalho
- Relacionamento entre equipes e líderes
- Oportunidades de desenvolvimento e crescimento
- Reconhecimento e valorização
- Comunicação interna
- Qualidade de vida e bem-estar

Análise e Uso das Informações da Pesquisa

Tratamento e Análise de Dados

Após a recolha das informações, a equipa de Recursos Humanos, em parceria com a Direção Geral, será responsável por:

- Consolidar os dados de forma estruturada, garantindo uma análise aprofundada de cada área avaliada;
- Comparar os resultados com pesquisas anteriores, a fim de avaliar a evolução ou regressão de determinados indicadores.

Elaboração de Planos de Ação

- Com base nos resultados da pesquisa, serão desenvolvidos planos de ação específicos para enfrentar desafios específicos e promover melhorias contínuas no ambiente de trabalho. Esses planos deverão incluir:
- Medidas corretivas imediatas em áreas críticas;
- Ações de longo prazo, evitam problemas futuros e criam um ambiente mais saudável e produtivo;

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Comunicação transparente dos resultados, com retorno aos colaboradores sobre as ações que serão aprovadas.

Monitoramento e Acompanhamento

- O progresso das ações será monitorado continuamente e revisado nas reuniões de gestão de recursos humanos.
- O impacto das ações adotadas será avaliado na pesquisa subsequente, garantindo um ciclo contínuo de melhoria.

Desenvolvimento Humano e Capacitação

Capacitação Contínua

O desenvolvimento dos colaboradores será promovido por meio de programas de capacitação contínua, que englobarão:

- Treinamentos técnicos específicos para cada área de atuação;
- Desenvolvimento de habilidades interpessoais (liderança, comunicação, trabalho em equipe);
- Promoção de ações de educação continuada, como workshops, palestras e cursos de atualização.

Plano de Carreira

- A Policlínica se compromete a oferecer oportunidades de crescimento interno, com planos de carreira claros e acessíveis para todos os colaboradores.
- Serão realizadas avaliações de desempenho anuais, que servirão como base para decisões relacionadas à progressão de carreira, promoções e desenvolvimento de novas competências.

Apoio ao Bem-Estar

- Programas de apoio psicológico e incentivo à prática de atividades físicas serão disponibilizados, promovendo o bem-estar físico e emocional dos colaboradores.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Será dada atenção especial ao equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, com políticas que favoreçam a flexibilidade quando possível.

Responsabilidades dos Gestores e Colaboradores

Gestores

- Promover um ambiente de trabalho saudável e inclusivo, incentivando a comunicação aberta e o respeito entre as equipes.
- Participar ativamente da implementação dos planos de ação das pesquisas de clima organizacional.
- Apoiar o desenvolvimento contínuo dos colaboradores sob sua supervisão, identificando necessidades de capacitação e oferecendo feedback construtivo.

Colaboradores

- Contribuir para um ambiente de trabalho positivo, respeitando colegas e participando ativamente das iniciativas de desenvolvimento humano.
- Fornecer feedback honesto e construtivo nas pesquisas de clima organizacional.
- Aproveite as oportunidades de capacitação oferecidas e busque o desenvolvimento de suas competências de forma contínua.

Avaliação da Política

Esta política será revisada anualmente, ou sempre que necessário, para garantir que esteja alinhado às necessidades da Policlínica e dos colaboradores, garantindo sua eficácia e relevância ao longo do tempo.

Disposições Finais

Esta política entra em vigor na data de sua publicação e é aplicável a todos os colaboradores da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A sua execução será monitorizada pela equipa de Recursos Humanos em parceria com a Direção Geral.

A implementação desta política de desenvolvimento humano, aliada à pesquisa periódica de clima organizacional, visa promover um ambiente de trabalho saudável, estimulante

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

e alinhado aos valores e objetivos da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A melhoria contínua do clima organizacional e o desenvolvimento dos colaboradores são fundamentais para a excelência no atendimento e a sustentabilidade da instituição.

3.5.2. Apresentação de plano de cargos e salário

Introdução

O presente Plano apresenta as definições necessárias para a operacionalização do Plano de cargos, salários do quadro de profissionais contratados para atender às atividades necessárias à organização e gestão.

Objetivos

O objetivo deste Plano é orientar a execução do Plano de Cargos, Saláriose Carreira, bem como a política, efetiva e eficaz para prática de gestão dePessoas. O Plano é baseado em critérios objetivos de aptidão e desempenho, que contribuirá para a retenção de talentos e do alcance daexcelência técnico-operacional. Por outro lado, se pretende:

- Contribuir para transparência no processo de gestão de RH;
- Contribuir para atração, retenção e motivação das pessoas, gerindoos salários de forma competitiva com o mercado e equitativa com público interno;
- Fomentar a cultura da meritocracia e da gestão por resultados;
- Estabelecer critérios objetivos que possibilitem a gestão dos cargos,salários e carreiras do quadro funcional de forma lógica e impessoal;
- Propiciar uma perspectiva de crescimento na carreira;
- Possibilitar a manutenção e incremento da Competência Institucional;
- Valorizar o comprometimento e desempenho dos profissionais;

Premissas

- Os cargos são definidos e baseados na estrutura e nos objetivos organizacionais.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- O salário de cada cargo será baseado nos conhecimentos exigidos pela função, complexidade das atividades desenvolvidas, responsabilidades pela execução de tarefas ou apresentação de resultados específicosesperados do cargo. Serão estabelecidos de forma a serem competitivos quando comparados com os padrões de mercado.
- A política salarial levará em conta o desempenho econômico-financeiro da Instituição e suas perspectivas de crescimento e desenvolvimento. A evolução dos salários será prevista no orçamento, da mesma forma que todas as despesas, receitas e investimentos planejados. Como todos os itens do orçamento, a evolução dos salários será acompanhada regularmente pelos sistemas de informações gerenciais.

Estrutura Do Plano De Cargos, Salários E Carreiras –PCSC

O PCSC é estruturado por Eixo Organizacional, Grupo Ocupacional, Cargose Salários conforme representado no modelo abaixo e segue detalhado nos próximos itens.



A Carreira consiste no trajeto que um profissional pode percorrer dentro de uma estrutura específica de cargos, conforme interesse e necessidadeda Instituição, observados os critérios de promoção aliado à capacitação profissional e motivação individual.

A carreira do colaborador poderá progredir em um dos dois Eixos Organizacionais, de acordo com a natureza do seu cargo e função, a saber:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Eixo Técnico
- Eixo Administrativo

Eixos Organizacionais

Eixos Organizacionais são os eixos de carreira para a trajetória profissional dos colaboradores de acordo com a estrutura de serviços:

Administrativo	Compreende os grupos ocupacionais e os cargos com atuação na áreaadministrativa.
Técnico	Compreende os grupos ocupacionais e cargos de linha de frente

Grupos Ocupacionais

Os Grupos Ocupacionais do Plano de Carreira estão organizados de acordocom um conjunto de cargos que se assemelham pelo nível de responsabilidade, nível de complexidade das atividades desempenhadas epela aproximação do nível de escolaridade, conforme coluna em vermelhono exemplo da tabela abaixo:

EIXO ORGANIZACIONAL	GRUPO ORGANIZACIONAL
Administrativo	Apoio
	Gestão
Operacional	Técnico
	Médico

Função

É definida pelas características específicas das atividades a serem desempenhadas por um profissional ocupante de determinado cargo, levando em consideração os processos das diferentes áreas de atuação naInstituição.

Função Gratificada

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Função gratificada é destinada aos colaboradores, uma equipe ou setor. Como gratificação à função exercida (especializações, responsabilidade técnica) paga-se um adicional no salário de acordo com a complexidade da função assumida. A permanência do colaborador na função gratificadaé determinada pelo seu desempenho ou pela necessidade institucional.

Criação de novo cargo

A criação de novos cargos ou funções pode ser decorrente do desenvolvimento tecnológico ou da necessidade de ampliação de serviços, bem como de demandas de reestruturação de processo. Deverão ser analisadas pela Diretoria de Recursos Humanos que fará uma proposta para apreciação.

Avaliação de Desempenho

É uma importante ferramenta no apoio da Gestão de Pessoas, pois forneceinformações que auxiliam a tomada de decisão sobre práticas de remuneração, promoções, demissões e necessidade de treinamento.

Avaliação de desempenho é utilizada para identificar, mensurar e administrar o desempenho profissional na instituição.

A avaliação desempenho é aplicada anualmente, com base no perfil de competências definido para cada cargo/função. O colaborador receberá uma pontuação para cada competência avaliada e a soma das notas atribuídas fornecerá o escore de desempenho, de modo que sua atuaçãoserá considerada em percentual, conforme abaixo:

Percentual	Desempenho
30% - 50%	Insatisfatório
51% - 70%	Regular
71% - 85%	Bom
86% - 100%	Muito Bom

Política de Progressão e Promoção

Com objetivo de estimular e fornecer o suporte adequado para a evoluçãoprofissional e institucional, a INSTITUIÇÃO poderá possibilitar ao colaborador o desenvolvimento de sua carreira nas seguintes estruturas:

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Progressão Horizontal por mérito Promoção de nível no mesmo cargo Promoção para outro cargo
- Progressão horizontal por mérito
- A progressão horizontal por mérito poderá ser concedido ao colaborador,no mesmo cargo, como forma de recompensa pelo desempenho apresentado na execução das tarefas, pertinentes ao cargo que ocupa.

Para serem contemplados, os colaboradores elegíveis deverão atender aoscritérios estabelecidos abaixo:

- Ter mais de 1 (um) ano no mesmo cargo, bem como da última alteração salarial por progressão, promoção;
- Obter resultado muito bom na Avaliação anual de desempenho;
- Ter pelo menos 90% de assiduidade;
- Não apresentar faltas injustificadas;
- Não ter registro de penalidades;

Promoção de nível dentro do mesmo cargo

É o crescimento profissional quando ocorre a mudança de nível dentro domesmo cargo, decorrente do desempenho e qualificação do colaborador para assumir responsabilidades e atividades de maior complexidade, obedecendo aos seguintes critérios:

- Obter resultado muito bom na Avaliação anual de desempenho nos 02 últimos anos;
- Ter pelo menos 90% de assiduidade;
- Não apresentar faltas injustificadas; Não ter registro de penalidades;
- Ter qualificações técnicas e formação requerida para cargo;
- Avaliar a recomendação na avaliação de perfil realizada pela Direção de RH.

Promoção para outro Cargo

É o crescimento profissional quando ocorre a mudança de cargo. Paratanto, quando houver a oportunidade e disponibilidade de vaga para o cargo, o colaborador deverá

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

estar tecnicamente qualificado para assumir responsabilidades e atividades de maior complexidade dentro do mesmo Eixo Organizacional, obedecendo aos seguintes critérios:

- Obter resultado Muito Bom na Avaliação anual de desempenho nos 02 últimos anos;
- Ter pelo menos 90% de assiduidade;
- Não apresentar faltas injustificadas; Ter assiduidade;
- Não ter registro de penalidades;
- Ter qualificações técnicas, formação e perfil comportamental requerida para o novo cargo;
- Esta promoção não poderá ocorrer nos casos em que um profissional de nível superior graduar-se em outra área de conhecimento. Quando for o caso, o colaborador deverá participar de um novo processo seletivo.
- Para a aprovação da promoção, deverá ser considerada a aprovação e avaliação da diretoria.

Política Salarial

Salário

É o valor destinado a recompensar o empregado pelo exercício de suasatribuições previstas para o cargo.

Salário Base

É o valor definido de acordo com a posição que ocupa na tabela salarial, quanto ao nível e faixa no cargo correspondente, sem as incidências ou reflexos de quaisquer outros adicionais que o colaborador possa perceber.

Salário de admissão

Todo colaborador é contratado com o salário base que corresponde ao primeiro grau da faixa salarial estabelecida para o nível do seu cargo, conforme Tabela de Salários de Contração por Cargo, respeitando sempreos pisos salariais das categorias.

Tabela Salarial

Compreende a estrutura de cargos com seus respectivos salários, distribuídos em faixas de acordo com os níveis dos cargos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Nível salarial

É o valor que expressa o salário base do nível estabelecido na hierarquiado cargo.

Faixa salarial

É um conjunto dos valores salariais, dentro do mesmo nível de cargo, queexpressa à amplitude que este cargo pode alcançar em termos salariais.

Alterações Salariais

As alterações salariais poderão ocorrer diante das seguintes situações e modalidades:

Aumento por Convenção, Acordo ou Dissídio Coletivo de Trabalho.

Anualmente será assegurado aos colaboradores aumento salarial, que será tendo como referência a Convenção, Acordo ou Dissídio Coletivo do Trabalho.

Reenquadramento

É a adequação visando corrigir uma situação salarial e/ou nomenclatura de cargos decorrentes da comparação com condições praticadas pelo mercado ou necessidade da Instituição.

Remuneração variável

No futuro poderá ser implementado programa de remuneração variável, com o objetivo de recompensar e valorizar o bom desempenho de seus colaboradores, vinculado ao alcance de metas quantitativas e qualitativas.

Aprovação pelo Comitê de Compliance

O Plano de Cargos, Salários e Carreiras construído teve a anuência do Comitê de Compliance que é o responsável por determinar os objetivos estratégicos e o perfil de risco aceitável pela empresa para alcançar os objetivos.

Considerações Finais

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Os casos não previstos neste Plano serão analisados pela Diretoria de Pessoas que emitirá parecer para a decisão da Diretoria Executiva.
- Como diferencial de atratividade para a contratação e manutenção dos seus profissionais, a INSTITUIÇÃO por intermédio da Diretoria de Pessoas,fará uma vez ao ano a atualização da estrutura de cargos e salários. Paratanto poderá se utilizar de pesquisa salarial, negociação entre parceiros ou determinações contratuais, como referencial comparativo e orientativopara ajustes, quando houver necessidade.
- As recomendações de quaisquer alterações serão submetidas para a decisão da Diretoria Executiva.

3.5.3. Proposta para o estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho, avaliação de desempenho, sugestão de conduta para combater absenteísmo dos profissionais, estimular a produção

REGULAMENTO DOS PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL – DA ABEAS

Artigo 1º - O presente regulamento, tem como finalidade estabelecer normas e critérios para seleção e contratação de pessoas na consecução dos serviços executados pela **ABEAS - Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social**, associação civil de caráter beneficente de promoção social à saúde, sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, doravante denominada **Organização Social**.

Parágrafo Primeiro – Na qualidade de Organização Social qualificada, na área de saúde no âmbito da União, Estados e Municípios em todo o Território Nacional, este regulamento se submete aos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e ainda que seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, orientados pelo julgamento da ADI 1923 e ao caput do artigo 37 da Constituição Federal de 1988.

Parágrafo Segundo – As normas estabelecidas nesse Regulamento, serão aplicadas exclusivamente no âmbito das relações de emprego estabelecidas nos Contratos de Gestão celebrados entre entes públicos e a **ABEAS – Associação Brasileira de Entidades de**

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Assistência Social, e serão regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho e Convenções Coletivas de Trabalhos de cada localidade, onde a **Organização Social** estiver atuando e/ou vier a atuar.

Parágrafo Terceiro – É vedada a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso à relação de emprego, ou sua manutenção por motivo de sexo, origem, cor, raça, estado civil, situação familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor, previstas no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal de 1988.

Artigo 2º - O Setor de Recursos Humanos será, preferencialmente, responsável pelos processos de recrutamento e seleção.

Parágrafo único - A abertura do processo de recrutamento e contratação de pessoal se dará mediante solicitação expressa de Gerentes, Coordenadores ou Supervisores de áreas e/ou departamentos, de cada uma das unidades de saúde geridas pela **Organização Social**, devendo conter autorização expressa do Diretor da Unidade, salvo os casos de substituição, que será autorizada isoladamente pelo Setor de Recursos Humanos.

Artigo 3º - A contratação de pessoal se dará pelo critério de recrutamento e seleção, podendo ser externa, interna, por remanejamento e/ou promoção de pessoal, ou efetivação de estagiário.

Artigo 4º - O recrutamento externo dar-se-á com a divulgação da(s) vaga(s) através da página oficial da **Organização Social** na internet, sem prejuízo de outros meios de comunicação que o Setor de Recursos Humanos julgar necessários, informando obrigatoriamente o cargo, o perfil básico, o salário, o número de vagas, o endereço e o prazo para entrega dos currículos.

Parágrafo Primeiro - A partir do recrutamento, poder-se-á criar um banco de dados, cujos profissionais cadastrados poderão ser convidados a participar do processo seletivo, excetuados os casos que se enquadrarem nas condições estabelecidas no § 3º, art. 17 em que será dispensada a realização de processo seletivo para a admissão.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Artigo 5º - A apresentação dos candidatos, na fase de recrutamento dar-se-á através do cadastro eletrônico do currículo, através do sítio www.abeas.org.br, na aba **"Processo Seletivo"** .

Artigo 6º - A seleção dos candidatos obedecerá aos critérios de análise curricular, investigação psicológica e/ou entrevista técnica/operacional.

Parágrafo único - A critério do Setor de Recursos Humanos da **Organização Social,** poder-se-á exigir comprovação ou habilitação técnica-operacional, realização de testes específicos e investigação de idoneidade profissional.

Artigo 7º - A análise curricular é a fase da seleção que consiste no conhecimento prévio do candidato onde se verificará a formação profissional e a comprovação de experiência para o cargo pretendido, além da checagem das informações prestadas pelo candidato à vaga de relação de emprego.

Artigo 8º - A investigação psicológica é a fase da seleção que consiste da entrevista psicológica e/ou aplicação de testes comportamentais, onde serão verificadas as características psicológicas do candidato à vaga da relação de emprego.

Parágrafo Primeiro - Esta etapa será conduzida, obrigatoriamente, pelo Setor de Recursos Humanos, através de seu quadro de psicólogos contratados, ou a critério da última, através de empresa de consultoria e/ou profissionais da área de psicologia contratados especificamente para este fim.

Parágrafo Segundo - Da aferição dos testes aplicados, o psicólogo investigador emitirá parecer, onde recomendará ou não o candidato à relação de emprego a ocupar o cargo pretendido.

Artigo 9º - A entrevista técnica é a fase da seleção onde o candidato se submeterá a interlocução com o Diretor, Gerente, Coordenador e/ou Supervisor da área solicitante, da qual será emitido parecer conclusivo, indicando ou não a contratação do candidato à relação de trabalho a ocupar o cargo pretendido.

Parágrafo único - A entrevista técnica objetiva verificar as informações contidas no currículo, as habilidades do candidato, seu domínio na área pretendida, sua disponibilidade para

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

atuar em conformidade com as exigências do cargo e determinações legais, bem como sua disponibilidade para início das atividades e condições de submeter-se aos horários estabelecidos.

Artigo 10º - A critério do Setor de Recursos Humanos, o processo de recrutamento e seleção poderá se dar internamente, objetivando oportunizar aos empregados da **Organização Social** mobilidade ou ascensão profissional, observada a legislação vigente e as exigências perante aos Conselhos Profissionais.

Parágrafo Primeiro - O processo de recrutamento e seleção internos se dará obedecendo aos mesmos critérios utilizados para o processo de recrutamento e seleção externos, indicando na publicação da (s) vaga (s) a expressão **"seleção interna"**, devendo ser amplamente divulgado nos quadros de aviso das unidades geridas pela **ABEAS – Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social**, bem como no site institucional da **Organização Social.**

Artigo 11º - O remanejamento de empregados é outra forma de preenchimento de cargos e se dará sempre mediante observação e avaliação de desempenho, que deverá ser solicitada pelo Diretor, Gerente, Coordenador e/ou Supervisor de cada área e/ou departamento, devendo ser autorizado pelo Diretor da Unidade/dependência e com a aquiescência expressa do empregado remanejado e anuência de seu superior imediato.

Parágrafo único - O remanejamento só poderá ser autorizado com a condição de não acarretar prejuízos e transtornos à sua área de origem, nem ao empregado remanejado, ressalvado o disposto na Consolidação das Leis do Trabalho, Convenções Coletivas de Trabalho e legislações específicas.

Artigo 12º - A promoção de empregado é modalidade de preenchimento de cargos, e se dará em observância aos seguintes critérios:

I - Possuir, o empregado, a habilitação técnica e profissional exigidas na descrição de cargos da **Organização Social**;

II - Solicitações de aumento de quadro de pessoal, quando for o caso, deverão ser autorizadas pelo Diretor da Unidade de Saúde gerida pela **ABEAS**;

III – Solicitações de reposição de pessoal, quando for o caso, serão solicitadas pelo Diretor, Gerente e/ou Supervisor de cada área e/ou departamento, de cada uma das Unidades

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

de Saúde geridas pela **Organização Social,** devendo ser autorizadas pelo Setor de Recursos Humanos da **Organização Social**;

IV – Identificações e indicações de empregados a serem promovidos para cargos vagos a serem preenchidos, deverão ser aprovadas pelo Diretor da Unidade da Unidade de Saúde, ouvido o Setor de Recursos Humanos, devendo o empregado estar contratado há no mínimo 06 (seis) meses e ter sido aprovado por seu superior imediato na avaliação para continuidade da relação de emprego;

Parágrafo único - Havendo mais de um candidato à promoção de que trata este artigo, a identificação do empregado a ser promovido será realizada pelo Setor de Recursos Humanos.

Artigo 13º - A admissão de ex-empregado somente será permitida após 06 (seis) meses de seu desligamento e se fará, caso seja aprovada pelo Setor de Recursos Humanos independentemente de processo seletivo, desde que observadas as seguintes condições:

I - Que o desligamento do ex-empregado dos quadros da **Organização Social** não tenha se dado por justa causa e esta não tenha sido revertida perante os órgãos judiciais competentes;

II - que o ex-empregado tenha laborado por, no mínimo 01 (um) ano;

III- que sua admissão seja para o mesmo cargo anteriormente ocupado e que não tenham ocorrido alterações nas funções a serem exercidas;

IV - que haja solicitação fundamentada do responsável da área cujo cargo a ser ocupado se vincula, indicando o nome do ex-empregado, com expressa anuência do Diretor da Unidade gerida pela **ABEAS**.

Artigo 14º - A efetivação de estagiário é modalidade de preenchimento de cargos, admitidos no programa de estágio em conformidade com a legislação e regulamento próprios, identificados como portadores de potencial profissional.

Parágrafo único - A efetivação de estagiário em cargo definitivo será solicitada ao Setor de Recursos Humanos, com exposição de motivos, pelo responsável pelo setor em que o estagiário desenvolvia suas atividades, com a aprovação da Diretoria da Unidade de Saúde.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Artigo 15º – A efetivação de aprendiz é modalidade de preenchimento de cargos, admitidos no programa de aprendizagem em conformidade com a legislação e regulamento próprios, identificados como portadores de potencial profissional.

Parágrafo único – A efetivação do aprendiz em cargo definitivo será solicitada ao Setor de Recursos Humanos da Unidade da Unidade de Saúde gerida pela **ABEAS**, com exposição de motivos, pelo responsável pelo setor em que o aprendiz desenvolva suas atividades há pelo menos 6 (seis) meses, com aprovação do Diretor da Unidade de Saúde.

Artigo 16º - A contratação, remanejamento ou promoção de pessoal, independentemente do cargo, para o preenchimento das funções de assessoria, será de livre escolha e indicação do Superintendente da **Organização Social**, que, a seu critério, poderá dispensar os procedimentos de que tratam os artigos 3º, 11 e 12, ouvido o Conselho de Administração.

Artigo 17º – O Setor de Recursos Humanos deverá, independentemente de processo de recrutamento, manter banco de dados com cadastro de profissionais para as áreas meio e fim da **Organização Social**, cujos currículos cheguem por apresentação espontânea de potenciais candidatos ou através de currículos cadastrados em anteriores processos de recrutamento.

Parágrafo Primeiro – O Setor de Recursos Humanos buscará os candidatos no banco de dados de que trata o caput deste artigo para recrutamento e contratação, em conformidade com o perfil e qualificação requisitados.

Parágrafo Segundo - Inexistindo no banco de dados profissionais com o perfil e qualificação requerida, o Setor de Recursos Humanos adotará, sendo necessárias, as providências do artigo 4º.

Parágrafo Terceiro – Havendo candidato classificado e não selecionado em processo seletivo realizado a menos de 6 (seis) meses, o Setor de Recursos Humanos poderá aproveitar a seleção e chamar os candidatos classificados para as vagas cujo perfil, habilitação e qualificação forem congruentes, facultando-se a aplicação de testes e exames complementares.

Artigo 18º - O candidato selecionado não terá garantida sua contratação, consubstanciando-se tão somente em uma expectativa de contratação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Parágrafo único - A contratação do candidato selecionado se dará mediante conveniência administrativo-financeira e operacional, após autorização do Diretor da Unidade de Saúde gerida pela **Organização Social**, observados os dispositivos estatutários e previsões legais.

Artigo 19º - O Setor de Recursos Humanos da **ABEAS** deverá disponibilizar os meios necessários para a realização do recrutamento e seleção, em conformidade com aquilo que for previsto neste Regulamento.

Artigo 20º – Os empregados da **ABEAS** poderão ser transferidos, para atender de forma provisória ou permanente as necessidades dos serviços, entre as unidades administradas e/ou sede da **ABEAS**, por ato discricionário do Superintendente da **Organização Social**, ressalvadas as hipóteses do art. 469, da Consolidação das Leis do Trabalho.

Artigo 21º – A contratação de empregados para ocupar cargos de gestão no âmbito da **ABEAS**, assim entendidos aqueles vinculados à administração da **ABEAS**, poderá dispensar os requisitos, critérios e condições, estabelecidos pelo presente regulamento, por discricionariedade do Superintendente da **Organização Social**.

Artigo 22º - É permitido o aproveitamento de empregados já lotados em Unidades de Saúde que venham a ser geridas pela **Organização Social,** em razão do princípio da continuidade do serviço público, devendo ser firmado contrato de experiência, devendo estes empregados aproveitados serem avaliados ao final do período pelos seus superiores imediatos e ratificado o aproveitamento pelo Diretor da Unidade de Saúde.

Artigo 23º - A **Organização Social** obedecerá a Lei 13.146, que instituiu a inclusão de pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), em especial os artigos 34 e 35 deste códex.

Parágrafo Primeiro – Para fins de apuração da quantidade de beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, a **Organização Social** deve obedecer ao disciplinado no artigo 93 da Lei 8213/1991, sendo que a apuração deve ser realizada com base na totalidade de empregados, ou seja, matriz e filiais.

Parágrafo Segundo – A **Organização Social** poderá alocar os beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, conforme critério do Setor de Recursos

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Humanos, não se fazendo necessária a alocação de beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, em Unidade de Saúde Específica.

Parágrafo Terceiro – O Setor de Recursos Humanos da **Organização Social** deve prever a participação de pessoa com deficiência quando da disponibilização das vagas de trabalho.

Artigo 24º – O presente regulamento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Conselho de Administração da ABEAS.

Artigo 25º – Revogam-se as disposições em contrário.

3.5.4. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamento (férias e licenças)

PROPOSTA DA ABEAS PARA A Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse

Introdução

Este plano tem como objetivo garantir um sistema eficiente de registro e controle de pessoal na Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, utilizando soluções digitais e processos automatizados. Além disso, o plano estabelece um modelo de escalas de trabalho para garantir a gestão eficaz da jornada dos profissionais, bem como a apresentação de critérios claros para casos de afastamentos, sejam eles por férias ou licenças.

Objetivos

- Automatize o controle de ponto e registro de jornada para aumentar a eficiência e reduzir erros.
- Criar um sistema de escalas de trabalho que facilite a alocação e organização das equipes de acordo com as demandas da Policlínica.
- Definir critérios claros e transparentes para afastamentos e férias.
- Assegurar o cumprimento da legislação trabalhista vigente e garantir a segurança em auditorias.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Registro e Controle de Pessoal

Com a digitalização dos processos de Recursos Humanos (RH), torna-se fundamental a adoção de soluções tecnológicas para o controle de ponto e jornada dos colaboradores. Esse sistema, além de permitir maior transparência, reduz a possibilidade de erros e fraudes, e otimiza o tempo gasto com atividades manuais.

Controle de Ponto Eletrônico

Adotaremos um sistema de controle de ponto online com reconhecimento biométrico, garantindo segurança, eficiência e aderência à legislação trabalhista (Portarias 1510 e 373 do Ministério do Trabalho). Esse sistema inclui:

- Registro em tempo real das entradas e saídas dos colaboradores.
- Monitoramento de horas extras, atrasos e faltas de forma automática.
- Integração com relatórios gerenciais, facilitando a tomada de decisão com base em dados atualizados.

Vantagens:

- Segurança e confiabilidade: O reconhecimento biométrico elimina fraudes no controle de ponto.
- Atualização constante dos relatórios: Indicadores e gráficos estão sempre disponíveis em tempo real.
- Facilidade para auditorias: O sistema mantém o histórico de registros em conformidade com as exigências legais, garantindo a integridade dos dados.

Critérios para Controle de Afastamentos

Os afastamentos por férias, licenças médicas ou outros motivos (como INSS) serão registrados de forma automatizada. As informações serão inseridas nas planilhas de controle e escalas e acessíveis tanto ao departamento de RH quanto aos gestores.

- Férias: Registradas com antecedência mínima de 30 dias, de acordo com a legislação.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- Licenças Médicas: Afastamentos por doença ou licença maternidade/paternidade devem ser devidamente justificados com atestado médico e registrados no sistema.
- Outros Afastamentos: Qualquer afastamento temporário ou permanente será incluído nos sistemas de gestão para controle de ausências.

Modelo de Escalas de Trabalho

A elaboração de escalas de trabalho é essencial para garantir a organização e eficiência operacional da Policlínica, garantindo que todos os setores estejam devidamente cobertos de acordo com as demandas. A escala deve ser programada com antecedência e ajustada em caso de afastamentos ou sobrecarga de serviços.

Diretrizes para Elaboração de Escalas

A escala de trabalho deve ser entregue mensalmente ao Departamento de Recursos Humanos pelas Coordenações de cada área (Médica, Enfermagem, Administrativa, etc.) e deve seguir as seguintes diretrizes:

- Distribuição equitativa de carga horária: Respeitando as jornadas de trabalho definidas por lei e as necessidades da Policlínica.
- Inclusão de dados completos dos colaboradores: Nome completo, matrícula, CPF e setor de trabalho.
- Cobertura de todas as áreas críticas: Garantindo que não haja desfalques em setores prioritários, como urgência, enfermaria e consultas.
- Revisão contínua: Escalas ajustadas em tempo real caso ocorra algum afastamento, como licenças médicas ou férias.

Modelo de Planilha de Escalas de Trabalho:

Nome Completo	Matrícula	CPF	Setor de Trabalho	Horário de Entrada	Horário de Saída	Folgas	Afastamentos (Motivo e Data)
João Silva	12345	111.111.111-11	Enfermagem	08:00	18:00	Sáb/Dom	Férias (15/07 a 30/07)

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

Nome Completo	Matrícula	CPF	Setor de Trabalho	Horário de Entrada	Horário de Saída	Folgas	Afastamentos (Motivo e Data)
Maria Santos	54321	222.222.222-22	Recepção	07:00	17:00	Sáb/Dom	Férias (15/08 a 30/08)

Instruções de uso:

- Todos os profissionais devem ser incluídos na planilha, com suas respectivas jornadas e folgas.
- A planilha deve ser assinada e carimbada pelo coordenador de cada setor e entregue ao RH.
- Afastamentos, como férias ou licenças, devem ser devidamente justificados e anotados na planilha, com data de início e fim.

Ferramentas de Gestão de Escalas

Para otimizar o processo de gestão de escalas, a Policlínica adotará uma ferramenta de software que permitirá:

- Criação automática de escalas com base em parâmetros como número de profissionais, necessidades do setor e preferências de horários.
- Ajustes em tempo real para cobrir ausências por afastamento.
- Integração com o sistema de controle de ponto para que os horários registrados na escala sejam automaticamente dependentes dos dados de presença.

Critérios para Afastamentos (Férias e Licenças)

Férias

O plano de férias será organizado para garantir a continuidade dos serviços sem comprometer o atendimento ao público. As diretrizes incluem:

- O funcionário deve solicitar férias com no mínimo 30 dias de antecedência.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

- A concessão de férias será baseada na programação anual, evitando sobreposições de afastamento entre colaboradores de áreas críticas.
- O RH será responsável por monitorar o saldo de férias e garantir que nenhum colaborador ultrapasse o período de acúmulo acumulado por lei.

Licenças Médicas e Afastamentos do INSS

Afastamentos por motivo de doença ou outros motivos relacionados ao INSS deverão seguir os seguintes critérios:

- O funcionário deverá apresentar atestado médico válido e a licença será registrada no sistema de gestão.
- O RH deve monitorar o período de afastamento e, se necessário, solicitar perícia médica conforme a legislação.
- A reintegração ao trabalho deve ser acompanhada por uma avaliação médica para garantir a eficácia do colaborador ao retorno.

Benefícios do Plano

- Eficiência Operacional: Automatização de processos e eliminação de erros manuais.
- Transparência e Conformidade: Controle digital conforme a legislação trabalhista.
- Flexibilidade na Gestão: Ajustes de escalas e controle de afastamentos em tempo real.
- Facilidade para Auditorias: Dados sempre atualizados e acessíveis em caso de inspeções ou auditorias.

Este Plano de Registro e Controle de Pessoal e Modelo de Escalas de Trabalho foi desenvolvido com base nas melhores práticas de gestão de recursos humanos para garantir eficiência, transparência e legalidade no gerenciamento de colaboradores da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. A adoção de soluções digitais e automatizadas proporcionará não apenas uma gestão de ponto e jornada mais ágil, como também permitirá um controle de afastamentos e escalas de trabalho precisos e em conformidade com a legislação vigente.

Este plano será revisado e ajustado periodicamente para garantir que atenda às necessidades da Policlínica e esteja alinhado às melhores práticas do mercado.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

3.6. Metodologia de Projetos



3.6.1. Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronograma de execução, custos estimados e resultados factíveis

A Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS), com vasta experiência no desenvolvimento de soluções integradas e inovadoras no campo da saúde, apresenta com entusiasmo sua proposta para a gestão e operação da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse. Acreditamos que a excelência na gestão de uma unidade de saúde deve estar ancorada em princípios sólidos de planejamento estratégico, visão de futuro, eficiência operacional e sustentabilidade financeira.

Esta proposta contempla um planejamento detalhado e multidimensional, que articula os principais pilares de uma gestão eficaz e transparente, abrangendo desde a estruturação técnica da operação até a execução de serviços clínicos, administrativos e assistenciais. A nossa visão é transformar a Policlínica em um modelo de referência regional,

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

capaz de atender de forma plena às demandas da população de Posse e Região, com foco em qualidade, humanização e resultados mensuráveis.

Planejamento e Visão de Futuro

Nosso planejamento é embasado em uma análise profunda das necessidades locais e no potencial de desenvolvimento da saúde pública na região. Visamos implementar uma gestão moderna, pautada no uso de tecnologias de ponta e na qualificação contínua das equipes. A Policlínica será um centro de cuidado integral, onde a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento especializado ocorrerão de forma articulada, garantindo o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis e um atendimento humanizado e eficiente.

A visão de futuro da ABEAS para a Policlínica é criar uma unidade sustentável, que além de atender as demandas atuais, seja capaz de antecipar e se adaptar às mudanças e novas necessidades do sistema de saúde. Buscamos não apenas oferecer serviços, mas também gerar impacto social positivo e contínuo na qualidade de vida da população.

Cronograma de Execução

O cronograma de execução está estruturado em fases bem definidas, que garantirão uma implementação ordenada e eficaz:

- Fase 1 – Transição e Diagnóstico (Mês 1-2): Integração com a equipe existente, mapeamento dos processos e diagnóstico das necessidades da unidade.
- Fase 2 – Adequação Estrutural e Organizacional (Mês 3-4): Adaptação dos fluxos de atendimento, ajustes estruturais e implementação de novas tecnologias.
- Fase 3 – Capacitação e Início Operacional (Mês 5-6): Treinamento intensivo das equipes, com ênfase em protocolos de atendimento, humanização e gestão de recursos.
- Fase 4 – Consolidação e Avaliação (Mês 7 em diante): Monitoramento contínuo, aprimoramento de processos e avaliação de resultados para garantir o cumprimento dos objetivos estratégicos.

Custos Estimados

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

A estrutura de custos foi elaborada com base em análises criteriosas de viabilidade econômica e financeira, visando garantir um equilíbrio sustentável entre a qualidade dos serviços prestados e a eficiência na gestão dos recursos. Estão incluídos:

- Recursos Humanos: Investimento em profissionais qualificados, com salários compatíveis e políticas de incentivo à permanência e desenvolvimento contínuo.
- Equipamentos e Tecnologias: Aquisição de equipamentos essenciais e implementação de um sistema de gestão integrada para otimizar fluxos e reduzir custos operacionais.
- Manutenção e Infraestrutura: Custos com manutenção preventiva e corretiva, garantindo a longevidade dos equipamentos e instalações.
- O modelo proposto assegura a otimização de custos operacionais ao longo dos anos, com foco na sustentabilidade financeira, sem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

Resultados Factíveis

A ABEAS, com sua expertise consolidada, compromete-se a atingir resultados claros e mensuráveis, como:

- Redução dos Tempos de Espera: Com o reordenamento dos fluxos e o uso de novas tecnologias, garantiremos a redução significativa no tempo de espera dos pacientes.
- Melhoria na Satisfação dos Usuários: A humanização no atendimento e a eficiência nos serviços resultará em altos índices de satisfação dos pacientes e familiares.
- Aumento da Eficiência Operacional: Por meio de processos otimizados e gestão transparente, maximizaremos a utilização dos recursos disponíveis.
- Impacto na Saúde Pública Local: Esperamos uma melhoria significativa nos indicadores de saúde da região, com foco em ações preventivas e cuidados especializados.

A ABEAS está preparada para assumir a gestão da Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse, oferecendo uma proposta sólida, inovadora e sustentável. Nossa abordagem combina uma gestão moderna e participativa com o compromisso de garantir a excelência no

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

atendimento à população, alinhando resultados a um planejamento robusto e execução transparente. Acreditamos que essa parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) não apenas transformará a Policlínica em um centro de excelência, mas também contribuirá significativamente para o fortalecimento da saúde pública no Estado.

Estamos confiantes de que nossa proposta é a mais adequada para atender às expectativas desta concorrência e promover um futuro mais saudável para a população do Município de Posse-GO e Região.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

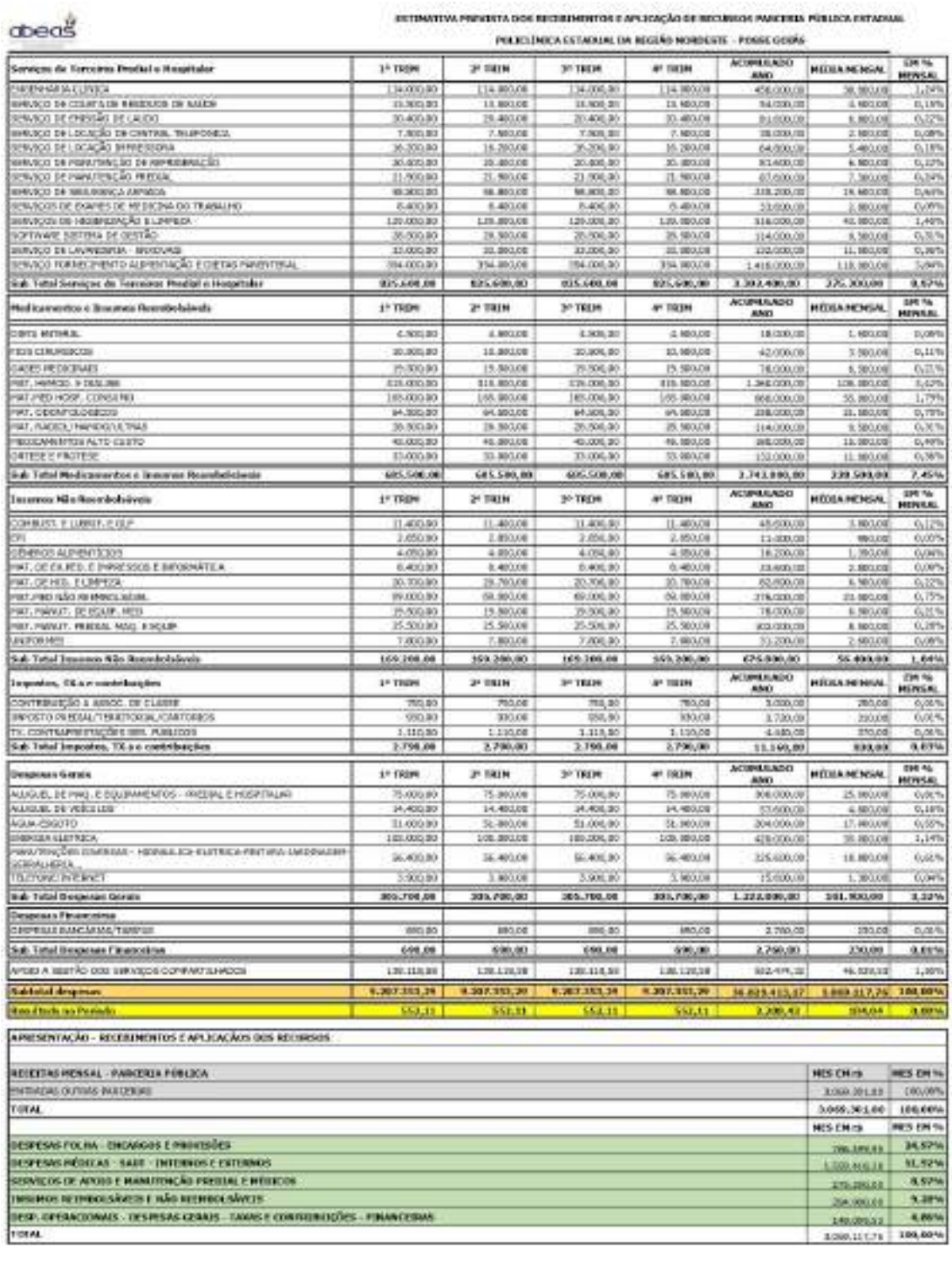
3.7. Proposta Orçamentária

ESTIMATIVA PREVISTA DOS RECEBIMENTOS E APLICAÇÃO DE RECURSOS PARCERIA PÚBLICA ESTADUAL

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE GOIÁS

Ano calendário 2024/2025	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ACUMULADO ANO	MÉDIA MENSAL	EM % MENSAL
RECEITAS							
Receita Hospitalar Convênio	**1º TRIM**	**2º TRIM**	**3º TRIM**	**4º TRIM**	**ACUMULADO ANO**	**MÉDIA MENSAL**	**EM % MENSAL**
1 - CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAL - (C/HM e MAT/MED)	1.726.904,00	1.726.904,00	1.726.904,00	1.726.904,00	6.907.616,00	575.468,00	58,34%
2 - CONSULTAS NÃO MÉDICAS	694.228,00	694.228,00	694.228,00	694.228,00	2.776.912,00	231.076,00	5,71%
3 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAL	34.016,49	34.016,49	34.016,49	34.016,49	136.065,96	11.338,83	0,37%
4 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - (ODONTOLÓGICOS)	341.743,50	341.743,50	341.743,50	341.743,50	1.366.974,00	113.914,50	2,71%
5 - SERVIÇOS SADT INTERNOS - (C/HM e MAT MED)	990.331,62	990.331,62	990.331,62	990.331,62	3.961.326,48	330.110,54	10,76%
5 - SERVIÇOS SADT EXTERNOS - (C/HM e MAT MED)	928.859,75	928.859,75	928.859,75	928.859,75	3.712.239,00	309.353,25	10,08%
6 - TERAPIAS EBIAL HBRO E TRATAMENTO (C/ HM e MAT/MED)	4.294.822,94	4.294.822,94	4.294.822,94	4.294.822,94	17.179.291,76	1.431.940,98	46,65%
Sub Total Convênio	**9.207.905,40**	**9.207.905,40**	**9.207.905,40**	**9.207.905,40**	**36.831.621,60**	**3.069.301,80**	**100,00%**
DESPESAS							
Verbas remuneratórias / Indenizatórias	**1º TRIM**	**2º TRIM**	**3º TRIM**	**4º TRIM**	**ACUMULADO ANO**	**MÉDIA MENSAL**	**EM % MENSAL**
PROVISÃO 13º SALÁRIO	102.307,96	102.307,96	102.307,96	102.307,96	410.031,84	34.169,32	1,11%
PROVISÃO DE ENCARGOS S/FÉRIAS	117.883,74	117.883,74	117.883,74	117.883,74	471.534,98	39.294,58	1,28%
PROVISÃO DE FÉRIAS + 1/3	136.677,28	136.677,28	136.677,28	136.677,28	546.709,12	45.559,09	1,48%
PROVISÃO RESCISÃO/AVISO PRÉVIO	141.871,02	141.871,02	141.871,02	141.871,02	567.484,07	47.290,34	1,54%
SALÁRIOS	1.330.095,53	1.330.095,53	1.330.095,53	1.330.095,53	4.920.382,12	410.031,84	13,36%
Sub Total Verbas remuneratórias / Indenizatórias	**1.729.035,53**	**1.729.035,53**	**1.729.035,53**	**1.729.035,53**	**6.916.140,13**	**576.345,18**	**18,78%**
Benefícios							
SEGURO DE VIDA	6.176,00	6.176,00	6.176,00	6.176,00	20.708,00	1.725,00	0,06%
VALE REFEIÇÃO/ALIMENTAÇÃO	110.400,00	110.400,00	110.400,00	110.400,00	441.600,00	36.800,00	1,20%
Sub Total Benefícios	**115.575,00**	**115.575,00**	**115.575,00**	**115.575,00**	**462.308,00**	**38.525,00**	**1,26%**
Encargos Trabalhistas e Sociais							
COTA PATRONAL E CONTRIB. PARA TERCEIROS	344.189,73	344.189,73	344.189,73	344.189,73	1.376.722,92	114.726,91	3,74%
FGTS	98.407,64	98.407,64	98.407,64	98.407,64	393.630,57	32.802,55	1,07%
PIS	12.309,96	12.309,96	12.309,96	12.309,96	49.239,82	4.103,32	0,13%
Sub Total Encargos Trabalhistas e Sociais	**454.899,33**	**454.899,33**	**454.899,33**	**454.899,33**	**1.819.557,31**	**151.629,78**	**4,94%**
Despesas Geral com Pessoal	**2.299.499,86**	**2.299.499,86**	**2.299.499,86**	**2.299.499,86**	**9.197.999,44**	**766.499,95**	**24,97%**
Serviços Diversos Pessoa Jurídica	**1º TRIM**	**2º TRIM**	**3º TRIM**	**4º TRIM**	**ACUMULADO ANO**	**MÉDIA MENSAL**	**EM % MENSAL**
ANÁLISES CLÍNICAS	183.416,40	183.416,40	183.416,40	183.416,40	733.665,60	61.138,80	1,99%
AUDIOMETRIA	2.562,26	2.562,26	2.562,26	2.562,26	10.249,06	854,09	0,03%
CITOLOGIA	3.697,74	3.697,74	3.697,74	3.697,74	14.790,96	1.232,58	0,04%
COLONOSCOPIA	47.738,16	47.738,16	47.738,16	47.738,16	190.952,64	15.912,72	0,52%
COLPOSCOPIA	4.755,60	4.755,60	4.755,60	4.755,60	19.022,40	1.585,20	0,05%
CRIOCIRURGIA ÓCERA	6.960,91	6.960,91	6.960,91	6.960,93	27.841,64	2.320,07	0,07%
DOPLER VASCULAR	61.527,42	61.527,42	61.527,42	61.527,42	246.109,68	20.509,14	0,67%
ECOCARDIOGRAFIA	19.618,28	19.618,28	19.618,28	19.618,28	78.481,12	6.536,76	0,21%
ELETROCARDIOGRAFIA	13.132,38	13.132,38	13.132,38	13.132,38	52.529,52	4.377,46	0,14%
ELETROENCEFALOGRAFIA	4.729,20	4.729,20	4.729,20	4.729,20	18.916,80	1.576,40	0,05%
ELETROMIOMIOGRAFIA	6.021,36	6.021,36	6.021,36	6.021,36	24.085,44	2.007,12	0,06%
ENDOSCOPIA	90.964,00	90.964,00	90.964,00	90.964,00	363.856,00	30.321,47	0,99%
ESPIROMETRIA	5.313,40	5.313,40	5.313,40	5.313,40	21.333,60	1.777,80	0,06%
EXAMES OFTALMOLÓGICO	291.177,60	291.177,60	291.177,60	291.177,60	1.164.710,40	97.059,20	3,18%
HOLTER	24.379,53	24.379,53	24.379,53	24.379,53	97.518,12	8.126,51	0,27%
MAPA GRAFIA	14.646,93	14.646,93	14.646,93	14.646,93	58.587,72	4.882,31	0,16%
MAPA	27.732,10	27.732,10	27.732,10	27.732,10	110.928,38	9.244,03	0,30%
PUBLIÇÃO ASPIRATIVA - PAAF (MAMA)	2.368,35	2.368,35	2.368,35	2.368,35	9.473,40	789,45	0,03%
PUBLIÇÃO ASPIRATIVA - PAAF (TIREOIDE)	2.368,35	2.368,35	2.368,35	2.368,35	9.473,40	789,45	0,03%
PUBLIÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA GROSSA	2.368,35	2.368,35	2.368,35	2.368,35	9.473,40	789,45	0,03%
RADIOLOGIA	75.117,00	75.117,00	75.117,00	75.117,00	300.468,00	25.039,00	0,82%
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	172.643,21	172.643,21	172.643,21	172.643,21	690.572,84	57.547,74	1,88%
TESTE ERGOMÉTRICO	23.748,10	23.748,10	23.748,10	23.748,10	94.992,40	7.916,03	0,26%
TOMOGRAFIA	127.317,74	127.317,74	127.317,74	127.317,74	509.270,96	42.422,58	1,38%
ULTRASSONOGRAFIA	75.873,78	75.873,78	75.873,78	75.873,78	303.495,12	25.291,26	0,82%
URODINÂMICA	7.575,48	7.575,48	7.575,48	7.575,48	30.301,92	2.525,16	0,08%
VIDEOLAPAROSCOPIA	37.940,08	37.940,08	37.940,08	37.940,08	151.760,32	12.646,69	0,41%
Sub Total Serviços Diversos Pessoa Jurídica	**1.335.370,17**	**1.335.370,17**	**1.335.370,17**	**1.335.370,17**	**5.341.480,68**	**445.123,39**	**14,54%**
Serviços Médicos Pessoa Jurídica	**1º TRIM**	**2º TRIM**	**3º TRIM**	**4º TRIM**	**ACUMULADO ANO**	**MÉDIA MENSAL**	**EM % MENSAL**
CONSULTAS MÉDICAS	1.121.577,60	1.121.577,60	1.121.577,60	1.121.577,60	4.486.310,40	373.859,20	12,18%
CONSULTAS MULTIPROFISSIONAIS - Conselhos não médicos	357.691,20	357.691,20	357.691,20	357.691,20	1.430.764,80	119.230,40	3,88%
HEMO - PETOS DE TREINAMENTOS DE EQUIPES PERITONEAL	70.637,59	70.637,59	70.637,59	70.637,58	282.550,35	23.545,86	0,77%
HEMODIÁLISE - Sessões	1.643.263,46	1.643.263,46	1.643.263,46	1.643.263,46	6.573.053,82	547.754,48	17,85%
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAL - CIRÚRGICOS	25.512,37	25.512,37	25.512,37	25.512,37	102.049,47	8.504,12	0,28%
CONSULTAS ODONTOLÓGICAS	151.086,60	151.086,60	151.086,60	151.086,60	604.346,40	50.362,20	1,64%
ENDODONTIA	11.871,09	11.871,09	11.871,09	11.871,09	47.484,36	3.957,03	0,13%
CIRURGIA ORAL MENOR	19.425,42	19.425,42	19.425,42	19.425,42	77.701,68	6.475,14	0,21%
PROCEDIMENTOS BÁSICOS - cirúrgicos	19.785,13	19.785,13	19.785,13	19.785,13	79.140,52	6.595,05	0,21%
PERIODONTIA CIRÚRGICA - cirúrgica	21.044,21	21.044,21	21.044,21	21.044,21	84.176,82	7.014,74	0,23%
Sub Total Serviços Médicos Pessoa Jurídica	**3.441.894,68**	**3.441.894,68**	**3.441.894,68**	**3.441.894,68**	**13.767.578,72**	**1.147.298,89**	**37,38%**

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br



ESTIMATIVA PREVISTA DOS RECEBIMENTOS E APLICAÇÃO DE RECURSOS PARCERIA PÚBLICA ESTADUAL

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE - POSSE GOIÁS

Serviços de Terceiros Pessoa Física e Hospitalar	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ACUMULADO ANO	MÉDIA MENSAL	100 % MENSAL
MANUTENÇÃO PREDIAL	114.000,00	114.000,00	114.000,00	114.000,00	456.000,00	38.000,00	11,50%
SERVIÇO DE COLETA DE RESÍDUOS DE SAÚDE	33.000,00	33.000,00	33.000,00	33.000,00	132.000,00	11.000,00	3,33%
SERVIÇO DE EMISSÃO DE LAUDO	20.400,00	20.400,00	20.400,00	20.400,00	81.600,00	6.800,00	2,06%
SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE CENTRAL TELEFÔNICA	7.500,00	7.500,00	7.500,00	7.500,00	30.000,00	2.500,00	0,76%
SERVIÇO DE LOCAÇÃO IMPRESSORA	16.200,00	16.200,00	16.200,00	16.200,00	64.800,00	5.400,00	1,64%
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE REFRIGERAÇÃO	20.400,00	20.400,00	20.400,00	20.400,00	81.600,00	6.800,00	2,06%
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL	21.900,00	21.900,00	21.900,00	21.900,00	87.600,00	7.300,00	2,21%
SERVIÇO DE SEGURANÇA ARMADA	66.300,00	66.300,00	66.300,00	66.300,00	265.200,00	22.100,00	6,71%
SERVIÇOS DE EXAMES DE MEDICINA DO TRABALHO	6.450,00	6.450,00	6.450,00	6.450,00	25.800,00	2.150,00	0,65%
SERVIÇOS DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	480.000,00	40.000,00	12,14%
SOFTWARE SISTEMA DE GESTÃO	28.500,00	28.500,00	28.500,00	28.500,00	114.000,00	9.500,00	2,88%
SERVIÇO DE LAVANDERIA - ROUPARIA	33.000,00	33.000,00	33.000,00	33.000,00	132.000,00	11.000,00	3,33%
SERVIÇO FORNECIMENTO ALIMENTAÇÃO E DIETAS PARENTERAL	354.000,00	354.000,00	354.000,00	354.000,00	1.416.000,00	118.000,00	35,80%
Sub Total Serviços de Terceiros Pessoal e Hospitalar	825.600,00	825.600,00	825.600,00	825.600,00	3.302.400,00	275.200,00	83,47%

Medicamentos e Insumos Reembolsáveis	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ACUMULADO ANO	MÉDIA MENSAL	100 % MENSAL
GASES MEDICINAIS	4.500,00	4.500,00	4.500,00	4.500,00	18.000,00	1.500,00	0,46%
FILME CIRURGICO	10.500,00	10.500,00	10.500,00	10.500,00	42.000,00	3.500,00	1,11%
GASES MEDICINAIS	19.500,00	19.500,00	19.500,00	19.500,00	78.000,00	6.500,00	1,71%
MAT. MEDICO, P DESLOC	328.000,00	328.000,00	328.000,00	328.000,00	1.368.000,00	108.000,00	34,57%
MAT./MED HOSP. CONSUMO	165.000,00	165.000,00	165.000,00	165.000,00	660.000,00	55.000,00	16,79%
MAT. ODONTOLOGICOS	64.500,00	64.500,00	64.500,00	64.500,00	258.000,00	21.500,00	6,79%
MAT. RADIOL/IMAGENOLOGIA	26.500,00	26.500,00	26.500,00	26.500,00	114.000,00	9.500,00	2,91%
MEDICAMENTOS ALTO CUSTO	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	160.000,00	13.000,00	4,05%
ORTESE E PROTESE	33.000,00	33.000,00	33.000,00	33.000,00	132.000,00	11.000,00	3,33%
Sub Total Medicamentos e Insumos Reembolsáveis	685.500,00	685.500,00	685.500,00	685.500,00	2.743.000,00	228.500,00	69,34%

Insumos Não Reembolsáveis	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ACUMULADO ANO	MÉDIA MENSAL	100 % MENSAL
COMBUST. E LUBRIF. P/ GLP	11.400,00	11.400,00	11.400,00	11.400,00	45.600,00	3.800,00	1,15%
EPI	2.850,00	2.850,00	2.850,00	2.850,00	11.400,00	950,00	0,29%
GENEROS ALIMENTICIOS	4.050,00	4.050,00	4.050,00	4.050,00	16.200,00	1.350,00	0,41%
MAT. DE EXAMES E IMPRESSOS E INFORMÁTICA	8.400,00	8.400,00	8.400,00	8.400,00	33.600,00	2.800,00	0,85%
MAT. DE HIG. E LIMPEZA	20.700,00	20.700,00	20.700,00	20.700,00	82.800,00	6.900,00	2,09%
MAT./MED NÃO REMISSIVOS	69.000,00	69.000,00	69.000,00	69.000,00	276.000,00	23.000,00	6,97%
MAT. PANIFIC. DE EQUIP. MED	19.500,00	19.500,00	19.500,00	19.500,00	78.000,00	6.500,00	1,97%
MAT. PANIFIC. PREDIAL MAQ. E EQUIP	25.500,00	25.500,00	25.500,00	25.500,00	102.000,00	8.500,00	2,58%
UNIFORMES	7.800,00	7.800,00	7.800,00	7.800,00	31.200,00	2.600,00	0,79%
Sub Total Insumos Não Reembolsáveis	169.200,00	169.200,00	169.200,00	169.200,00	676.800,00	56.400,00	17,09%

Impostos, Taxas e contribuições	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ACUMULADO ANO	MÉDIA MENSAL	100 % MENSAL
CONTRIBUIÇÃO A ASSOC. DE CLASSE	750,00	750,00	750,00	750,00	3.000,00	250,00	0,08%
IMPOSTO PREDIAL/TERRITORIAL/CARTORIOS	930,00	930,00	930,00	930,00	3.720,00	310,00	0,09%
TX. CONTRAPRESTAÇÃO E SERV. PUBLICOS	1.110,00	1.110,00	1.110,00	1.110,00	4.440,00	370,00	0,11%
Sub Total Impostos, Taxas e contribuições	2.790,00	2.790,00	2.790,00	2.790,00	11.160,00	930,00	0,27%

Despesas Gerais	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM	ACUMULADO ANO	MÉDIA MENSAL	100 % MENSAL
ALUGUEL DE PAV. E EQUIPAMENTOS - PREDIAL E HOSPITALAR	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	300.000,00	25.000,00	7,31%
ALUGUEL DE VEÍCULOS	14.400,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00	57.600,00	4.800,00	1,40%
AGUA-ESGOTO	51.000,00	51.000,00	51.000,00	51.000,00	204.000,00	17.000,00	4,97%
ENERGIA ELETRICA	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	400.000,00	33.000,00	9,74%
MANUTENÇÕES GERAIS - HIDRAULICA-ELETRICA-PINTURA-LIMPEZA/DESENTUPIMENTO-JARDINAGEM-SERRALHERIA	96.400,00	96.400,00	96.400,00	96.400,00	385.600,00	32.000,00	9,39%
TELEFONE/INTERNET	3.900,00	3.900,00	3.900,00	3.900,00	15.600,00	1.300,00	0,38%
Sub Total Despesas Gerais	385.700,00	385.700,00	385.700,00	385.700,00	1.222.800,00	101.900,00	29,78%

Despesas Financeiras							
DESPESAS BANCARIAS/TARIFAS	690,00	690,00	690,00	690,00	2.760,00	230,00	0,07%
Sub Total Despesas Financeiras	690,00	690,00	690,00	690,00	2.760,00	230,00	0,07%
APOIO A GESTÃO DOS SERVIÇOS CONTRATUALIZADOS	130.119,38	130.119,38	130.119,38	130.119,38	502.477,52	46.329,13	13,55%
Subtotal despesas	9.307.353,38	9.307.353,38	9.307.353,38	9.307.353,38	34.829.413,07	3.069.117,76	100,00%
Resultado ou Prejuízo	552,11	552,11	552,11	552,11	2.208,42	184,04	0,00%

APRESENTAÇÃO - RECEBIMENTOS E APLICAÇÕES DOS RECURSOS		
RECEITAS MENSAL - PARCERIA PÚBLICA	MES EM R$	MES EM %
ENTRADAS OUTRAS PARCERIAS	3.069.301,85	100,00%
TOTAL	3.069.301,85	100,00%
	MES EM R$	MES EM %
DESPESAS FOLHA - ENCARGOS E PROVISÕES	786.599,83	24,57%
DESPESAS MÉDICAS - SAUD - INTERNOS E EXTERNOS	1.500.446,18	51,52%
SERVIÇOS DE APOIO E MANUTENÇÃO PREDIAL E MÉDICOS	270.280,83	8,57%
INSUMOS REEMBOLSÁVEIS E NÃO REEMBOLSÁVEIS	256.000,00	9,38%
DESP. OPERACIONAIS - DESPESAS GERAIS - TAXAS E CONTRIBUIÇÕES - FINANCEIRAS	140.089,52	4,86%
TOTAL	3.069.117,76	100,00%

Gilmar Bandeira

Superintendente

Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

4. ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI

ANEXO VII

ANEXO VIII - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS MÉDICOS

ANEXO IX - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NÃO MÉDICOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, CARACTERIZADA COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, COM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COMPROVADA NA GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

ANEXO I

Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos – 4 pontos

Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES, ATESTA** que a Organização Social em Saúde OSS, **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ABEAS**, pessoa jurídica de direito privado constituída na forma de associação civil, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.574.278.0001-34 estabelecida na Rua S-5, número 854 Quadra 19, Lote 5, Sala 6 1º andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goias CEP: 74.823-460 **vem prestando os serviços de execução e operacionalização das ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho, através do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/MA e Processo Administrativo nº 98.771/2021, decorrente do Chamamento Público nº 02/2021-CSL/SES desde 01.02.2022 até a presente data** cujas características da unidade de saúde são abaixo descritas

Desde o ano de 2014 o antigo Hospital Geral passou a ser um Hospital Especializado no diagnóstico e tratamento oncológico. Nesse sentido, desde 2011 o Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho é habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de Hematologia. Assim pelo Plano Oncológico do Estado e, como mencionado anteriormente essa unidade de saúde é referência em oncologia para todo Estado do Maranhão

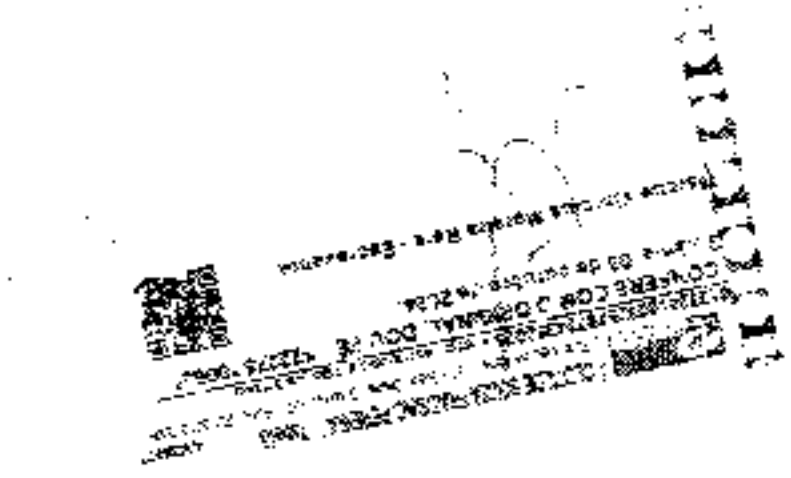
Atualmente a unidade possui 116 (cento e dezoito) leitos de internação hospitalar sendo **44** (quarenta e quatro) leitos de oncologia clínica 59 (cinquenta e nove) leitos de oncologia cirúrgica 15 (quinze) leitos de terapia intensiva – UTI. O Hospital do Câncer do Maranhão conta também com 06 (seis) salas de atendimento ambulatorial em mais de 20 especialidades oncológicas e área específica para exames de imagem com salas para tomografia, radiologia, mamografia e ultrassom. Há ainda um Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia e 05 (cinco) leitos de recuperação pós anestésica. O Salão de Quimioterapia possui 21 (vinte e uma) poltronas para medicação e um leito em caso de intercorrências

O Serviço de Pronto Atendimento por sua vez, tem duas salas para atendimento médico de urgência e emergência, uma sala para curativos e outra para triagem, além de espaços com 06 (seis) poltronas para medicação, 10 (dez) leitos de observação, 01 (um) de estabilização com 02 (dois) leitos e 06 (cinco) poltronas de hemotransfusão.

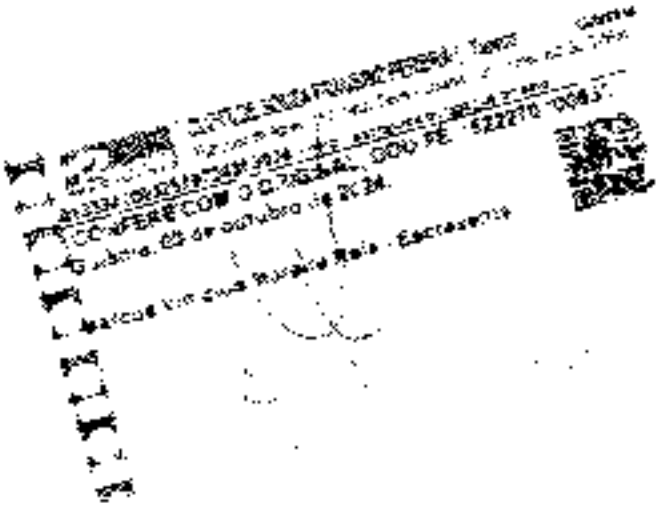
A habilitação do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes na qualidade de Hospital Oncológico pressupõe o cumprimento de metas quantitativas de atendimento que deverão ser observadas pela contratada em atenção à Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019

Na execução dos serviços de gestão e operacionalização de serviços de saúde do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes filho a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, possui, em seu quadro de empregados, os profissionais abaixo relacionados:

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
1	Agente de Portaria	27	220
2	Assistente Social	14	150
3	Aprendiz	6	150
4	Assistente Administrativo	74	220
5	Auxiliar de Farmácia	23	180
6	Bioquímico/Biomédico	5	150
7	Capelão	1	180
8	Comprador	1	200
9	Coordenador de Compras	1	200
10	Coordenador Financeiro	1	200
11	Coordenador Contratos	1	200
12	Coordenador Departamento Pessoal	1	200
13	Coordenador de Radiologia/Setor de Imagem	1	200
14	Coordenador Enfermagem NIR	1	200
15	Coordenação Enfermagem de Internação	1	200
16	Coordenação de Enfermagem de SCIRAS	1	200
17	Coordenação de Enfermagem COCEPE	1	200
18	Coordenação de Enfermagem de Vigilância	1	200
19	Coordenador Enfermagem Nefrologia	1	200
20	Coordenação do CIDOT	1	200
21	Coordenação Enfermagem Centro Cirurgico	1	200
22	Coordenação de Enfermagem de SPA	1	200
23	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncológica 1	1	200
24	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncológica 2	1	200
25	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirúrgica 1	1	200
26	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirúrgica 2	1	200
27	Coordenação de Enfermagem de UTI 1 e 2	1	200
28	Coordenação de Enfermagem da CME	1	200
29	Coordenação de Enfermagem Cirurgicos	1	200



	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
30	Coordenação Enfermagem NEP	1	200
31	Coordenação de Enfermagem no Ambulatório SADT	1	200
32	Coordenação de Ambulatório	1	200
33	Coordenação de Enfermagem de Qualidade	1	200
34	Coordenação de Casa de Apoio	1	200
35	Coordenação de Atendimento	1	200
36	Coordenação de Registro Hospitalar de	1	200
37	Coordenação de Recursos Humanos	1	200
38	Coordenação de OPME	1	200
39	Coordenador Auditoria Enfermagem	1	200
40	Coordenador de Faturamento	1	200
41	Coordenador da Equipe Multiprofissional	1	200
42	Coordenador de Farmácia Ambulatorial	1	200
43	Supervisor de Manutenção	1	200
44	Coordenador da Farmácia Hospitalar	1	200
45	Coordenador Serviço de Nutrição	1	200
46	Coordenador Agência Transfusional	1	200
47	Coordenador Tecnologia da Informação	1	200
48	Coordenador Serviço Social	1	200
49	Diretor Técnico	1	200
50	Diretor Assistencial	1	200
51	Diretor Administrativo	1	200
52	Diretor Geral	1	200
53	Odontologista	1	100
54	Digitador	2	200
55	Encarregado de Transporte	1	200
56	Encarregado dos Maqueiros	1	200
57	Enfermeiro	115	150
58	Enfermeiro do Trabalho	1	150
59	Farmacêutico	10	180
60	Fisioterapeuta Clínico	20	150
61	Fonoaudiólogo	4	150
62	Maqueiro	23	200
63	Motorista	6	220
64	Nutricionista	12	180



	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
65	Psicólogo	10	150
66	Regente de Coral	1	180
67	Secretária	2	200
68	Supervisor Administrativo	9	200
69	Supervisor de Arquivo	1	200
70	Supervisor Fisioterapia da UTI	1	200
71	Supervisor Financeiro	1	200
72	Supervisor de Serviço Social	1	200
73	Supervisor de Farmácia Hospitalar	1	200
74	Supervisão de Portaria/Recepcionista	1	200
75	Supervisor de Transporte	1	200
76	Supervisor do Almoxarifado	1	200
77	Supervisor de Enfermagem	4	200
78	Supervisor de Tecnologia de Informática	1	200
79	Supervisor Ouvidoria	1	200
80	Supervisor Patrimônio	1	200
81	Técnico Administração	3	220
82	Técnico de Nível Superior	10	200
83	Técnico em Enfermagem	270	150
84	Técnico em Manutenção Predial	7	220
85	Técnico Tecnologia da Informação	3	220
86	Técnico em Nutrição	1	180
87	Técnico em Laboratório	5	150
88	Técnico em Segurança do Trabalho	3	220
89	Telefonista	4	150
90	Terapeuta Ocupacional	7	150
	TOTAL	**741**	

As metas contratualizadas, através do contrato de gestão acima elencado, vem sendo cumpridas mensalmente, através de quadro técnico, que conta com medicos especialistas para cada uma das especialidades abaixo descritas

CLOTILDE SOUZA FRANSSINETE PEREIRA | Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL, SIGO FÉ. 122235 0083
Balsas, 03 de Outubro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Leito/Especialidades	Qtd. Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetros	Internações
Cirurgia Oncológica	45	5,2	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%)	240
Cirurgia Oncológica	44	10,2	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%)	89
Clínica Geral	10	6,5	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%)	39
Total	**103**			**348**

METAS DE CIRURGIAS ONCOLOGICAS

ESPECIALIDADES	Nº DE CIRURGIAS/MÊS
Cirurgia Oncológica	236
Total	

Código	Procedimentos	META MENSAL
0702...	CPME Oncológica	25

DIÁRIAS DA UTI

Código	Leito / Especialidade	Qtd Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetro	Internações
0902010963	UTI – Adulto – Tipo II	15	6,8	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%)	56
Total		**15**			

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA TORÁCICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas médicas em Cirurgião Torácica	04	70
07.01.01.045-7	Diagnóstico Biópsia de Pleura		20
07.09.04.07[illegible]	Diagnóstico por Broncoscopia	-	15
04.12.04.014-4 04.16.11.4	Cirurgias Torácicas	04	10
Total de Procedimentos em Cirurgia Torácica		**115**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOPELVE

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03 01 01 007-2	Consultas em ginecologia cirúrgica	05	120
03 01 01 007-2	Consultas em ginecologia clínica	03	120
03 01 01 007-2	Consultas Médica em Coloretal	03	120
02 11 04 002-9	Diagnostico em Colposcopia	-	80
04 09 07+	Cirurgias em Oncopelve	05	22
Total de Procedimentos em Ginecologia		**462**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médica em Urologia	07	40	240
02 01 03 041-0	Biópsia de Próstata	-	-	40
04 09+ 04 16 01+	Cirurgias em Urologia	06	20	16
Total de Procedimentos em Urologia		**296**		

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CIRURGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01 007-2	Consultas Medica em Cirurgião Oncológico	8	32	200
04 06 02 007-8	Implante de cateter	-	-	10
04 07 04 019-5	Paracentese Abdominal	-	-	5
04 15 04+	Desbridamento	-	-	10
04 16+	Cirurgias em Oncologia Cirúrgica	8	24	40
Total de Procedimentos em Oncologia Cirúrgica				**265**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA PLÁSTICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas com Cirurgião Plástico	01	06	10
04.16.09+	Cirurgia plástica em oncologia	01	06	4
Total de Procedimentos em cirurgia plástica				**14**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia)	02	20	260
02.09.01.005-3	Diagnóstico por Retossigmoidoscopia	02	10	20
02.09.01.002-9	Diagnóstico em Colonoscopia	02	27	100
02.09.01.001-06	Colangiopancreatografia retrograda (CPRE)	01	12	05
Total de Procedimentos em Gastroenterologia				**385**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CABEÇA E PESCOÇO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Cabeça e Pescoço	04	16	160
02.01.01+.	Coleta de material por meio de punção	-	-	25
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	-	-	20
04.02+ 04.04+ 04.16.03+...	Cirurgias em cabeça e pescoço	1	16	12
Total de Procedimentos em Cabeça e Pescoço				**217**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Ortopedia Oncológica	02	10	100
04.02+. 04.04+. 04.16.09+.	Cirurgias em ortopedia	02	16	10
Total de Procedimentos em Ortopedia Oncológica				**110**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM MASTOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Mastologia	03	12	200
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	-	-	20
02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	-	-	5
02.01.01.056-9	Biópsia / exérese de nódulo de mama	-	-	12
04.10.01+.. 04.16.12+.	Cirurgias em mastologia	03	20	16
04.10.01.007-3 04.10.01.008-1	Cirurgias em reconstrução de mama	-	-	10
Total de Procedimentos em Mastologia				**263**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurocirurgia	03	08	80
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurologia Clínica	02	08	60
04.03.03+...	Cirurgia em neurologia	02	16	8
Total de Procedimentos em Neurologia e Neurocirurgia				**148**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM BUCO – MAXILO – FACIAL

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas com Buco maxilo –facial	03	12	120
03.07.02.007-6	Laserterapia	-	-	20
04.03.03+...	Cirurgia em buco-maxilo-facial	03	16	30
Total de Procedimentos em Buco Maxilo Facial				**150**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cardiologia	01	08	130
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtorácica	-	-	90
02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	-	-	120
Total de Procedimentos em Cardiologia				**340**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CÂNCER DE PELE E SARCOMA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Câncer de Pele e sarcoma	03	12	80
02.01.01.002-0	Biopsia / punção de tumor superficial de pele	-	-	40
04.01.02+ 04.19.06+...	Cirurgia em Dermatologia	-	-	09
Total de Procedimentos em Dermatologia				**129**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA VASCULAR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Parecer em Cirurgia Vascular	-	-	10
02.05.01.004-0	Diagnostico Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	-	-	12
04.38.05.001-2	Cirurgia Vascular	01	06	8
04.06.02.007-8	Implante Cateter	-	-	5
Total de Procedimentos em Cirurgia Vascular				**35**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ENDOCRINOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas em Endocrinologia	01	04	120

METAS DE PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas com Otorrinolaringologista	01	10	12

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas Urológicas	01	20	20

METAS DE PROCEDIMENTOS EM HEMATOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Hematologia	04	40	500
Total de Procedimentos em Hematologia				**500**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CLINICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas em Oncologia Clinica	08	64	800
03.01.01.007-2	Consultas médica em Oncologia Clinica - TRIAGEM			200
Total de Procedimentos em Oncologia Clinica				**1.000**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CLÍNICA DA DOR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas de Clínica da Dor	02	08	200
Total de Procedimentos em Clínica da Dor				**200**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM RADIOINTERVENÇÃO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Radiointervenção	02	04	55
	Procedimentos em Radiointervenção	02	10	55
02.02.09.019-1	Mielograma	-	-	24
02.01.01.030-5 02.01.01.031-3 02.01.01.032-1 02.01.01.033-0	Coleta de material por meio de punção	-	-	10
Total de Procedimentos em Radiointervenção				**144**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Códigos	Procedimento	Meta
02.04.03+	Mamografia	420
02.04+	Radiologia	1200
02.05+	Ultrassonografia	500
02.06+	Tomografia	2700
02.07+	Ressonância Magnética	20
02.99.01.005-5	PET-CT	20
	Diagnóstico em Colposcopia	06
	Diagnóstico Punção Líquida	10
	Diagnóstico em Monitorização Pós Operatório	32
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**4240**

CARLOS SOUZA [illegible]
COMPARE COM O ORIGINAL DOU [illegible]
[illegible] 03 de outubro de 2024

METAS DE URGENCIA E EMERGENCIA – SPA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 06 006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	-	-	700
03 01 06 002-9	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada		-	700
03.01 06-011-8	Acolhimento com Classificação de Risco	-		700
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico				**2100**

METAS DE PROCEDIMENTOS QUIMIOTERAPICOS

Código	Procedimentos Programados	Meta
03.01.01 007-2	Consultas Médicas do protocolo Quimioterápicos	700
0304	Tratamento em Quimioterapia	1 100
	Total de Procedimentos Quimioterápicos	**1.800**

METAS FÍSICAS DA CASA DE APOIO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Equipe Multidisciplinar.	Carga Horária Semanal	Meta
030 1013048	Psicologia	2	30	270
	Serviço Social	2	30	350
	Terapeuta Ocupacional	2	30	390
Total				**1010**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Código	Procedimentos Programados	Meta
02 02+	Exames Clínicos Laboratoriais	33 000
02 03 01+	Exames de Citopatologia	350
02 03.02+	Exames de Anatomia Patológica	1 799
	Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico	**35.149**

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO

Diante do exposto, **ATESTA-SE** que a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** vem executando e operacionalizando as ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho, bem como possui experiência em Gestão de Urgência/Emergencia, Hemodiálise; Cirurgia Geral; Clínica Médica; Neuro/Cirurgia e Clínica; Cardiologia. Executa os protolocos Assistencia de Identificação do Paciente e cumpre fielmente as metas internacionais de Segurança do Paciente. Realiza Rounds: Equipes Indisciplinares, Médica Horizontal e nos Serviços de Emergencia. Possui Núcleo de Interno de Regulaçao e Alta Progamada com transição de cuidados desde **01.02.2022 até** a presente data de forma satisfatória, com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho gerindo a mão de obra acima apresentada, apresentando os Relatórios de Produtividade Mensal, a documentação pertinente à prestação de contas financeiras das competências não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar técnica e comercialmente sua conduta.

São Luís 27 de maio de 2024.

KÁTIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVÃO
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. 122232 *0080*.
Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010035942

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, CARACTERIZADA COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, COM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COMPROVADA NA GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

ANEXO II

Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de hospitais com serviço ambulatorial por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos – 2 pontos

Clínica Renascença S/A (Hospital Renascença)

HOSPITAL
RENASCENÇA

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

CLINICA RENASCENÇA S/A, com sede na cidade de Aracaju/SE na Rua Gonçalo Rolemberg nº1490 CEP 49050-370 inscrita no CNPJ sob o nº 13.175.390/0001-81 neste ato, devidamente representada na forma do seu Contrato Social por seu procurador (a), Sr. **TADEU HENRIQUE VASCONCELOS MATOS** brasileiro, economista, portador da Cédula de Identidade RG nº 940.527 SSP SE inscrito no CPF/MF sob nº 617.691.965-91 residente e domiciliado na cidade de Aracaju Sergipe, ATESTA para os devidos fins, que a Organização Social **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS** entidade de direito privado na forma de associação civil sem fins lucrativos inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número **04.547.278/0001-34**, sediada na Rua S-5 Nº 354 Quadra 19 Lotes 05, Setor 05, Setor Bela Vista, CEP 74823-490 Goiânia - GO prestou Serviços de Gestão Hospitalar em Unidade de Saúde denominada Hospital Renascença de **07 de novembro de 2016 a 06 de novembro de 2019**, com as seguintes características:

Unidade Hospitalar com 03 (três) assentos e tomografia de 16 (dezesseis) cortes, 10 (dez) leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 04 (quatro) salas de cirurgias, Pronto Socorro 24hs e quatro horas, serviços de diagnósticos por imagem exames laboratoriais e ambulatório médico de especialidades

Atendimento Hospitalar	Período (07/11/2016 a 06/11/2018)
Consulta Ambulatorial	19.734
Cirurgias Eletivas / Urgência	16.054
Internamento eletivo/urgência	6.074
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	2.832
Urgência/Emergência	44.917

RENASCENÇA

SADT	48.713
RX	13.575
USG	11.700
Endoscopia/ Broncoscopias AMB/ URG	17.584
Tomografia	

Atestamos ainda, que todos os serviços foram executados de forma satisfatória, atendendo aos padrões de qualidade e eficiência pactuados, não constando em nossos registros nenhum fato que desabone a conduta técnica, operacional e comercial quanto às obrigações assumidas.

Anápolis, Goiás **03 de dezembro de 2019.**

CLÍNICA RENASCENÇA S/A - CNPJ: 13.175.690/0001-61
TADEU HENRIQUE VASCONCELOS MATOS
PROCURADOR

CARTÓRIO CAVALCANTI - TABELIONATO DE NOTAS DO SUBÚRBIO
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia por ser fiel reprodução do documento original a mim apresentado.
Dou fé. Salvador-BA, 24 de Julho de 2020.
Em Test de Verdade.
JAILTON DE SOUSA SILVA
ESCREVENTE
Selo: 1808 ACQ61873-R - Valor: R$ 8,38
Consulte em

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *32227A*0063*.
Goiânia, 03 de outubro de 2024
Marcius Vinicius Moreira Reis - Escrevente

RENASCENÇA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE. QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO CLINICA RENASCENÇA S/A – CNPJ: 13.175.690/0001-61 E DE OUTRO LADO ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL – ABEAS - CNPJ: 04.547.278/0001-34, NAS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES A SEGUIR.

CONTRATANTE: Clinica Renascença S/A, pessoa juridica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 13.175.690/0001-61, sediada na Avenida Gonçalo Rollenberg nº 1490, Bairro Salgado Filho, CEP 49.060-370, Aracaju- SE neste ato representado, na forma dos seus atos constitutivos, por seus representantes ao final.

CONTRATADA: ABEAS - Associação Brasileira de Entidades de assistência Social pessoa juridica de direito privado, sem fins lucrativos inscrito CNPJ **04.547.278/0001-34**, sediada na Avenida T – 9 Nº 2310 Quadra 523 Lotes 10/15 Edifício Inove Inteligent Place Sala A706 Jardim Aclimação CEP 74265-220, Goiânia - GO doravante denominada **CONTRATADA**;

Pelo presente instrumento, as partes, firmam o presente contrato de prestação de serviços de gestão de unidade de saúde, denominada **HOSPITAL RENASCENÇA**, incluindo serviços de assessoria e/ou consultoria técnicas diagnostico organizacional estudo de viabilidade e de administração propriamente dita mediante as cláusulas e condições que se seguem:

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Constitui objeto do presente **CONTRATO** a prestação, pela **CONTRATADA**, de serviços de gestão de unidade de saúde hospitalar, denominada **HOSPITAL RENASCENÇA** de propriedade da **CONTRATANTE**, nos termos e condições deste contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO ESCOPO

2.1 Na prestação dos serviços referidos na clausula anterior, a **CONTRATADA** desenvolverá as seguintes atividades:

a) Operação da Unidade de saúde de propriedade da **CONTRATANTE**, com fornecimento de mão de obra abrangendo todos os serviços ofertados pela Unidade de Saúde.

b) Gestão e gerenciamento de toda a mão de obra administrativa, assistencial e técnica da Unidade de Saúde de propriedade da **CONTRATANTE**, com poder de mando.

b1) Os empregados permanecerão registrados em nome da **CONTRATANTE**, bem como o recolhimento de encargos sociais e fiscais inerentes a folha de pagamento.
b2) As contratações de novos empregados deverão obedecer ao plano de trabalho que será elaborado, em no máximo 60 (sessenta) dias.
b3) Substituições e redução de quadro de empregados ficarão a cargo da **CONTRATADA**, com registro e recolhimentos de encargos sociais e fiscais inerentes a folha de pagamento em nome da **CONTRATANTE**.

c) Fornecer relatórios de gestão para comprovação do atingimento de metas de produção e metas financeiras, bem como relatórios financeiros comprovando as receitas e despesas auferidas na Unidade de Saúde de propriedade da **CONTRATANTE**.

d) Todas as despesas com compras de materiais, medicamentos, equipamentos médico hospitalares, dentre outros, deverão ser faturados em nome da **CONTRATANTE**, mediante autorização formal desta, através de ordem de compra, sendo que os pagamentos deverão ser realizados pela **CONTRATADA**, mediante o recebimento da prestação de serviços.

RENASCENÇA

CLÁUSULA TERCEIRA - **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

3.1 Constituem obrigações da **CONTRATADA**, sem prejuízo das demais responsabilidades legais e contratuais:

a) Executar os serviços ora contratados com alta qualidade e padrão de acordo com as melhores práticas de mercado, nos prazos e segundo as condições convencionadas neste **CONTRATO**;

b) Analisar os aspectos macroscópicos das unidades de saúde a qual a entidades tem interesse e/ou firmar contratos de gestão, contratos administrativos, convênio, termos de colaboração ou termo de fomento, acordos de cooperação e demais parcerias;

c) Analisar a estrutura de serviços da unidade de saúde (Hospital e ambulatorial);

d) Levantar informações de mercado, identificando a rede de prestadores de serviços e o perfil dos serviços adquiridos pelas unidades de saúde;

e) Quantificar o número de pacientes absorvidos pelos prestadores de serviços das unidades de saúde por tipo de atendimento;

f) Avaliar os custos dos serviços adquiridos na rede de prestadores de serviços;

g) Cumprir com todas as obrigações fiscais decorrentes deste **CONTRATO**.

h) Responder pelas infrações que cometer quanto ao direito de uso imagem da **CONTRATANTE** ou de terceiros, respondendo, neste caso, pessoal e diretamente, por quaisquer indenizações, taxas ou comissões que forem devidas, bem como por quaisquer ações resultantes do mau uso que deles fizer;

i) Apresentar os comprovantes de recolhimento de tributos e contribuições de sua responsabilidade tais como INSS, FGTS, ISSQN, inclusive quando os serviços forem executados nas dependências da **CONTRATANTE** ou em área por ela designada;

j) Cumprir o disposto na Constituição Federal, que proíbe a realização [illegible] qualquer trabalho de menores de 16 (dezoito anos), salvo na condição de aprendizes a partir de 14 (quatorze) anos, e trabalho noturo, perigoso ou insalubre a menores de 18 (dezoito) anos, em qualquer natureza, exceto na condição de aprendizes a partir de 14 (quatorze) anos, bem como cumprir o disposto no Código Penal, proibindo que menores de 18 (dezoito anos) sejam [illegible] prostituição ou exploração sexual, pornografia ou anúncios, sob pena de rescisão contratual.

3.2 Este **CONTRATO** não gera qualquer vínculo empregatício ou de trabalho entre a **CONTRATANTE** e o pessoal que a **CONTRATADA** utilizar direta ou indiretamente, para a prestação dos serviços ora contratados.

3.3 A **CONTRATADA** obriga-se a reembolsar à **CONTRATANTE** todas as despesas que esta tiver decorrentes de:

a) indenização, inclusive a terceiros, em consequência de eventuais danos materiais ou institucionais causados pela **CONTRATADA** ou seus prepostos na execução de suas atividades;

3.4 A **CONTRATADA** se obriga a solicitar a exclusão da **CONTRATANTE** de toda e qualquer demanda judicial ou extrajudicial que venha a ser promovida em face da **CONTRATANTE** [illegible] conjuntamente ou em conjunto com a **CONTRATADA** nos conflitos decorrentes deste **CONTRATO**, devendo a **CONTRATADA** permanecer isoladamente no polo passivo das demandas, bem como [illegible] a **CONTRATADA** arcar com todos os custos e despesas [illegible] sucumbência, nos casos [illegible] com todos os custos e despesas [illegible]

CONTRATANTE todos os valores que [illegible] despendidos em resposta a tais ações [illegible] das glosas.

3.4 Na hipótese de não inclusão da CONTRATANTE por qualquer motivo a CONTRATADA obriga-se a realizar adotar [illegible] exclusão do item excluído, arcando com as despesas decorrentes.

3.5 A CONTRATADA declara que reconhece a existência do regulamento institucional de compras, contratação de obras e serviços da entidade e se compromete a observar e cumprir suas diretrizes, no que lhe couber. Fica acordado que a CONTRATADA não promoverá ações em desacordo com as diretrizes e recomendações do regulamento institucional de compras, contratação de obras e serviços da entidade, quando estiver negociando ou atuando junto a qualquer uma de suas unidades ou ainda, quando estiver realizando atividades em seus ambientes. O regulamento institucional de compras, contratação de obras e serviços da entidade está disponível em www.abeas.org.br canal de transparência.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

4.1 Constituem obrigações da CONTRATANTE [illegible] além daquelas descritas neste instrumento:

a) Acolher à disposição da CONTRATADA [illegible] documentos, instalações [illegible] e recursos necessários à realização dos serviços aqui estipulados.

b) Dar orientação à CONTRATADA, sempre que necessário, para a perfeita execução do objeto do presente CONTRATO;

c) Notificar, por escrito, a CONTRATADA fixando prazos para a correção de eventuais falhas encontradas na execução dos serviços; e

d) Efetuar os pagamentos devidos, tanto nos casos de reembolso, quanto nos casos de antecipação de recebíveis para fins de custeio da unidade de saúde, conforme condições estabelecidas neste CONTRATO.

4.2 A CONTRATANTE não se responsabiliza por [illegible] adquiridos de uma maneira ou de outra diretamente pela CONTRATADA [illegible] execução dos serviços objeto deste CONTRATO.

CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO E DO PAGAMENTO

5.1 A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA pela correta e completa execução dos serviços ora contratados o valor total de R$ 1.987.154,37 (um milhão novecentos e oitenta e sete mil cento e cinquenta e quatro reais e trinta e sete centavos mensais, sendo que o valor estimado de R$ 1.900.000,00 (um milhão e novecentos mil reais) refere-se ao custeio da unidade de saúde e R$ 87.154,37 (oitenta e sete mil cento e cinquenta e quatro reais e trinta e sete centavos), refere-se a taxa de administração.

5.2 O valor acima estipulado será pago à CONTRATADA da seguinte forma:

a) Parcela mensal no valor de R$ 1.900.000,00 (um milhão e novecentos mil reais) referente ao custeio da unidade de saúde será paga [illegible] assinatura do presente instrumento [illegible] até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, salvo nos casos de reembolso, ou adiantamento de valores conforme

recebíveis, sendo que estes serão pagos em até 07 (sete) dias após solicitação por parte da CONTRATADA, com as devidas justificativas.

[illegible] no valor de R$ 87.[illegible] [illegible] [illegible] [

RENASCENÇA

Parágrafo Único As despesas ora acordadas entre as partes serão de responsabilidade de cada parte

CLAUSULA SÉTIMA – DOS PRAZOS

7.1 O presente **CONTRATO** vigerá pelo prazo de [illegible] contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado na data de [illegible]

Parágrafo único. O prazo deste contrato poderá ser [illegible] por escrito entre as partes

CLÁUSULA OITAVA – DA CONFIDENCIALIDADE

8.1 A **CONTRATADA** se obriga por si, seus representantes, prepostos, empregados ou contratados a manter a confidencialidade de toda e qualquer informação obtida em razão do presente **CONTRATO**

8.2 Excetuando-se os dados que sejam de comprovado domínio público, os dados, detalhes e informações contidos na documentação do **CONTRATO**, assim como os demais dados, detalhes e informações sobre os serviços os quais a **CONTRATADA** obtenha direta ou indiretamente da **CONTRATANTE** em razão da execução dos serviços ora contratados terão caráter estritamente confidencial, não podendo a **CONTRATADA** usar tais dados de nenhuma forma para publicidade [illegible] ou divulgação a terceiros

8.3 A **CONTRATADA** se compromete a solicitar toda e qualquer autorização e/ou [illegible] junto à [illegible] da **CONTRATANTE** previamente à data de sua realização, sempre que for necessário para a execução dos serviços deste **CONTRATO**

8.4 A **CONTRATADA** assume total responsabilidade por [illegible] e por todos os danos e prejuízos causados à **CONTRATANTE** e/ou terceiros, [illegible]

8.5 A violação do sigilo ora pactuado sujeitará a parte infratora ao [illegible] deste **CONTRATO**

CLÁUSULA NONA – DA CESSÃO E DA SUBCONTRATAÇÃO

9.1 É [illegible] a cessão, a subcontratação total ou parcial deste, bem como a [illegible] em garantia deste **CONTRATO** a terceiros.

CLAUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1 O presente **CONTRATO** poderá ser [illegible] por qualquer das partes, [illegible] mediante notificação à outra parte, com [illegible] de 30 (trinta) dias, sem que haja [illegible] para qualquer das partes, [illegible]

10.2 Constitui motivo para rescisão deste **CONTRATO**, pela **CONTRATANTE**, [illegible] a **CONTRATADA** as [illegible] ou [illegible] [illegible] a continuidade da execução dos serviços [illegible]

10.3 O presente **CONTRATO** poderá ser rescindido unilateralmente nos seguintes casos:

a) descumprimento da **CONTRATANTE** ou da **CONTRATADA**;

b) subcontratação total do objeto deste **CONTRATO**, cessão ou transferência total, bem como a [illegible] em garantia

c) deferimento de recuperação judicial ou extrajudicial, decretação de falência ou instauração de insolvência civil de qualquer das Partes.

d) dissolução da sociedade da **CONTRATADA**

e) alteração social ou modificação de finalidade ou da estrutura de qualquer das partes que [illegible] prejudique a execução deste CONTRATO

f) caso fusão, cisão ou incorporação da **CONTRATADA** sem o consentimento da **CONTRATANTE** que [illegible] operações [illegible] em inadimplência [illegible] qualificação técnica, [illegible] econômico-financeira da **CONTRATADA**; ou

g) [illegible] caso fortuito ou força maior [illegible] execução dos serviços ora contratados.

10.4 A **CONTRATANTE** será considerada inadimplente, no caso de atraso no pagamento de faturas da **CONTRATADA** por prazo superior a 30 (trinta) dias.

10.5 A **CONTRATADA** será considerada inadimplente na ocorrência de qualquer um dos seguintes motivos:

a) inobservância ou cumprimento irregular de quaisquer disposições contidas neste CONTRATO ou;

b) paralisação dos serviços sem justa causa ou prévia da CONTRATANTE, salvo na ocorrência de caso fortuito ou motivo de força maior.

10.6 A **CONTRATANTE** deverá notificar a **CONTRATADA** para que sanem as irregularidades [illegible] por ocasião da [illegible] sob pena de [illegible] multa de 10% [illegible] do valor do CONTRATO.

10.7 A multa pela rescisão do CONTRATO não exime a **CONTRATADA** da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que o descumprimento de suas obrigações contratuais venha a acarretar.

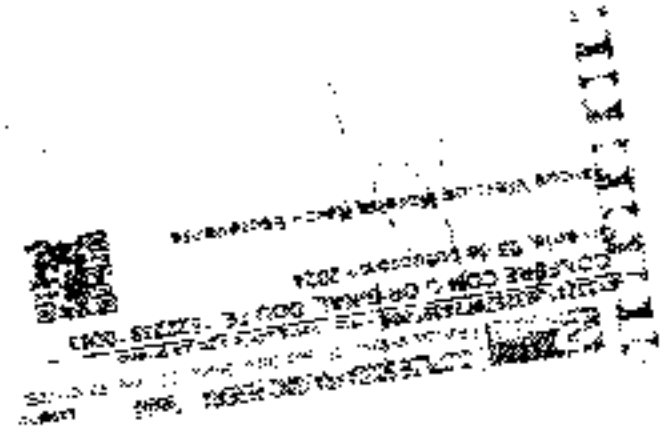
CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS PENALIDADES

11.1 Os atrasos não justificados no prazo de execução dos serviços sujeitarão a CONTRATADA à multa moratória de 0,3% (três décimos por cento) do valor do serviço em execução por dia de atraso, limitada a 10% (dez por cento) do valor global do **CONTRATO**, devendo essa importância ser descontada de qualquer valor a ser pago à CONTRATADA.

11.2 Caso não haja crédito em poder da **CONTRATANTE**, a CONTRATADA deverá efetuar o pagamento do valor da multa, em moeda corrente, no [illegible] da **CONTRATANTE**, até 05 (cinco) dias úteis [illegible] recebimento do documento de cobrança.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES ANTICORRUPÇÃO

12.1 As partes declaram neste ato que estão cientes, conhecem e entendem os termos da Lei 12.846/2013 e demais leis e diretrizes internacionais anticorrupção tais como Foreign Corrupt Practices Act ("FCPA"), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico ("OCDE"), Global Pact ("ONU"), UK Bribery Act, comprometendo-se, assim, a abster-se de qualquer atividade que constitua uma violação das disposições destas Regras Anticorrupção.



12.2. Durante a execução desse contrato a **CONTRATADA** concorda que não deverá, por si e por seus administradores, diretores, subcontratados, consultores, fornecedores, representantes ou outros intermediários oferecer, pagar, prometer pagar, ou autorizar o pagamento de qualquer dinheiro ou qualquer coisa de valor direta ou indiretamente incluindo, entre outros, suborno e financiamento ou propina ("Pagamentos Impróprios") com a finalidade de influenciar qualquer ato ou decisão ou para assegurar qualquer vantagem indevida ou direcionar negócios para qualquer das partes contratantes, a:

(i) qualquer oficial do Governo, funcionário de empresa estatal, partido político ou ofício relacionado ou candidatos a cargos políticos;

(ii) qualquer pessoa enquanto estiver ciente que todo ou parte do dinheiro ou coisa de valor será oferecido ou entregue a qualquer pessoa mencionada no item (i) acima; ou

(iii) qualquer outra pessoa para lhe encorajar a realizar suas funções ou deveres de maneira imprópria ou recompensar uma pessoa por ter feito algo, independentemente se tal pessoa seja ou não um oficial de Governo.

12.3. Caso seja descoberto que a **CONTRATANTE** tenha infringido qualquer das regras acima dispostas, a **CONTRATADA**, terá o direito de rescindir o presente contrato por justa causa e além de qualquer outro direito que a **CONTRATANTE** possa ter, a **CONTRATANTE** fica obrigada a (i) restituir a **CONTRATADA** o montante ou valor do Pagamento Impróprio; (ii) se responsabilizar por qualquer multa ou despesa incorrida em conexão ao Pagamento Impróprio; (iii) indenizar e reembolsar a **CONTRATADA** de quaisquer custos razoáveis, perdas, multas, despesas, honorários advocatícios, custas em conexão com ou qualquer ação, investigação ou auditoria oriunda de qualquer violação por qualquer das partes contratantes ou qualquer pessoa agindo em nome ou representação de qualquer das partes contratantes; ou (iv) qualquer omissão da **CONTRATADA** em qualquer um dos seus deveres contratuais ou qualquer violação ou suposta violação das leis anticorrupção de qualquer jurisdição. A menção para os poderes acima não afasta ou reduz os demais direitos e ações da contratante contratante.

CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Na hipótese de conflito entre cláusulas ou condições deste instrumento e demais documentos produzidos e trocados entre as partes até a data de assinatura abaixo acostada prevalecerá o disposto neste **CONTRATO**.

13.2. O não exercício de qualquer direito previsto neste **CONTRATO**, ou a falta ou o atraso no exercício total ou parcial de quaisquer poderes ou direitos contratuais, não constituirá renúncia a tais poderes ou direitos, nem poderá ser alegado pelas Partes como precedente ou novação.

13.3. [illegible] aditivos, alterações ou [illegible] deste **CONTRATO** [illegible] escritos pelas partes e [illegible] não poderá ser [illegible] [illegible] [illegible]

2º ADITIVO

ABEAS - Associação Brasileira de Entidades de assistência Social pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos inscrito CNPJ 04.547.278/0001-34, sediada na Avenida T – 9 Nº 2310 Quadra 523 Lotes 19/15 Edifício Inove Inteligent Place Sala A706, Jardim America CEP 74255-020 Goiânia - GO e mail - abeas@abeas.com.br

13.4 As notificações realizadas conforme o disposto nesta cláusula, serão consideradas entregues no momento da confirmação do seu recebimento pela Parte receptora

13.5 Devido ao tipo de operação econômica formalizada entre as partes, a qual não enseja a subscrição de investimentos específicos pela CONTRATADA para a sua prestação, ajustam as partes que [illegible] em razão de rescisão antecipada do presente contrato.

13.6 [illegible] deverá [illegible] prévia [illegible] pelo prazo estabelecido nas cláusulas deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO

14.1 As Partes elegem o Foro da Comarca de Aracaju - SE como o competente para dirimir as dúvidas ou pendências oriundos do presente **CONTRATO**, com expressa renúncia a qualquer outro.

E, por estarem justas e contratadas, firmam o presente **CONTRATO** em 02 (duas) vias de igual teor e forma para que produzam todos os efeitos, na presença das testemunhas abaixo nomeadas e assinadas.

[illegible]

CONTRATANTE

[illegible]

CNPJ – [illegible]

CONTRATADA –
ABEAS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ – 04.547.278/0001-34

Testemunhas

NOME: [illegible]
CPF: [illegible]

NOME: [illegible]

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, CARACTERIZADA COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, COM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COMPROVADA NA GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

ANEXO III

Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de Policlínicas/AME/Clínica Especializada ou similar – 6 pontos

Hospital de Porto Trombetas (Unidade Ambulatorial de Especialidades Médicas, localizado próximo a Feirinha).

Mineração Rio do Norte

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A MINERADORA RIO DO NORTE S.A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.932.216/0001-46, com endereço em Porto Trombetas, s/n, Município de Oriximiná, CEP 68.275-000, ATESTA que **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ABEAS,** pessoa jurídica de direito privado constituída na forma de associação civil, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.574.278/0001-34 estabelecida na Rua S-5 número 554, Quadra 19, Lote 5, Sala 8, 1º andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP. 74.823-460, **prestou os serviços de gestão técnica e especialida do Hospital de Porto Trombetas, Gestão da Unidade Ambulatorial localizada próximo à feirinha, Gestão do atendimento nos quatro ambulatórios de atenção básica localizado nas minas do aviso, monte branco, teófilo cipó e geologia e gestão dos profissionais contratados para atendimento ao projeto NEIAN (terapeuta ocupacional, psicólogo e fonoaudiólogo), através do Contrato de Prestação de Serviços nº 3335/2021 de 23.06.2021 até 06.04.2023,** cujas características da unidade de saúde são abaixo descritas:

Quantidade de Leitos: 22 leitos de internação;

Especialidades atendidas:

- ✓ Urgência e Emergência clínica e cirúrgica, adulta e pediátrica,
- ✓ Politrauma adulto e pediátrico,
- ✓ Terapia Semi-intensiva (sala vermelha), adulta, pediátrica e neonatal;
- ✓ Cardiologia;
- ✓ Anestesiologia,
- ✓ Pediatria;
- ✓ Obstetrícia, incluindo: assistência hospitalar e ambulatorial a gestantes de baixo e médio risco, clínica e cirúrgica, assistência neonatal, realização de exames de avaliação do bem-estar fetal (ultrassonografia com e sem doppler e cardiotocografia), procedimentos cirúrgicos relacionados ao planejamento familiar

CLOTILDE DE SOUZA PRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ - 922239 *006
Oriximiná, 03 de Junho de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Digitalizado com CamScanner

portadores durante o parto ou puerpério imediato, na forma da legislação vigente, abortamento previsto em lei.

- ✓ Cirurgia geral
- ✓ Ortopedia e traumatologia
- ✓ Cirurgia Pediátrica;
- ✓ Cirurgia Vascular;
- ✓ Cirurgia Torácica;
- ✓ Cirurgia Oftalmológica;
- ✓ Cirurgia Urológica;

- ✓ **Atendimento Ambulatorial (Especialidades médicas atendidas):**
  - ✓ Anestesiologia;
  - ✓ Angiologia;
  - ✓ Cardiologia;
  - ✓ Clínica Medica;
  - ✓ Cirurgia Geral;
  - ✓ Ginecologia
  - ✓ Obstetrícia;
  - ✓ Medicina do Trabalho;
  - ✓ Neurologia;
  - ✓ Oftalmologia;
  - ✓ Ortopedia;
  - ✓ Pediatria;
  - ✓ Pneumopediatria;
  - ✓ Psiquiatria;
  - ✓ Urologia.

- ✓ **Atendimento de Apoio a Saúde:**
  - ✓ Nutrição;

Digitalizado com CamScanner

Mineração Rio do Norte

- ✓ Terapia Ocupacional
- ✓ Fonoaudiologia
- ✓ Enfermagem
- ✓ Psicologia
- ✓ Serviço Social
- ✓ Sala de imunização

Diante do exposto, **ATESTA-SE** que a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** executou e operacionalizou as ações e serviços de saúde no Hospital de Porto Trombetas - HPTR de **01.02.2022** até **06.04.2023** de forma satisfatória, com o cumprimento das metas estabelecidas no Contrato de Prestação de Serviços, gerindo a mão de obra alocada, apresentando os Relatórios de Produtividade Mensal, a documentação pertinente à prestação de contas financeiras das competências, não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar técnica e comercialmente sua conduta.

Oriximiná, Pará, 04 de junho de 2024

MINERADORA RIO DO NORTE S.A.
DIOGO SILVA ABREU
GESTOR CONTRATUAL

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 52222E 1006
Oriximiná, 03 de outubro de 2024.
Marcos Vinicius Miranda Reis - Escrevente

Digitalizado com CamScanner

DocuSign Envelope ID: 6D79669E-DF1F-4F37-A784-5A0DE16D1312

Mineração Rio do Norte

Título: Template Minuta Contrato de Prestação de Serviços	TF-MCPS(...)-PL-001

CONTROLE DE REVISÕES

Rev.	Descrição.	Emissão:	Aprov.:	Autoriz.:	Data.
0	Primeira emissão	HBO			29/01/19
01	Revisão da redação dos itens 6.3 e 10 da Parte I e 4.1.1 e 4.1.2 da Parte II.	HBO			22/01/19
02	Revisão da redação do Campo 6 e cláusulas VI e IX da Parte II	HBO			29/01/19
03	Revisão da redação do item 7.2 do Campo 7	HBO			31/01/19
04	Revisão da redação do item 7.2 do Campo 7	HBO			19/02/19
05	Revisão da redação do item 7.2 do Campo 7	HBO			21/02/19
06	Inclusão dos itens 1.2 e 5.4 no Campo 5 e itens "e", "f", "g" e "j" no Campo Definições	MRC			04/05/19
07	Revisão da redação do item 6.2 do Campo 6	HBO			30/05/19
08	Revisão da redação do item 5.2 do Campo 5, item 7.2 do Campo 7 e exclusão da Cláusula 7.2	MRL			25/06/19
09	Revisão da redação dos itens 2 da Parte I, 5.2 da Parte I e 4.1 da Parte II e Anexo B) do Campo Definições da Parte II.	HBO			07/08/19
10	Revisão da redação do item 8.3 do Campo 5	MRC			20/08/19
11	Revisão da redação do item 7.3 do Campo 7	HBO			08/02/2020
12	Inclusão do Sistema de Gestão de Contratos	HBO			18/02/2020
13	Revisão da redação das cláusulas XVII e XXII e inclusão da cláusula XXIII	JCAS			28/02/2020
14	Exclusão da cláusula 6.3.7	JCAS			12/03/2020

DocuSign Envelope ID: 8D796B9E-CF1F-4F07-A764-5A6DE1CD1532

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

PARTE I – CONDIÇÕES COMERCIAIS

Por meio do presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço ("Contrato"), as Partes abaixo identificadas e qualificadas têm entre si, justo e contratado, o quanto segue:

O Contrato ora celebrado é composto pelas presentes Condições Comerciais (Parte I), assim como pelas Diretrizes Contratuais (Parte II) e pelos documentos Anexos, conforme abaixo, que em conjunto formam o presente Contrato.

CONTRATO Nº:	3335/21
MRN:	**MINERAÇÃO RIO DO NORTE S.A**, denominada neste instrumento apenas "**MRN**". **CNPJ:** 04.902.230/0001-46 **ENDEREÇO:** Porto de Trombetas, nº s/n, Município de Oriximiná, Estado do Pará, CEP 68.275-000
CONTRATADA:	**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS**, denominada neste instrumento apenas "**CONTRATADA**". **CNPJ:** 04.547.276/(XXX)/34 **ENDEREÇO:** Rua S 5 Quadra S 19 Lote 5 Sala 8, nº 854, Município de Goiânia, Estado de Goiás, CEP 7482 v-4611
1. OBJETO:	1.1 O objeto do presente Contrato consiste na execução pela CONTRATADA, de serviços de Gestão técnica e especializada do Hospital de Porto Trombetas, Gestão da Unidade Ambulatorial localizado próximo a feirinha, Gestão do atendimento nos quatro ambulatórios de atenção básica localizados nas vilas de Aviso, Monte Branco, Tenfilo Cpo e Geologia e Gestão dos profissionais contratados para atendimento ao projeto NEIAN ("Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Fonoaudiologa") ("Serviços"), observado o disposto na Cláusula I das Diretrizes Contratuais. 1.2 Os serviços deverão ser executados em estrita conformidade com as especificações e condições descritas no(s) Anexo(s) – de 01 a 08. 1.3 Os Serviços ora contratados serão executados pela **CONTRATADA** ☒ à preços unitários; ☐ à preço global; ☐ *Turn Key*; ☐ *EPC – Engineering Procurement Construction*.
2. LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS, IMPOSTOS RETIDOS NA FONTE, REGIME DE TRIBUTAÇÃO E CÓDIGO DA LISTA DE SERVIÇOS DA LEI COMPLEMENTAR 116/2003:	2.1 Local da prestação do serviço: ☒ Nas dependências da **MRN**, dentro dos limites do município de: ☒ Oriximiná (PA); ☐ Terra Santa (PA); ☐ Faro (PA). ☐ Outros: Local: 2.2 Impostos retidos na fonte: ☐ PIS; ☐ COFINS; ☐ CSLL; ☐ IR; ☐ INSS; ☒ ISS (5%).

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

2.5 Regime de Tributação

☐ Simples Nacional
☒ Lucro Real Presumido

2.6 Código do Item de Serviço da Contratada (LC 116/2003)

3. PREÇO:

3.1. Valor Total do Contrato é de **R$71.872.274,96 setenta e um milhões, oitocentos e dois mil, duzentos e setenta e quatro reais e noventa e seis centavos**, (ou valores de referência, conforme o disposto no Cláusula 11.3 Diretrizes Operacionais) ("Valor Total do Contrato").

3.2. Valores referentes aos:

☒ Serviços: R$ 1.197.979,58 (um milhão, cento e noventa e sete mil, novecentos e setenta e nove reais e cinquenta e oito centavos) a serem pagos em parcelas mensais, ou seja, correspondente à prestação dos serviços, sendo a 1ª(a) remuneração referente a Fase de Administração da CONTRATADA;

☒ Reembolso das despesas: R$ 70.941.999,38 (setenta milhões, novecentos e quarenta e um mil, novecentos e noventa e nove reais e trinta e oito centavos), referente aos custos com a folha de pagamento e seus encargos dos profissionais da equipe core e demanda da CONTRATADA; e demais reembolsos mensais, tendo como objetos gastos e custos operacionais operacionais e manutenção da Unidade de Saúde executados pela CONTRATANTE.

3.3. Reajuste
☐ Não Aplicável.

☒ O valor previsto no item 3.1 acima será reajustado, por um período de 12 (doze) meses. Ademais ser reajustado, anual e exclusivamente a Taxa de Administração, prevista no item 3.2. Serviços por ocasião anterior, parcial ou final de cada período de 12 (doze) meses de vigência do Contrato.

4. FORMA DE PAGAMENTO:

O Valor Total do Contrato será pago pela **MRN** à **CONTRATADA**, nas seguintes formas:

☒ através de medição da quantidade efetivamente executada de cada serviço segundo as diretrizes do Sistema de Medição constante do Anexo 11, tendo como base os valores unitários previstos no Anexo 13.

☐ conforme demanda da **MRN**, tendo como base os valores unitários previstos no Anexo , mediante as diretrizes do Critério de Medição constante no Anexo .

☐ conforme percentual de avanço especificado na cláusula do Critério de Medição constante no Anexo

☐ conforme marcos e/ou eventos de medição, estabelecidos no critério de Medição constante no Anexo

5. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

As condições de pagamento deverão obedecer o disposto na Cláusula 11 das Diretrizes Operacionais, conforme abaixo descrito:

5.1. As medições deverão compreender o período entre o dia 01 (um) e 30 (trinta) do mês anterior, para o faturamento e emissão da correspondente Nota Fiscal, devidamente aprovada após a realização da Solicitação de Medição no Sistema de Gestão de Contratos da MRN (SGC, nos termos da Cláusula 11.1 das Diretrizes Contratuais, e aprovação do faturamento emitido pela **MRN** por intermédio do SGC.

5.2. Fica estabelecido entre as partes a seguinte dinâmica para os procedimentos de medição, faturamento e pagamento a ser aplicada aos valores referentes aos serviços "mês vencido/atual" nos quais os serviços

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

despesas operacionais:

- Até o dia 03 (três) ou dia útil imediatamente subsequente apresentação do Boletim de Medição à fiscalização da **MRN**;

- Até o dia 05(cinco) ou dia útil imediatamente subsequente aprovação do Boletim de Medição pela **MRN**;

- Até o dia 07(sete) ou dia útil imediatamente subsequente será emitida pela **MRN** a autorização de faturamento

- Após a emissão da nota fiscal a **MRN** pagará o valor devidamente aprovado em até 30 (trinta) dias, excluindo-se a semana do faturamento, desde que atendidos todos os requisitos da CLÁUSULA IV – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.3. Fica estabelecido entre as partes o procedimento de medição, faturamento e pagamento a ser aplicado aos valores referentes aos reembolsos de despesas operacionais:

- O pagamento de despesas reembolsáveis (operacional) será realizado semanalmente, após a conferência e apresentação dos documentos comprobatórios.

O pagamento das despesas referente ao salário poderá ser pago quinzenalmente, sendo um pagamento para o adiantamento salarial e outro para o salário mensal, assim que apresentado o comprovante do espelho dos respectivos valores, devidamente aprovados pelo Gestor Técnico

Após a emissão da nota de debito, a **MRN** pagara o valor devidamente aprovado em até 07(sete) dias desde que atendidos todos os requisitos da CLÁUSULA IV CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

6. VIGÊNCIA:

6.1. O Contrato terá prazo determinado, com vigência de 25/08/2021 a 30/11/2024, observado o disposto na Cláusula V das Diretrizes Contratuais.

☑ Prazo de execução dos Serviços: 36 (trinta e seis) meses - Contados a partir da emissão da Ordem de Serviço (OS).

6.2. O presente Contrato poderá ser rescindido pela **MRN** nos seguintes casos:

6.2.1 Imotivadamente, cientando as partes em penalidades para fins de rescisão mediante comunicação escrita neste sentido com a antecedência mínima de 120 (cento e vinte) dias, sendo tal prazo contado a partir do recebimento de referida comunicação.

6.2.2 Motivadamente conforme Cláusula V das Diretrizes Contratuais (item 5.3 e seus subitens);

7. SEGUROS E GARANTIAS:

7.1 Seguros: Deverão observar o disposto na Cláusula VII das Diretrizes Contratuais, além do abaixo previsto

☐ Não Aplicável

☑ **Seguro de Empregados:** De acordo com as práticas do mercado e das leis brasileiras pertinentes, a **CONTRATADA** deverá adquirir e fazer com que suas subcontratadas e/ou terceiros sob a sua responsabilidade adquiram seguro contra todos os riscos relacionados aos seus empregados inclusive, porém não limitado a morte, danos pessoais e de responsabilidade cruzada com outros fornecedores

☐ **Seguro de Equipamentos:** A **CONTRATADA** deverá adquirir e fazer com que suas subcontratadas adquiram seguro para todos os equipamentos

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

utilizados na obra, por importância segurada não inferior ao seu valor de reposição. Além da cobertura básica (danos de causa externa), tal seguro também deverá contemplar as seguintes coberturas adicionais: (a) Roubo e/ou furto qualificado; e (b) Operação em profundidade de água (quando aplicável).

☐ **Seguro de Automóveis – Veículos Automotivos:** De acordo com as práticas do mercado e das três principais seguradoras, a **CONTRATADA** deverá adquirir e fazer com que suas subcontratadas adquiram seguro contra riscos relacionados ao uso, posse ou propriedade de veículos automotivos.

☐ **Riscos de Engenharia, na modalidade Obras Civis em Construção e Instalações e Montagem:** Obrigatoriamente serão incluídos neste seguro todos os bens e materiais, incorporáveis ou não à obra, todas as instalações definitivas ou provisórias, inclusive os canteiros de obra com todos os seus equipamentos e ferramentas. Além da cobertura "BÁSICA - ALL RISKS", serão incluídas, no mínimo e obrigatoriamente de aplicação, as coberturas acessórias de "ERRO DE PROJETO", "REMOÇÃO DE ENTULHO", "TUMULTOS", "DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS", e "MANUTENÇÃO AMPLA". Para a cobertura "BÁSICA ALL RISKS" e para as coberturas acessórias de "ERRO DE PROJETO" e de "MANUTENÇÃO AMPLA" as importâncias seguradas corresponderão a 100% (cem por cento) do valor do Contrato, para as demais o limite mínimo será de % (por cento) do valor do Contrato. A vigência do seguro deverá ser equivalente à vigência deste contrato.

☐ **Responsabilidade Geral e Cruzada:** Para o prazo de vigência deste contrato, a **CONTRATADA** deverá contratar cobertura contra demandas de terceiros por perdas ou danos à propriedade, morte ou danos pessoais, inclusive por responsabilidade cruzada. O limite mínimo de cobertura da apólice será de % (por cento) do valor do Contrato.

7.1.1. Se aplicáveis, os Seguros deverão ter validade durante todo o período de vigência do Contrato e por mais 60 (sessenta) dias após o Prazo de Execução dos Serviços, previsto no Campo 6 acima.

7.2. Garantia Financeira: Deverá observar o disposto na Cláusula VIII das Diretrizes Contratuais, além do abaixo previsto:
☒ Não Aplicável.

☐ Carta de Fiança Bancária: % (por cento) do Valor Total do Contrato, constando a **MRN** como favorecida.

☐ Seguro Garantia: Como garantia do fiel cumprimento e execução de todas as Obrigações da **CONTRATADA** nos termos deste Contrato, incluindo, mas não se limitando as obrigações de pagamento das multas contratuais, a **CONTRATADA** deverá apresentar à **MRN** Seguro Garantia com **cobertura adicional Trabalhista e Previdenciária** no valor correspondente % (por cento) do Valor Total do Contrato, constando a **MRN** como beneficiária. A entrega desta garantia não reduz ou limita a responsabilidade da **CONTRATADA**. A vigência do seguro deverá ser equivalente à vigência deste contrato.

☐ Retenção Contratual: Para garantia dos Serviços e/ou Materiais contratados, cobertura de eventuais multas, indenizações, ressarcimentos, despesas para refazimentos de serviços, ações judiciais, trabalhistas e previdenciárias e de outros débitos da **CONTRATADA**, a **MRN**, sem prejuízo de qualquer outro que lhe possa caber, reterá da **CONTRATADA** % (por cento) do valor de cada medição.

a) As importâncias retidas pela **MRN** não sofrerão correções e somente serão devolvidas com a conclusão dos serviços, após o decurso do prazo de

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

	6 (seis) meses de cumprimento cumulativo dos seguintes itens: i. assinatura do Termo de Encerramento e Quitação Contratual (TEQC); ii. entrega do comprovante de rescisão dos contratos de trabalho de todos os profissionais envolvidos na prestação dos serviços. b) A **MRN** terá um prazo de 30 (trinta) dias úteis a contar da data do cumprimento de todos os itens relacionados acima, para a devolução das importâncias retidas à **CONTRATADA**. 7.3. Garantia de Qualidade ☒ Não Aplicável.
8. PENALIDADES:	**8.1.** Nos termos da Cláusula IX das Diretrizes Contratuais, na hipótese de descumprimento de suas obrigações não pecuniárias, sejam elas de fazer, não fazer, entregar coisa ou de qualquer outra natureza que não seja a de pagar quantia em dinheiro, a **CONTRATADA** estará sujeita às seguintes penalidades, a critério da **MRN**: a) **Multa por atraso**: correspondente a 0,01% (um centésimo por cento) por dia que perdurar a infração contratual, sobre a Taxa de Administração, prevista no item 3.2 – Serviços. b) **Multa por inadimplemento**: pelo inadimplemento de obrigação correspondente a 0,5% (meio por cento) sobre a Taxa de Administração, prevista no item 3.2 – Serviços. **8.2** O valor cumulativo total das multas e penalidades previstas neste Contrato e eventualmente aplicadas, estará limitado a 10% (dez por cento) da Taxa de Administração, prevista no item 3.2 – Serviços, com exceção expressa da multa rescisória prevista no item 8.3 abaixo que é cumulativa ao limite ora estabelecido. **8.4.** Nos termos da Cláusula IX das Diretrizes Contratuais (item 9.3), na hipótese de rescisão motivada por culpa da **CONTRATADA**, poderá a **MRN** a seu exclusivo critério, aplicar a seguinte penalidade: a) **Multa por rescisão**: decorrente da rescisão do Contrato por culpa da **CONTRATADA**, no valor de 10% (dez por cento) da Taxa de Administração, prevista no item 3.2 – Serviços.
9. SLA	Acordo de Nível de Serviço - SLA (*Service Level Agreement*) ☐ Não Aplicável. ☒ Constitui parte integrante deste escopo, os KPI's e modelo de apuração mensal dos serviços, obrigando assim, o cumprimento por parte da **CONTRATADA** em garantir o nível de serviço estabelecido no Anexo 4 deste documento, submetendo-se aos critérios de glosas e bônus, sob forma de rescisão do contrato. Pela apuração dos resultados, em caso de tendências negativas fica determinado a composição por parte da **CONTRATADA** de um plano de ações quando da solicitação da **MRN**, em prazo máximo de uma semana para sua confecção e apresentação pela Alta Administração.
10. CONDIÇÕES ESPECIAIS:	☐ Não Aplicável; 10.1 - Pelo fiel cumprimento das obrigações previstas neste contrato e seus anexos referentes ao atendimento e aos serviços prestados no Hospital de Porto de Trombetas a MRN pagará e/ou reembolsará a **CONTRATADA**: a) O valor dos custos referentes à folha de pagamento e seus encargos dos profissionais de acordo com a demanda do contratante e demais reembolsos previstos (treinamentos, insumos gerais e outras despesas operacionais necessárias à manutenção da unidade de Saúde, aprovada pela **MRN**; b) R$ 59.183,88 (cinquenta e nove mil, cento e oitenta e três reais e oitenta

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

	e pelo período de 6 (seis) meses e será pago em 06 (seis) parcelas mensais, no valor de R$ [redacted], sendo a primeira parcela paga após a prestação dos serviços contratados e a emissão da nota fiscal pela **CONTRATADA**. c) Outras referências e valores trimestrais e anuais de remuneração em diferentes modalidades, inclusive em pagamento antecipado, serão acordados pela **MRN**.
11. GESTORES DO CONTRATO	Pela **MRN**: Gestor: Diogo Silva Alves Endereço: Porto de Trombetas s/nº - Oriximiná - PA e-mail: diogo.alves@mrn.com.br Telefone: (91) 3545-7612 / (91) 98122-0135 Pela **CONTRATADA**: Gestor: Cleiton Batista Endereço: Rua 03 de Maio, quadra 19 Lote 5 Sala 8 - Goiânia - GO e-mail: cleiton@elaborar.com.br Telefone: (62) 3941-8695 / (62) 99105-8101
12. ANEXOS	Além dos termos Contratuais, os seguintes documentos são parte integrante do presente Contrato, como seus Anexos: Anexo 1 - Escopo_PMTA_rev1; Anexo 2 - Propostas Técnica; Anexo 3 - QQP; Anexo 4 - HSA; Anexo 5 - Código de Ética e Conduta; Anexo 6 - Manual de Contratadas_Rev19; Anexo 7 - Regras de Ouro; Anexo 8 - Manual para Gestores Responsáveis de Contratos.

PARTE II – DIRETRIZES CONTRATUAIS

O presente instrumento estabelece as Diretrizes Contratuais do Contrato de Prestação de Serviço pela **CONTRATADA** para a **MRN** acima identificadas nas Condições Comerciais (Parte I), sendo que estas negociação quanto aos seus termos. Firmam as Partes o presente Contrato de Prestação de Serviço, composto pelas Condições Comerciais (Parte I), pelas Diretrizes Contratuais (Parte II) e pelos Anexos.

DEFINIÇÕES:

a. **Anexo(s)** – instrumento(s) que contém informações complementares ao objeto e aos termos e obrigações do Contrato e que serão devidamente rubricadas pelas Partes fazendo parte integrante e inseparável do Contrato, previsto(s) no Item 12 das Condições Comerciais.

b. **Boletim de Medição** – relatório contendo as principais informações referentes à execução e à comercialização dos serviços cuja prestação pela **MRN** e **CONTRATADA**.

c. **Condições Comerciais** – parte do contrato que contém a descrição dos serviços objeto da prestação, o valor do contrato, a forma de pagamento, as condições de reajuste, as multas de rescisão e penalização, seguros e garantias, as penalidades, proteção ambiental, gestores e anexos do Contrato.

d. **Contrato** – é o Contrato de Prestação de Serviços firmado entre as Partes e composto pelas Partes I – Condições Comerciais e Parte II – Diretrizes Contratuais, incluindo neste instrumento, e seus Anexos, ao Contrato.

e. **Contratação à preços unitários** – quando se contrata a execução de obra ou de serviço por preços certos de unidades determinadas.

f. **Contratação à preço global** – quando se contrata a execução de obra ou de serviço por preço certo e total.

g. **EPC - *Engineering Procurement Construction*** – Contratação integral compreendendo a elaboração e o desenvolvimento dos projetos básico e executivo, a execução de obras e serviços de engenharia e montagem, a realização de testes e a pré-operação e todas as demais operações necessárias e suficientes para a entrega final do objeto.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

h) **Gestor do Contrato** - é a pessoa física devidamente indicada pelas Partes nas Condições Comerciais, responsável por acompanhar e fiscalizar a execução do Contrato e relacionamento cotidiano entre as Partes, mas que não tem poderes, exceto se for representante legal devidamente nomeado/constituído, para firmar contratos ou aditivos.

i) **Parte(s)** – denominação isolada ou conjunta da **MRN** e **CONTRATADA**.

j) **Sistema de Gestão de Contratos da MRN (SGC)** – Ferramenta *Web* para gerenciamento de Contratos.

k) *Turn Key* - Quando se contrata um empreendimento em sua integralidade, compreendendo todas as etapas das obras, serviços e instalações necessárias sob inteira responsabilidade da Contratada até a sua entrega ao Contratante em condições de entrada em operação, atendidos os requisitos técnicos e legais para sua utilização em condições de segurança estrutural e operacional e com as características adequadas às finalidades para que foi contratada.

CLÁUSULA I – OBJETO

1.1 Constitui objeto do Contrato a prestação de Serviços pela **CONTRATADA** à **MRN**, estando incluídos os subsídios para a realização dos mesmos, tais como o fornecimento de equipamentos, máquinas, ferramentas auxiliares, mão de obra e demais elementos necessários, conforme indicado no Campo 1 das Condições Comerciais e detalhado no Campo 12 das Condições Comerciais, respeitadas estas Diretrizes Contratuais.

1.2 A **CONTRATADA** declara: (i) estar apta e devidamente habilitada para prestar os Serviços objeto do Contrato; (ii) que não fez qualquer investimento para executar os Serviços objeto do Contrato, e (iii) que obteve todas as informações necessárias para prestar os Serviços objeto do Contrato, de modo a cumpri-lo com a qualidade, prazo e preço estabelecidos.

CLÁUSULA II - LOCAL E ESPECIFICAÇÕES

2.1 Os Serviços objeto do Contrato serão prestados pela **CONTRATADA** para a **MRN**, no local indicado no Campo 2 das Condições Comerciais.

2.2. O detalhamento dos Serviços objeto do Contrato constam nos Campos 1 e 12 das Condições Comerciais.

CLÁUSULA III – PREÇO

3.1. Pela prestação dos Serviços contratados, a **MRN** pagará à **CONTRATADA** o preço definido no Campo 3 das Condições Comerciais, que engloba toda e qualquer despesa com mão de obra, materiais, equipamentos, alimentação (quando não fornecida pela **MRN**), hospedagem (quando não fornecida pela **MRN**), transporte, seguro, encargos sociais e trabalhistas, impostos, taxas, contribuições sociais e demais despesas diretas e indiretas referentes aos serviços prestados, incluindo, mas não se limitando a:

(i) os benefícios e despesas diretas e indiretas;
(ii) os custos para a execução de todos os serviços, com todos os tributos, incluídos os fornecimentos e/ou sublicenciamentos importados pelo fornecedor, se for o caso, com todos os custos relativos à sua importação, desembaraço, direitos aduaneiros, impostos, taxas e quaisquer outros encargos;
(iii) os custos de fornecimento de todos os equipamentos, materiais de consumo e ferramentas necessários à administração e execução dos serviços, inclusive seu transporte, ato devidamente armazenagem, proteção, bem como amostragem e análises para comprovação de suas qualidades e adequações;
(iv) transporte e seguro de materiais, equipamentos, máquinas e ferramentas até os locais de prestação dos serviços;
(v) os custos de disponibilização e manutenção de equipamentos e veículos utilizados para a realização dos serviços;
(vi) todos os custos referentes à instalação, manutenção, em perfeitas condições de higiene e segurança, das instalações e de todas as dependências necessárias para a prestação dos serviços, nos locais em que for prestado, com atendimento de todos os aspectos e recomendações previstos na legislação especializada e pertinente, inclusive relativos à higiene, saúde e meio ambiente;

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

(vi) o custo da mão de obra especializada ou não, direta e indireta, necessária à administração e realização dos serviços, incluindo eventuais horas extras, adicionais de periculosidade e insalubridade, alojamentos (quando não fornecido pela **MRN**), transportes, alimentação (quando não fornecida pela **MRN**), banheiros químicos, área de vivência e serviços de assistência médica e especialmente os ônus e encargos decorrentes do fiel cumprimento das disposições da legislação trabalhista, previdenciária e fiscal;
(vii) os custos referentes ao fornecimento a todos aqueles envolvidos na realização dos serviços, quando for o caso, dos EPI's e EPC's de uso obrigatório nas quantidades e tipos que se fizerem necessários;
(viii) os custos de obtenção das garantias prestadas e de todos os seguros e garantias exigidos por lei e/ou estabelecidos neste Contrato e seus Anexos;
(ix) todos e quaisquer tributos, encargos, autorizações, decorrentes dos fornecimentos, obras e serviços relacionados à execução dos serviços;
(x) todos os custos dos programas ambientais, relacionados com a realização dos serviços; e
(xi) todas as obrigações e tudo aquilo que for necessário para o fiel cumprimento dos termos do presente Contrato, seus Anexos e para a correta e completa prestação dos serviços.

3.2 Os serviços executados somente serão pagos de acordo com as medições efetivadas e previamente aprovadas pela **MRN** e não será admitido, a qualquer título, a cobrança de valores adicionais de tal forma que os serviços sejam entregues à **MRN**, em condições de serem usados e sem nenhum ônus adicional.

3.3 Observados os subitens abaixo, o Valor Total do Contrato, sem nome(s), preço(s) unitário(s) caso estabelecido(s) nos Anexos, será(ão) fixo(s) e irreajustável(is):

3.3.1. O preço definido no Contrato poderá ser reajustado mediante previsão da possibilidade de reajuste, no Campo 3, item 3.2, das Condições Comerciais.

3.3.2 Não serão reajustadas as parcelas referentes ao objeto que deveriam ter sido entregue/executados antes da data do reajuste, mas que sofreram atrasos por motivos não imputáveis à **MRN**.

3.3.3. Não haverá modificação do preço do Contrato em razão de quaisquer alterações nas premissas e/ou projetos de engenharia, salvo se tais alterações ocorrerem a pedido formal da **MRN**.

3.4 A **CONTRATADA** responsabiliza-se por quaisquer acréscimos ou ônus adicionais eventualmente necessários à perfeita execução do objeto deste Contrato e/ou de seus Anexos, se tais acréscimos ou ônus forem decorrentes de falha ou omissão de sua proposta, ainda que tenha sido esta aprovada pela **MRN**.

3.4.1 A falta de cotação ou falha na previsão de fornecimento de recursos humanos e/ou de carga horária necessária ao perfeito atendimento das condições estabelecidas neste Contrato e/ou em seus Anexos, ou mesmo a **CONTRATADA** a fornecê-los sem ônus à **MRN**.

3.5. A **MRN** não terá qualquer responsabilidade por aumentos de qualquer natureza no custo da **CONTRATADA** para a execução do Contrato, correndo por sua conta os riscos até o momento da conclusão dos serviços, salvo se estipulado de forma diversa neste Contrato.

3.6. Não caberá qualquer alteração no preço do Contrato caso a **CONTRATADA** tenha de refazer os serviços, no todo ou em parte, por motivos a ela imputáveis.

3.7 Salvo a hipótese do item 3.3.1, acordos relacionados à variação dos preços, apenas serão válidos e surtirão seus efeitos legais se consignados em termo aditivo contratual negociado e assinado entre as Partes.

3.8 O Valor Total do Contrato indicado no Campo 3 das Condições Comerciais é meramente indicativo para os fins da penalização prevista na Cláusula 14 não obrigando a **MRN** ao pagamento de valores, senão em virtude da efetiva prestação de serviços nos termos da Cláusula 5 e da Cláusula 10 constante destas Diretrizes Contratuais.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CLÁUSULA IV – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

4.1. Deverá ser entregue pela **CONTRATADA** a documentação acessória conforme diretrizes constantes nos anexos do Contrato

4.2. A documentação apresentada será utilizada pela **MRN** com propósito exclusivo de controle da aderência da **CONTRATADA** ao item 4.14 notadamente quanto à regularidade no recolhimento dos tributos e encargos sociais.

4.3. O período de medição será sempre aquele indicado no Campo 5 das Condições Comerciais

4.4 Desde que, por fatos não imputáveis à **MRN**, havendo atraso nas etapas estabelecidas no Campo 5 das Condições Comerciais o pagamento ficará postergado pelo mesmo número de dias correspondentes aos dias de atraso, sem a incidência de qualquer multa, juros ou encargo moratório. Nos casos de responsabilidade da **MRN**, esta arcará com multa de mora de 1% (um por cento), e juros de mora à razão de 0,5% (meio décimos por cento) ao mês e correção monetária com base na variação do IGPM - incidentes a partir da data de vencimento até a data do efetivo pagamento, calculados *pro rata die*, devendo tal critério ser aplicado a eventuais créditos a favor da **MRN** não liquidados até a data de vencimento

4.5. Caso sejam constatados erros ou falhas ou caso haja dúvidas relativas aos itens do Boletim de Medição apresentado ou aos documentos que acompanham a medição, a **MRN** pagará a parcela não controvertida dentro do prazo contratual, ficando o restante para ser pago após a solução final da controvérsia nos termos deste contrato e mediante a contagem de novo prazo para pagamento nos termos desta cláusula, a partir da data da apresentação pela **CONTRATADA** de novo Boletim de Medição devidamente corrigido e aceito pela **MRN**

4.6 A **CONTRATADA** tem um prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos para apresentar argumentos justificando a cobrança do valor glosado. A falta de justificativa no prazo acatado significará a aceitação tácita e definitiva da glosa, não cabendo e não sendo aceito, pela **MRN**, qualquer recurso posterior. Sendo certo, em sendo refutados tempestivamente os argumentos da **CONTRATADA**, o valor devido será aquele aprovado pela **MRN**.

4.7. É vedado à **CONTRATADA** a cobrança pela via bancária, de faturas oriunda deste contratação, assim como a caução, cessão civil e/ou a negociação de quaisquer créditos a receber da **MRN** com base neste instrumento.

4.8 Fica ainda expressamente proibido a extração de duplicatas ou a emissão de quaisquer documentos pela **CONTRATADA** que possa ensejar protesto contra a **MRN**

4.9. O(s) pagamento(s) será(ão) efetuado(s) através de crédito em conta bancária de titularidade **CONTRATADA** e o comprovante de depósito valerá como quitação plena do valor respectivo pela **MRN**.

4.10. O atraso na entrega da fatura pela **CONTRATADA** à **MRN** poderá implicar em mesmo igual atraso na data de pagamento, sem que isso implique na incidência de multa e/ou juros no valor desta Fatura/Nota Fiscal

4.11 O(s) pagamento(s) decorrente(s) do presente Contrato poderá(ão) ser integralmente suspenso(s) ou retido(s), a exclusivo critério da **MRN**, sem incidência de mora e juros, na hipótese de a **CONTRATADA** deixar cumprir qualquer de suas obrigações contratuais previstas neste Contrato ou de obrigações legais, notadamente quanto à apresentação de documentos comprobatórios do cumprimento da legislação trabalhista previdenciária, do FGTS, de segurança do trabalho e meio ambiente

4.12. A **MRN** poderá, a seu critério e a qualquer tempo, compensar eventuais valores que lhe sejam devidos pela **CONTRATADA**, inclusive decorrentes de penalidades aplicadas e em caso de eventuais

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

ações judiciais ou administrativas com qualquer credor para com a **MRN** nos termos do presente Contrato ou em outros contratos firmados com a **CONTRATADA**, desde que haja prévia notificação, a fim de garantir à **CONTRATADA** as correspondentes.

4.13. Se aplicável ao objeto deste Contrato, as despesas reembolsáveis deverão ser apresentadas em conformidade com o Manual de Despesas Reembolsáveis da **MRN** sendo normalmente reembolsadas segundo o menor valor de duas faixas acima desde que as despesas sejam aprovadas pela **MRN**.

4.14. Sob pena de descumprimento e sujeição aos pagamentos da **MRN** a **CONTRATADA** deve manter seus pagamentos a empregados, fornecedores e subcontratados e recolhimentos em dia e regulares.

4.15. Todos os equipamentos (máquinas), ferramentas, materiais e/ou acessórios necessários à execução dos serviços e cujo fornecimento seja de responsabilidade da **CONTRATADA** deverão estar adequadamente das respectivas notas fiscais de entrada relativas atendendo aos requisitos do regulamento do ICMS/RS.

4.16. Eventuais bens inservíveis adquiridos pela **CONTRATADA**, independente de alterações ou não no cronograma ou prazo para a realização dos trabalhos, não serão ressarcidos à **MRN**.

4.17. Caso o Governo venha a criar ônus à tarifa no curso de vigência deste Contrato, impactando diretamente contra a contratada ou a **CONTRATADA** ou a **MRN**, as partes envidarão o esforço razoável e necessário de renegociação para que se mantenha com a mesma deverá ser efetivada através de aditamento ao Anexo ou Contrato.

4.18. O prazo para pagamento da Fatura/Nota Fiscal é definido no item das condições comerciais.

4.19. Caso a **CONTRATADA** não esteja adequado ao prazo estabelecido em Contrato, a **MRN** poderá notificar a **CONTRATADA** de maneira amigável, fornecendo prazo para que seja sanado o problema, sob pena de aplicação das penalidades.

4.20. Não cumprindo a **CONTRATADA** com o prazo estabelecido no item 4.19 acima, a **MRN** poderá descontar parte do valor das notas fiscais/faturas pagas pela **MRN** até que todas as pendências sejam solucionadas. Caso as notas fiscais/faturas não sejam suficientes, a **CONTRATADA** deverá ressarcir a **MRN** no prazo de 5 (cinco) dias úteis.

PARÁGRAFO ÚNICO: Uma vez apresentado o Boletim de Medição pela **CONTRATADA**, nos termos e prazos previstos nos Cláusula 4 e 5 das Condições Comerciais, ou anexo, uma vez conferido e aprovado pela **MRN** e/ou aplicadas penalidades por esta e descontados os valores e prazo do item 4.5 (se houver) manifestação da **CONTRATADA**, a medição será tratada pela **MRN** e o respectivo valor aprovado, validado definitivamente pelas partes para todos os fins de Direito, inclusive contratuais, pelo que estas renunciam desde já, irrevogavelmente, a qualquer direito de recusa ou a qualquer título.

4.21. Ademais, a suspensão dos serviços e prazo em questão poderão ocorrer caso a **CONTRATADA** realize quaisquer atos executivos ou tutelas em relação à cobrança dos serviços ora prestados, ressalvando-se a qualquer direito de requerimento judicial ou extrajudicial, inclusive

4.22. Dentre as partes de faturamento, ficando que se tornam incontroversas de pronto pagamento, ou já pagamento, ao prazo de vencimento, as seguintes eventos serão excluídos: reivindicações ou verba para contestação de custos adicionais devido à aumento de preço de execução, reivindicação de verba para compensação de custos incorridos devido à atrasos de execução, erros ou em bases de projeto e/ou defeitos de qualidade em peças e equipamentos fornecidos pela **MRN** e que demandam correção por parte da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA V – VIGÊNCIA E RESCISÃO CONTRATUAL

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

5.1 O Contrato terá prazo determinado, conforme estabelecido no Formulário de Condições Comerciais.

5.1.1. Se aplicável, e não obstante o prazo de vigência previsto no Caput e nas Condições Comerciais, deverá ser observado pela **CONTRATADA** prazo de execução relativamente à ser cumprido de acordo com o cronograma aprovado entre as Partes.

5.1.2. O prazo de vigência poderá ser prorrogado pela vontade das Partes, mediante manifestação por escrito de forma livre e expressa.

5.1.3 Não havendo a formação de nova vontade que prorrogue o prazo de vigência estabelecido no Caput e nas Condições Comerciais, este instrumento estará encerrado mediante e automaticamente ao seu término, permanecendo todas as obrigações e direitos que tenham sido constituídos.

5.2. Este Contrato poderá ser rescindido por qualquer das Partes mediante comunicação por escrito à outra Parte, sem que haja qualquer indenização, retenção ou compensação em benefício da Parte que tenha dado causa à rescisão, nas seguintes hipóteses:

5.2.1 Pedido ou decretação de falência ou recuperação judicial ou extrajudicial da outra Parte;

5.2.2 Ocorrência de caso fortuito ou de força maior regularmente comprovada, que impeça ou prejudique a execução de 05 (cinco) ou mais dias;

5.2.3 Prejuízo à saúde

5.3 Sem prejuízo da satisfação de seus demais direitos, a **MRN** poderá, a seu exclusivo critério, encerrar este Contrato mediante prévia e expressa notificação à **CONTRATADA** com antecedência mínima de 15 (quinze) dias, sem que caiba à **CONTRATADA** o direito a qualquer retribuição, indenização ou compensação em razão da rescisão nas seguintes casos:

5.3.1 Descumprimento de qualquer obrigação contratual da **CONTRATADA** que deve ter sanado no prazo de 30 (trinta) dias após o recebimento de notificação da **MRN** neste sentido;

5.3.2 Cessão, subcontratação ou transferência pela **CONTRATADA** total ou parcial de seus direitos ou obrigações assumidos ou dos créditos decorrentes deste Contrato sem prévia e expressa autorização da **MRN**; e

5.3.3 Paralisação ou interrupção do objeto sem anuência por escrito das Partes.

5.4 Ressalvadas todas as demais formas de rescisão, caberá à **MRN** unilateralmente rescindir este Contrato, conforme estabelecido no Campo 9 das Condições Comerciais.

5.5 Na ocorrência de término deste Contrato, independentemente de motivo e das circunstâncias, a **CONTRATADA** apresentará relatório completo dos fornecimentos, obras ou serviços executados até a data da rescisão e entregará à **MRN** os documentos de escrituração ainda não entregues ao término. A **MRN** pagará a parcela em DEVIDO mencionada acima, compensados quaisquer créditos, ficando a **MRN** de posse exclusiva de todas as obras e serviços executados, equipamentos e materiais pagos.

5.6 Na hipótese de rescisão nos termos deste Contrato, a **CONTRATADA** e suas eventuais subcontratadas deverão providenciar imediata cessação e devolução de fornecimentos e bens cedidos em comodato para a execução do objeto no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de comunicação formal de rescisão ou término, entregando-os integralmente em perfeito estado de conservação, e a **MRN** fica autorizada a reter valores de faturas, pagamentos e bens pertencentes à **CONTRATADA** e de suas eventuais subcontratadas, visando a compensar eventuais despesas decorrentes da rescisão e descarte, cujos importâncias ainda não tenham sido pagas ou liquidadas e sejam de responsabilidade da CONTRATADA, incluindo, mas não limitado a, custos relacionados a mão de obra, equipamentos e instalações, incluindo aqueles de propriedade de terceiros, que venham a surgir.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

5.6.1 A eventual utilização pela **CONTRATADA** e por suas eventuais subcontratadas de áreas ou bens da **MRN** deverá ser precedida de autorização prévia da **MRN** e constituirá ato de mera liberalidade, que não induzirá posse ou qualquer gravame sobre as referidas áreas ou bens e eventuais bens cedidos; em nenhuma hipótese caberá à **CONTRATADA** e/ou às suas eventuais subcontratadas a retenção ou a constituição de qualquer gravame sobre qualquer bem que decorra em decorrência deste Contrato.

5.7. É facultado à **MRN** não exercer, de imediato, o direito de rescindir o Contrato, optando por sustar os pagamentos de todas e quaisquer cobranças decorrentes deste Contrato até que a **CONTRATADA** cumpra integralmente às suas obrigações.

5.8. Na hipótese de inadimplemento da **CONTRATADA**, caso a **MRN** decida pela manutenção da contratação, terá direito à cobrança da multa prevista no item 5.3, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste contrato.

5.9 Ocorrendo a rescisão deste Contrato por motivo imputável à **CONTRATADA**, esta indenizará a **MRN** por perdas e danos sofridos em decorrência da rescisão, sem prejuízo de outras penalidades aqui estabelecidas.

5.10. O atraso no pagamento das prestações pela **MRN** não configura caso de rescisão do Contrato.

5.11. As providências a serem adotadas pela **CONTRATADA** para cumprimento no prazo e adequação do mesmo em decorrência de atos ou omissões não atribuíveis à **MRN** não acarretarão a alteração dos preços deste Contrato nem qualquer ônus adicional para a **MRN**.

CLÁUSULA VI – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Constituirão obrigações da **CONTRATADA**, não cabendo qualquer ônus a **MRN**, exceto quando estabelecido em contrário:

6.1. Prestar todos os serviços, necessários à execução do escopo do contrato, bem como fornecer toda a mão de obra, serviços técnicos e profissionais, equipamentos, materiais e demais ferramentas e tudo mais que for necessário à conclusão dos serviços dentro das especificações técnicas aplicáveis e do prazo convencionado neste instrumento e em seus Anexos.

6.2 Executar o Objeto com pessoal devidamente treinado e capacitado, cabendo à **CONTRATADA** total e exclusiva responsabilidade pela coordenação e execução do Objeto, responsabilizando-se legal, administrativa e tecnicamente pelos serviços e fornecimentos executados.

6.3 Manter todos os seus empregados devidamente registrados conforme estabelece a legislação em vigor, obrigando-se, ainda, a manter em dia todas as obrigações legais pertinentes às atividades desenvolvidas por seus empregados, especialmente de natureza trabalhista e previdenciária.

6.4 Promover a inscrição como contribuinte do ISS nos respectivos municípios de execução dos serviços contratados quando a legislação dos municípios em que forem realizados os serviços assim determinar, promovendo o recolhimento do mencionado tributo nos referidos municípios, na ocorrência da execução dos mesmos.

6.4.1. A **MRN** reterá os valores relativos ao ISS somente nos casos em que houver expressa previsão na legislação municipal, sem prejuízo do cumprimento pela **CONTRATADA** de suas obrigações legais e contratuais.

6.5. Substituir, por iniciativa própria ou solicitação da **MRN** e no prazo por esta determinado, todos os materiais que não tenham sido aprovados em testes e ensaios pertinentes aos mesmos, de acordo com o previsto na documentação técnica, normas técnicas aplicáveis.

6.6. Arcar com os custos de atendimento médico hospitalar de seus empregados envolvidos na prestação dos serviços, e de seus dependentes, que porventura venham a residir em Porto Trombetas.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

6.7. Ficará exclusivamente de cada signatário do presente contrato todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais de seus empregados, prepostos e subcontratados, empregados para a execução do presente contrato. Bem como pelos reembolsos de gastos e todos os encargos fiscais e financeiros, previdenciários, trabalhistas, securitários e outros a **MRN** de qualquer ordem. Relativos com os mesmos, devendo estes, a qualquer época, serem pontualmente quitados, sob pena de inadimplemento contratual.

6.7.1. A inadimplência e o descumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias e previdenciárias que acarretem prejuízo direto para a **MRN** serão considerados como descumprimento contratual passível de aplicação de multa no valor de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato, sem prejuízo de outras medidas legais cabíveis.

6.8. Transportar os equipamentos somente por veículos apropriados para realização deste transporte e relacionados todos os meios de segurança da **MRN**.

6.9. Repor ou substituir qualquer equipamento da **CONTRATADA** que se mostre defeituoso, inadequado, ineficiente ou que exceda o limite de horas exigidas nas especificações ou que for proibido pela fiscalização.

6.10. Não transportar empregados nas carrocerias de veículos destinados para este fim ou em cabines veículos que estes estejam equipados com bancos e cintos de segurança, sob pena de responsabilização civil e penal da **CONTRATADA**.

6.11. Executar o trabalho do seu pessoal dentro de padrões de boa técnica, bem como se responsabilizar pela perfeição dos mesmos nos limites de atuação, devendo substituir que julgue não ser conveniente, prepostos e subcontratados, que venham a ser considerados inadequados pela **MRN** em prazo não superior a 24 (vinte e quatro) horas da solicitação.

6.12. Responsabilizar-se em todas as esferas pelos danos ou prejuízos causados ao patrimônio da **MRN** e ou de terceiros por ela ou seus empregados, prepostos e subcontratados na execução dos atividades contratadas, mesmo quando agindo em nome da **MRN**.

6.13. Cumprir responsabilidade exclusiva da **CONTRATADA** o conhecimento, observação e cumprimento de todas as leis federais, estaduais e municipais, portarias e regulamentos que de qualquer forma atinjam direta ou indiretamente, empregados ou não, no serviço, materiais e equipamentos objeto deste contrato.

6.14. Ter inteira responsabilidade técnica sobre todo e qualquer trabalho executado, cabendo-lhe a integral responsabilidade por todas as obrigações que para o cumprimento do Contrato ora celebrado, deverá ser executado de acordo com as normas de Boa Técnica.

6.15. Cumprir e exigir que seus empregados em Ponto Terminais cumpram as normas internas da **MRN**, bem como a legislação sobre Segurança, Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Ecologia e Conservação do Meio Ambiente, que pena de ser considerada inadimplente responsabilizando-se ainda, pelo pagamento de eventuais penalidades impostas por irregularidades nestas.

6.16. Cumprir e exigir que seus empregados em Ponto Terminais cumpram o MANUAL DE SEGURANÇA DO TRABALHO PARA EMPRESAS CONTRATADAS anexado ao Contrato, o que certamente os mesmos declaram conhecer e estão de acordo com as normas da **MRN**.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

6.17. Salvo disposição diversa em outra parte deste Contrato, a **CONTRATADA** deverá arcar com as providências e diligências necessárias à obtenção e renovação de inscrições, alvarás e demais autorizações pertinentes exigidas pelo Poder Público em geral (i) para viabilizar a prestação dos serviços e/ou fornecimento dos bens objeto deste Contrato, bem como (ii) para o pagamento de quaisquer tributos (taxas, emolumentos, contribuições de qualquer natureza) devidos e pagáveis pela **CONTRATADA** (ou retenção na fonte).

6.18. A **CONTRATADA** será a única e exclusiva responsável por todos e quaisquer danos materiais ou pessoais, decorrentes dos trabalhos ou ações à que comprovadamente der causa.

6.19. Fornecer para seus empregados, às suas expensas, todos os equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados, durante a jornada de trabalho, ou sempre que for exigido.

6.20. Manter para seus empregados alocados em Portos Organizados, às suas expensas, transporte, nunca de canal de acesso e materiais de higiene pessoal, durante a vigência deste contrato.

6.21. Manter os seus empregados lotados em Portos Organizados identificados e uniformizados, de acordo com as normas internas da **MRN** aplicáveis aos prestadores de serviços. Fornecendo às suas expensas os uniformes, aos empregados lotados nas atividades marítimas portuárias.

6.22. Sujeitar, em tempo hábil, aos exames admissionais e demissionais aplicáveis, todos os empregados envolvidos na execução do objeto deste contrato, de forma a preservar a qualidade técnica e impedir a descontinuidade na execução do objeto deste contrato.

6.23. Providenciar e manter o seguro de Acidentes do Trabalho para os empregados lotados em Portos Organizados, de acordo com as exigências legais.

6.23.1. As exigências contidas no item anterior deverão ser providenciadas pela **CONTRATADA**, não importando em qualquer hipótese de omissão ou de redução das suas responsabilidades decorrentes da participação em objeto do presente contrato.

6.24. Submeter à vistoria do órgão de Segurança Patrimonial os veículos e equipamentos utilizados em Portos Organizados para realização dos serviços ora contratados.

6.25. Devolver ao Fiscal das Unidades as credenciais cedidas pela **MRN**, no mesmo estado em que as recebeu ou seja em perfeitas condições de conservação e habitabilidade.

6.26. A obrigação da **CONTRATADA** atuar na prevenção de possíveis acidentes ocorridos dentro ou sob a custódia daquela à de exclusiva responsabilidade, de conformidade da Constituição da República, artigos 7º inciso XXII e 225 § 3º inciso V e artigo 932, do CC e a artigo 63 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

PARÁGRAFO ÚNICO: Sem prejuízo das demais obrigações constantes deste instrumento, a **CONTRATADA** compromete-se a:

a. Garantir ambiente de trabalho seguro e saudável, garantindo Programa de Segurança, Saúde e Meio Ambiente.

b. Garantir a realização de atividades preventivas aos seus empregados.

c. Evitar qualquer tipo de prática discriminatória de e para com seus empregados.

d. Coibir qualquer tipo de atitude ilegal dentro do seu local de trabalho.

6.27. A **CONTRATADA** arcará com todos os riscos, seja materiais e/ou pessoais, de seu pessoal e demais recursos materiais por ela alocados à execução dos serviços objeto deste Contrato.

6.28. Cumprir e exigir que seus empregados cumpram as normas internas que disciplinam o acesso, controle e circulação de pessoas, estabelecidas pela **MRN** para o(s) Porto(s) Organizado(s) e Instalação Portuária de Porto Privativo.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

6.28.1. As velocidades máximas permitidas para as vias são indicadas por meio de sinalização, obedecidas as suas características técnicas e as condições de trânsito.

6.28.2. O descumprimento por parte dos empregados e prepostos da **CONTRATADA**, quando transitar em velocidade superior à máxima permitida para o local verificada por equipamento hábil, fará com que esta promova o imediato afastamento dos mesmos de Porto Trombetas, correndo todos os ônus e encargos desse afastamento por conta da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO ÚNICO: A **CONTRATADA** isentará a **MRN** das responsabilidades decorrentes de qualquer das disposições constantes da presente Cláusula, devendo a **CONTRATADA** indenizar a **MRN** na hipótese de qualquer notificação que venha a recair em consequência.

6.29 A **CONTRATADA** obriga-se, outrossim, a não submeter seus empregados a jornada de trabalho em desacordo com a legislação vigente.

6.30. Arcar com os custos de atendimento médico hospitalar no Hospital de Porto Trombetas - HPTR de seus empregados envolvidos na prestação dos serviços, e de seus dependentes, que porventura venham a residir em Porto Trombetas.

6.31 Arcar, integral e exclusivamente, com os custos de transporte de seus empregados, cuja residência seja comprovada em municípios vizinhos, limitados a Santarém (PA), que estejam trabalhando em Porto Trombetas e morando em alojamentos coletivos, garantindo assim que retornem pelo menos uma vez por mês às localidades em que residam com suas famílias.

6.32. Arcar, integral e exclusivamente, com os custos de mobilização e desmobilização de equipamentos necessários para execução dos serviços.

6.33 Arcar, integral e exclusivamente, com os custos de segurança patrimonial de seus equipamentos durante a execução dos serviços em Porto Trombetas.

6.34 Arcar, integral e exclusivamente, com os custos de TFD – Tratamento Fora de Domicílio, caso necessário deslocamento para atendimento hospitalar fora de Porto Trombetas.

6.35 A **CONTRATADA** deverá apresentar, para validação pela Gerência de Segurança do Trabalho da **MRN**, a relação de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivo (EPC) utilizados por seus empregados lotados em Porto Trombetas, prepostos e subcontratados, com seus respectivos Certificados de Aprovação pelo Ministério do Trabalho (CA). Sempre que houver inclusão ou exclusão de itens, a **CONTRATADA** deverá representar esta relação à Gerência de Segurança do Trabalho da **MRN**, com as devidas justificativas, para revalidação.

6.36 Garantir que nenhum serviço seja iniciado sem a devida cobertura contratual (contrato e/ou aditivos assinados por ambas as partes), sob pena de arcar com o cancelamento dos documentos fiscais e eventuais encargos e multas aplicáveis.

6.37. Se aplicável, seguir as disposições das Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, bem como, seguir as especificações e orientações da **MRN** com relação à prestação dos serviços, permitindo ampla fiscalização da **MRN**, sempre que esta julgar necessário.

6.38. Permitir livre acesso do Gestor do Contrato da **MRN** aos locais onde os serviços estejam sendo prestados, bem como apresentar, no prazo de 24 horas, todas as informações e documentos solicitados pela **MRN** e que tenham relação direta ou indireta com a prestação dos serviços, ainda que não expressamente previstos no Contrato.

6.39 Efetuar constante supervisão técnica, administrativa e operacional dos Serviços.

6.40 A **CONTRATADA** obriga-se a retificar ou refazer, por sua própria conta, sem qualquer ônus para a **MRN**, eventuais serviços executados em discordância com as exigências do presente Contrato e respectivos anexos ou, que apresentem, a qualquer tempo, erros, vícios, imperfeições, falhas, ou

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

quaisquer outros danos e/ou deleitos decorrentes de irregularidades havidas durante a execução dos trabalhos ora contratados ou constatados após a entrega dos serviços, inclusive em razão de negligência, imperícia, imprudência, ação e/ou omissão causados por seus empregados, prepostos ou contratados, ou ainda pelo emprego de materiais diversos ou de qualidade inferior, independentemente da fiscalização exercida pela **MRN**.

6.40.1. O prazo para retificar e/ou refazer os serviços descritos no item 6.40, será estabelecido pela **MRN** para se evitar atrasos no cronograma e/ou conflitos com os diversos serviços a eles relacionados.

6.40.2. Não cumprindo a **CONTRATADA** com o quanto estabelecido nos itens 6.40 e 6.40.1, poderá a **MRN** promover aos reparos ou contratar terceiros para fazê-lo, sendo que todas as despesas oriundas de tais serviços serão descontadas da **CONTRATADA**, na primeira fatura a ser paga, ou nas subsequentes, em caso de insuficiência de saldo na primeira, descontos estes que ficam, desde já, autorizados pela **CONTRATADA**.

6.40.3. Ocorrendo qualquer infração por parte da **CONTRATADA**, ou ainda, se a **MRN** não aceitar os Serviços, ficará a **CONTRATADA**, a critério da **MRN**, sujeita a suspensão temporária dos pagamentos, até que sejam atendidas as exigências solicitadas pela **MRN**.

6.41. Cumprir, na execução do objeto deste Contrato, sem qualquer ônus adicional para a **MRN** além do preço pago, as leis vigentes no País, sejam Federais, Estaduais ou Municipais, bem como as determinações constantes de decretos, regulamentos, portarias, instruções normativas, normas regulamentadoras e todas as demais que sejam aplicáveis, direta ou indiretamente, à execução dos serviços, com ênfase na legislação trabalhista, previdenciária, tributária, civil, ambiental, anticorrupção, concorrencial, regulatória, saúde e segurança do trabalho, e todas as demais aplicáveis, que o ordenamento jurídico atribua ou venha atribuir como dever de cumprimento pela **CONTRATADA**.

6.42. Manter permanentemente em perfeita ordem os locais colocados à sua disposição para vestiário para uso dos seus funcionários, e locais para guarda de produtos, materiais, equipamentos, instrumentos e utensílios, obrigando-se a ressarcir à **MRN** ou indenizá-la em caso de não cumprimento de tal obrigação.

6.43. Notificar a **MRN**, no prazo máximo de 24 horas, sobre quaisquer ocorrências que possam afetar o bom cumprimento do presente contrato, sob pena de perda do direito de alegá-las posteriormente.

6.44. Não adquirir ou permitir a utilização, na execução dos Serviços, de produtos de origem desconhecida ou duvidosa, tais como fruto de contrabando e/ou pirataria, ou ainda, que agridam o meio ambiente e/ou que atentem contra os direitos humanos.

6.45. A **CONTRATADA** responsabiliza-se por receber, armazenar, proteger eventuais materiais e/ou insumos a ela entregues pela **MRN**, para a execução dos Serviços, objeto do presente Contrato.

6.46. Nos casos em que o fornecimento dos materiais couber à **MRN**, após a retirada do almoxarifado da **MRN**, a **CONTRATADA** passará a responder pela salvaguarda dos mesmos, na condição de fiel depositária, provendo a reposição desses, quando ocorrer perda, extravio, deterioração, abuso ou mau uso.

6.47. A **CONTRATADA** obriga-se a devolver todo material e/ou insumo fornecido pela **MRN**, quando excedente, após a conclusão dos trabalhos ou em caso de rescisão contratual.

6.48. A **CONTRATADA** responsabiliza-se em ressarcir à **MRN** pelos danos causados aos materiais que receber desta e que tenham sido inutilizados por imperícia, negligência ou qualquer outro motivo imputável à **CONTRATADA**.

6.49 Em razão dos serviços serem prestados em área de proteção ambiental federal – Floresta Nacional –, a CONTRATADA deverá observar, cumprir e implementar medidas adicionais de cuidado e proteção à Ecologia e Conservação do Meio Ambiente, dentre as quais observar as disposições legais e regulamentares sobre preservação ecológica e impacto ambiental, executando de imediato os

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

trabalhos necessários à correção de eventuais avarias ou danos, abstendo-se de realizar qualquer atividade ou serviço dos quais possa decorrer riscos ou danos ambientais, prestar os Serviços de forma a atender aos padrões, recomendações, portarias ou quaisquer determinações emanadas pelos órgãos ambientais competentes, sejam Federais, Estaduais e Municipais, garantir que a área de trabalho seja preservada durante a realização dos Serviços, e que todos os equipamentos, dejetos e poluentes, sejam removidos ao final dos trabalhos, obedecendo às normas de controle ambiental vigentes, ao mudar de um local de trabalho para outro, retirar e acondicionar adequadamente todo o material de consumo e equipamentos, de modo que o local anterior fique completamente limpo de lixos e/ou resíduos de qualquer espécie. Eventuais correções de impactos ambientais deverão ser prontamente submetidas à aprovação da MRN para realização imediata, acondicionar, nos locais e forma previamente indicados pela **MRN**, todo o lixo ou resto de material, gerado durante o período de trabalho; e reportar imediatamente à MRN quaisquer acidentes ou incidentes com o meio ambiente, que venham a ocorrer nos locais de trabalho.

6.50 Caso seja aplicável, o "AS BUILT" deverá ser entregue em até 30 (trinta) dias corridos após o recebimento do Termo de Recebimento Provisório (TRP) em 2 (duas) vias impressas e em mídia magnética (CD-ROM), sob pena de não o fazendo a **MRN** providenciar o "AS BUILT" por si ou por terceiro contratado para essa finalidade, e enviará à **CONTRATADA** a cobrança de todos os valores decorrentes da elaboração do projeto, bem como das custas administrativas, para pagamento em até 20 (dez) dias corridos do recebimento e em caso de não pagamento, descontar diretamente nos haveres creditórios da **CONTRATADA** e/ou em valor retido nos termos do presente Contrato ou em outros contratos firmados com a **CONTRATADA**.

6.51. A **CONTRATADA** deverá apresentar o extrato bancário referente a este Contrato a cada 15 dias.

6.52 Mensalmente, até o dia 15 ou dia útil subsequente, a **CONTRATADA** deverá apresentar indicadores de planejamento estratégico e de segurança do paciente com suas respectivas análises.

CLÁUSULA VII – OBRIGAÇÕES DA MRN

7.1 A **MRN**, independentemente das demais obrigações contidas no Contrato, obriga-se a:

a) efetuar, pelo prazo e forma estabelecidos neste Contrato, os pagamentos devidos pela execução dos Serviços prestados; e

b) fornecer, quando aplicável, todas as informações necessárias à execução do objeto deste Contrato.

CLÁUSULA VIII – SEGUROS E GARANTIAS

8.1. Não obstante a responsabilidade nos termos do Contrato, e sem limitação dessa, a **CONTRATADA** irá subscrever e manter em vigor, às suas próprias custas e em todos os momentos durante o curso do Contrato, com empresas de solidez financeira reconhecida, os seguros selecionados no Campo 7 das Condições Comerciais.

8.2. A **CONTRATADA** obriga-se a incluir a **MRN** nas apólices de seguro mencionadas, na qualidade de ressegurada, de forma que não possa ser acionada, diretamente ou por via regressiva, em decorrência de indenizações que a seguradora tenha eventualmente que efetuar, sem que isto implique em quaisquer ônus e/ou pagamentos de prêmios de seguros por parte da **MRN**.

8.2.1. Os montantes de tais seguros são entendidos como não sendo inferiores aos obrigatórios, de acordo com as normas e leis atuais. Nenhuma obrigação quanto à indenização estabelecida no Contrato, será afetada devido ao pagamento disso.

8.2.2. Não obstante o precedente, a **CONTRATADA** pode assinar os seguros complementares considerados necessários para a cobertura total das suas responsabilidades, de acordo com o Contrato.

8.3. A **CONTRATADA** deverá apresentar certificados ou recibo de pagamento dos seguros em até 15 (quinze) dias corridos e cópias completas das respectivas apólices em até 30 (trinta) dias corridos ambos contados da data de assinatura do Contrato.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

8.4 A **MRN** poderá, a qualquer momento, solicitar que a **CONTRATADA** entregue as apólices de seguro originais, ou cópias autenticadas dessas, bem como os comprovantes de pagamento integral dos prêmios correspondentes ao mesmo.

8.5. Caso, durante a vigência deste Contrato, (i) qualquer das apólices selecionadas no Campo 7 das Condições Comerciais perca sua validade, eficácia ou adequabilidade, ou as Partes firmem termo aditivo ao Contrato que venha a alterar qualquer das coberturas dos seguros objeto desta Cláusula, ou (ii) o valor de qualquer das apólices selecionadas no Campo 7 das Condições Comerciais torne-se, por qualquer motivo, inferior às respectivas coberturas mínimas exigidas, a **CONTRATADA** obriga-se a: (i) apresentar nova apólice em termos satisfatórios à **MRN**, ou (ii) reforçar as garantias prestadas inicialmente de modo a restabelecer as respectivas coberturas mínimas exigidas e prazos exigidos, em ambos os casos no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos a contar do fato gerador da perda de validade, eficácia ou adequabilidade, ou da data de assinatura do termo aditivo.

8.6. Em qualquer caso, a **MRN** nunca será responsável por eventuais deduções ou limitações nos termos e condições das apólices da **CONTRATADA**.

8.7 A **CONTRATADA**, às suas custas exclusivas, exigirá que suas subcontratadas mantenham as mesmas responsabilidades e apólices de seguro conforme exigido para a primeira. Contudo, nenhuma responsabilização da **CONTRATADA** contra a **MRN** será criada.

8.8 Cabem à **CONTRATADA** as seguintes atividades:

a) administrar, analisar e reportar sinistros à **MRN** e à Seguradora;
b) analisar os casos de responsabilidade civil;
c) avisar à **MRN** quando da possibilidade de ocorrência de sinistros;
d) manter permanentemente a **MRN** informada de fatos relevantes que possam ocorrer durante a gestão da apólice;
e) notificar imediatamente à seguradora sobre eventuais sinistros decorrentes da prestação de serviços e dar prazo para confirmação perante dentro do prazo estipulado na apólice.

8.8.1 Independentemente das obrigações da **CONTRATADA** previstas neste cláusula, a **MRN** poderá reportar para a Seguradora os eventos que julgar pertinente.

8.9. Se aplicável, a Garantia Financeira é a definida no Campo 7 das Condições Comerciais e nos termos abaixo:

8.9.1 Para assegurar o cumprimento das obrigações da **CONTRATADA** previstas neste Contrato, a **CONTRATADA** deverá apresentar à **MRN**, em até 10 (dez) dias contados da data de assinatura do Contrato, uma carta de fiança bancária/seguro garantia irrevogável, pagável mediante solicitação da **MRN** (on demand), conforme estabelecido no Campo 7 das Condições Comerciais ("Garantia Financeira").

8.9.1.1. O valor da Garantia Financeira será alterado nos seguintes eventos:

(i) assinatura de eventual termo aditivo que altere o Valor Fixo do Contrato;
(ii) a cada 06 (seis) meses para ajustar a base de cálculo da Garantia Financeira ao saldo do Valor Fixo do Contrato. Este ajuste não mais será aplicado quando o saldo contratual atingir 10% (dez por cento) do Valor Fixo do Contrato.

8.9.1.2. As Garantias Financeiras deverão ser (i) irrevogáveis, (ii) pagáveis mediante a solicitação da **MRN** e (iii) fornecidas por instituição bancária de primeira linha aprovada previamente pela **MRN**. Caso qualquer uma das Garantias Financeiras seja considerada irresgatável a qualquer momento e por qualquer motivo, a **MRN** terá o direito de suspender todo e quaisquer pagamento à **CONTRATADA** até que a **CONTRATADA** tenha fornecido à **MRN** nova e satisfatória Garantia Financeira.

8.9.1.3. Os custos e encargos inerentes à prestação das Garantias Financeiras serão de inteira responsabilidade da **CONTRATADA**.

8.9.1.4. A **MRN** poderá executar as Garantias Financeiras a qualquer tempo, caso a **CONTRATADA** não consiga desempenhar qualquer de suas obrigações estabelecidas neste Contrato durante o período determinado para as Garantias Financeiras.

8.10. A Garantia de Qualidade dos Serviços é a definida no Campo 7 das Condições Comerciais, devendo a **CONTRATADA** responder integralmente pelo fornecimento de toda mão de obra e materiais necessários à correção dos Serviços julgados inadequados ("Garantia de Qualidade dos Serviços").

8.11. Durante o período de garantia, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas contadas da notificação emitida pela **MRN**, a **CONTRATADA** se obriga, sem qualquer ônus para a **MRN**, a enviar técnicos para verificar o defeito. Caso tenha que refazer, substituir ou reparar qualquer serviço, parte, material, peça ou componente do Objeto que apresentar defeito ou que prejudique a obtenção das condições especificadas, o prazo para tal deverá ser acordado pelas Partes.

8.11.1. O refazimento dos serviços, correções, reparos ou substituição de partes, materiais, peças ou componentes do Objeto deverão ser efetuados pela **CONTRATADA** dentro no prazo a ser fixado de comum acordo entre as Partes, não podendo, todavia, esta providência exceder 30 (dias) dias úteis da data de comunicação da inconformidade pela especificações técnicas exaradas ou dos defeitos, formalmente enviada pela **MRN**.

8.11.2 Caso as correções, reparos ou substituições não sejam realizados no prazo acordado entre as Partes, a **MRN** poderá, a seu exclusivo critério e sem prejuízo da aplicação das penalidades e demais direitos da **MRN** previstos neste Contrato, providenciar as correções, reparos ou substituições, por meios próprios ou mediante a contratação de terceiros, e os custos decorrentes serão integralmente repassados à **CONTRATADA**, não sendo cabidos questionamentos de qualquer natureza por parte da **CONTRATADA**, e sem prejuízo das garantias ora constituídas.

8.11.3. Se uma parte do Objeto reparado, substituído ou corrigido apresentar defeito, e desde que o período de garantia aplicável a tal Objeto não tenha expirado, a **CONTRATADA** deverá reparar, substituir ou corrigir o Objeto defeituoso nos termos deste Contrato.

8.12 A aprovação e aceitação de desenhos, manuais e demais documentos não diminuirá ou extinguirá qualquer responsabilidade ou obrigação da **CONTRATADA** previsto neste Contrato, especialmente as obrigações relativas à garantia.

8.13 A omissão ou a inspeção e liberação pela **MRN** de qualquer serviço ou material não isentará a **CONTRATADA** da total responsabilidade pela execução do Objeto e garantia, tampouco implicará a aceitação final pela **MRN**.

CLÁUSULA 9ª – PENALIDADES

9.1 Caso a **CONTRATADA** deixe de cumprir qualquer obrigação para a qual não haja penalidade específica, a **MRN** notificará, por escrito, a **CONTRATADA** a respeito do referido não-cumprimento, indicando qual obrigação não foi cumprida e, se a **CONTRATADA** falhar em cumprir as respectivas obrigações dentro do prazo de 15 (quinze) dias, ou outro que venha a ser acordado entre as Partes, contados do recebimento da notificação da **MRN**, a **CONTRATADA** estará sujeita ao pagamento da multa por inadimplemento prevista no Campo 8, alínea "b", das Condições Comerciais assim como da multa diária por atraso prevista no Campo 8, alínea "a", das Condições Comerciais até o cumprimento da referida obrigação.

9.2 As Partes acordam que a cobrança de todas as penalidades estabelecidas neste Contrato será realizada mediante simples comunicação por escrito, não havendo necessidade de notificação para a constituição da outra Parte em mora nos termos do Artigo 397 do Código Civil.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

9.3. A rescisão do Contrato por acionamento da **MRN** dos itens 5.2.5 e/ou 5.3.1 a/ou 5.3.2 a/ou 5.3.3 da CAÇAMBAS S.A. acarretará na incidência de multa não compensatória a favor da **MRN** correspondente ao valor estabelecido no item 8.3 do Campo 8 das Condições Comerciais.

9.4 A escolha da **MRN** pela aplicação das multas previstas em 9.1 não prejudicará sua prerrogativa de rescindir o Contrato com base no inadimplemento ou atraso no cumprimento da prestação de serviços.

9.5 A rescisão contratual pela **MRN** não afasta a possibilidade de ajuizamento de ação indenizatória para fins de ressarcimento de danos suplementares, ainda que com a aplicação das multas previstas em 9.3 e 9.3.

CLÁUSULA X - CESSÃO, SUBCONTRATAÇÃO E SUCESSÃO

10.1 Fica vedado a qualquer das Partes, sem expressa anuência por escrito da outra, transferir ou tentar, no todo ou em Parte e a qualquer título, os direitos e obrigações assumidos no Contrato.

10.1.1. É vedado à **CONTRATADA**, portanto, descontar títulos de crédito na rede bancária ou negociá-los em empresas de fomento (factoring).

10.2 Salvo se houver prévia anuência por escrito da **MRN**, ficam vedados à **CONTRATADA**: (i) a subcontratação no todo ou em parte dos Serviços; (ii) a contratação de prestadores de serviços para realizarem, no todo ou em parte, os Serviços.

10.2.1. Fica desde já estabelecido entre as Partes que, ainda que expressamente autorizada pela **MRN** a subcontratação dos serviços objeto do Contrato, todas as cláusulas deste Contrato aplicar-se-ão automaticamente às subcontratações eventualmente firmadas pela **CONTRATADA**, bem como a **CONTRATADA** permanecerá integralmente responsável perante a **MRN** pelo cumprimento de todas as obrigações do Contrato.

10.3 O Contrato obriga as Partes e seus sucessores, a qualquer título, sendo certo que qualquer alteração no controle societário da **CONTRATADA** deverá ser informado à **MRN** que, em situações de conflito de interesses ou restrições de ordem administrativa, poderá rescindir o Contrato sem a incidência de penalidades.

CLÁUSULA XI - DESCOBERTA DE ERROS, OMISSÕES OU DISCREPÂNCIAS

11.1 Será responsabilidade da **CONTRATADA** informar, por escrito à **MRN**, a ocorrência de erros, omissões, discrepâncias ou conflitos em qualquer documento fornecido pela **MRN** e que seja base para o desenvolvimento de qualquer serviço.

11.2 Qualquer serviço afetado por tais ocorrências e realizado pela **CONTRATADA**, anteriormente ao esclarecimento com a **MRN**, correrá por conta e risco da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA XII - QUALIDADE

12.1. A **CONTRATADA** garante que os serviços serão executados em perfeita conformidade com o ESCOPO, as ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS e/ou as amostras discriminadas no presente Contrato e de qualidade especificada. Na falta de especificação de qualidade, esta deverá atender aos melhores requisitos, à satisfação da **MRN**. Salvo disposição em contrário, em algum item deste Contrato, todos os materiais e/ou equipamentos a serem usados e/ou incorporados a qualquer serviço da **CONTRATADA**, deverão ser novos e isentos de qualquer defeito.

12.2. No caso de especificação da **MRN** ser incompatível com os objetivos da mesma, não permitindo que os resultados pretendidos sejam atingidos, a **CONTRATADA** deverá alertar por escrito, à **MRN**, que poderá, ou não, acatar as sugestões da **CONTRATADA** a seu exclusivo critério.

CLÁUSULA XIII - VÍNCULO EMPREGATÍCIO E GERÊNCIA DE PESSOAL

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

13.1. Fica expressamente firmado que, por força deste Contrato, não se estabelece qualquer vínculo empregatício entre a **MRN** e os empregados e/ou prepostos da **CONTRATADA**, sendo esta última a empregadora do pessoal necessário à execução dos serviços aqui contratados.

13.2. A **CONTRATADA** exercerá permanente controle e fiscalização dos seus empregados alocados nos serviços objeto do presente contrato, não cabendo à **MRN** qualquer encargo administrativo, de horário ou disciplinar, por não estarem a ela subordinados.

CLÁUSULA XIV – RESPONSABILIDADE POR ACIDENTES

14.1. A **CONTRATADA** será sempre a única responsável pelos incidentes a que seus empregados, prepostos ou contratados derem causa durante a prestação dos serviços, devendo assumir integralmente e de forma expressa, a autoria de tais acidentes perante a **MRN**, autoridades competentes envolvidas, órgãos de imprensa e quaisquer outros terceiros, e, em caso de lesão corporal ou morte, deverá a **CONTRATADA** tomar todas as medidas cabíveis, inclusive perante terceiros, a fim de elidir e afastar qualquer responsabilização da **MRN**.

14.1.1. A **CONTRATADA** deverá arcar com todos os custos e indenizações decorrentes de qualquer tipos de acidentes, devendo ainda tomar as medidas necessárias para atenuar as consequências e repercussões do referido acidente.

14.1.2. Além dos custos mencionados, se enquadram ainda, para os mesmos efeitos, aqueles que porventura vierem a ser ressarcidos pela **MRN**, em função da omissão da **CONTRATADA**.

14.1.3. Havendo, no decorrer da presente contratação, o descumprimento dos itens previstos acima, a **MRN** procederá ao desconto desses custos, diretamente nos haveres creditórios da **CONTRATADA**, que se originem da presente Contratação, valendo ainda o presente Contrato, caso contrário, como título executivo extrajudicial especificamente para esta cobrança.

CLÁUSULA XV - ACESSO A LIVROS E ESCRITA

15.1. Durante a vigência deste Contrato, a **MRN**, mediante aviso prévio de no mínimo 05 (cinco) dias, a **CONTRATADA**, terá acesso, por seus representantes, aos livros de registro, escrita e contabilidade da **CONTRATADA**, bem como a todos e quaisquer documentos relacionados a este Contrato, de forma a proceder a quaisquer levantamentos que visem averiguar ou resguardar os interesses da **MRN**.

CLÁUSULA XVI - RESPONSABILIDADE TÉCNICA

16.1. A **CONTRATADA** deverá apresentar à **MRN**, dentro de 60 (sessenta) dias contados da celebração deste Contrato, certificado competente e atualizado, emitido pelo órgão ou órgãos de classe profissional relativo ao responsável técnico pelas atividades da empresa em geral e, em particular, pelas atividades específicas para o desempenho da prestação **CONTRATADA**.

16.1.1. A **CONTRATADA** é igualmente responsável, pelo mesmo prazo de 60 (sessenta) dias, pela apresentação dos comprovantes de regularidade e inscrição de todos os profissionais que disponibilize para a presente prestação de serviços perante seus respectivos órgãos de classe profissional.

CLÁUSULA XVII - FISCALIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

17.1. A **MRN** deverá autorizar o início da execução dos serviços, estando permitida pela **CONTRATADA** ampla fiscalização da **MRN**.

17.1.1. O atendimento as exigências da fiscalização não importará em diminuição das responsabilidades da **CONTRATADA** pela execução dos Serviços objeto desse Contrato.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

17.1.2 Fica desde já acordado entre as Partes que a retenção do valor da **MRN** poderá ser realizada por meio de uma ou mais parcelas, conforme informado à **CONTRATADA**.

17.1.3 A **MRN** poderá deferir a liberação e, ou, regularização das atividades que estejam sendo desenvolvidas de forma inadequada em desacordo com os preceitos Documentos Técnicos, Normas Internas ou de Saúde e Segurança ou que ainda estejam sendo objeto de **MRN** ou de terceiros, não sendo estas eventuais paralisações e/ou regularizações motivadoras para reivindicações futuras de qualquer natureza por a **CONTRATADA**.

17.2 A **MRN** poderá, ao seu critério e exclusivo direito, cessar o direito de, a qualquer tempo, unilateralmente, suspender a execução da **CONTRATADA** e cumprimento das obrigações legais de sua responsabilidade, bem como de outras determinadas no presente Contrato.

17.2.1 Havendo paralisação de atendimento por parte da **MRN** a **CONTRATADA** se obriga a formalizar ao gestor indicado pela **MRN** sob pena de descumprimento contratual gerando suspensão dos pagamentos a serem realizados sem prejuízo de outras penalidades previstas neste instrumento.

CLÁUSULA XVIII – ANTISSUBORNO, ANTICORRUPÇÃO E CONDUTA ÉTICA

18.1 A CONTRATADA se declara ter conhecimento do inteiro teor do Código de Ética e Conduta da **MRN**, e como tal se obriga a informar o conteúdo do mesmo a todos os seus empregados que venham prestar serviços em relação com a MRN por força deste Contrato.

18.2 As Partes neste ato declaram que em todas as suas atividades relacionadas a este Contrato cumprirão a toda estrita com todos os regulamentos, leis e regulações aplicáveis, incluindo, mas não se limitando à Lei Federal Brasileira nº 12.846/2013 (Lei Anticorrupção) e no que aplicável, a *Foreign Corrupt Practices Act* (FCPA) (15 U.S.C. §78 dd-1 et seq.) conforme alterada, ao UK Bribery Act 2010 (a Lei Inglesa de 2010 contra suborno), bem como a qualquer outra lei antissuborno, anticorrupção ou sobre conflitos de interesses aplicável à CONTRATADA ou à MRN.

18.3 Nenhuma das Partes poderá em desacordo com a legislação aplicável direta ou indiretamente em nome de outra Parte oferecer, prometer, autorizar ou efetuar pagamento ou autorizar o pagamento de qualquer quantia ou dinheiro, presentes, promessas ou a aquisição de qualquer coisa de qualquer funcionário público, qualquer partido político ou funcionário do mesmo, qualquer candidato a cargo político ou pessoa a eles ligada direta ou indiretamente.

18.4 É expressamente vedado a qualquer sócio empregado subcontratado representante ou colaborador da CONTRATADA receber qualquer vantagem ou benefício de terceiros em razão do presente contrato sob pena de rescisão imediata.

CLÁUSULA XIX - SIGILO

19.1 Cabe à **CONTRATADA** manter em absoluto sigilo toda e qualquer informação que venha a ter conhecimento pela **MRN**, ou a que tenha tido acesso ou adquirido em decorrência, direta ou indiretamente da execução e cumprimento deste Contrato, inclusive, mas não se limitando a informações de natureza técnica, operacional, mercadológica, legal, financeira ("Informações Confidenciais").

19.2. A **CONTRATADA** compromete-se a não revelar as Informações Confidenciais para qualquer fim, exceto para o cumprimento deste Contrato; (ii) não utilizar, em nenhuma hipótese as Informações Confidenciais em proveito próprio ou de terceiros; (iii) não produzir qualquer cópia de todo ou parte das Informações Confidenciais sem autorização prévia por escrito da **MRN**, (iv) e guardar, mediante vigilância da **MRN**, absoluto sigilo sobre referidas informações confidenciais, comprometendo-se a não revelar, copiar, eletrônica ou de qualquer outra forma a terceiros ou a empregados não autorizados sua revelação. A **CONTRATADA** poderá revelar as Informações Confidenciais que forem requisitadas por autoridades governamentais, administrativas, judiciais ou fiscais, desde que previamente notifique a **MRN** por escrito, de modo a lhe permitir tomar as medidas que entender cabíveis.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

19.3. O dever de confidencialidade permanecerá em vigor mesmo após o cumprimento e término de vigência deste Contrato, por mais 3 (três) anos, além de responder a **CONTRATADA** pelas perdas e danos, diretos e indiretos, sofridos pela **MRN** em decorrência do descumprimento de tal obrigação. Caso, mesmo após o decurso do prazo de 3 (três) anos as Informações Confidenciais permaneçam fora do domínio público, os deveres de sigilo e confidencialidade permanecerão em vigor até que as Informações Confidenciais caiam em domínio público.

CLÁUSULA XX - PROPRIEDADE INTELECTUAL

20.1. Todos e quaisquer relatórios, análises e demais documentos desenvolvidos pela **CONTRATADA** em razão do cumprimento deste Contrato são de propriedade plena, única e exclusiva da **MRN**, que poderá utilizá-los livremente sem qualquer restrição ou custo.

20.2. Os estudos, projetos, relatórios e demais documentos desenvolvidos pela **CONTRATADA** em relação à prestação dos Serviços não poderão, em hipótese alguma, ser divulgados e/ou utilizados a qualquer título, pela **CONTRATADA** sem a expressa e prévia autorização, por escrito da **MRN**.

CLÁUSULA XXI – SISTEMA DE GESTÃO DE CONTRATOS DA MRN (SGC)

21.1. A **MRN** disponibilizará à **CONTRATADA** dois perfis de acesso ao SGC, a saber: perfil Gestor e perfil Fiscal.

21.1.1. Os dados de acesso serão disponibilizados ao Gestor do Contrato por intermédio do e-mail informado no Campo 11 das Condições Comerciais.

21.1.2. É de responsabilidade da CONTRATADA a gestão dos perfis de acesso disponibilizados pela **MRN**.

21.1.3. As Partes compreendem e reconhecem que são os únicos responsáveis pelo sigilo e uso de seus e-mails, telefones celulares e senhas e que seu uso é pessoal e intransferível.

21.1.4. As Partes declaram que adotam medidas de segurança em seus computadores, tais como a instalação de programa antivírus e de Firewall contra invasões.

21.2. As Partes acordam que as ações de aprovação das medições de serviço serão realizadas por intermédio do SGC, ou seja, as aprovações realizadas no sistema estão munidas de força suficiente a validação das medições de serviço.

21.3. Todas as notificações, avisos ou comunicações relativas ao Contrato deverão ser feitas por escrito, e enviadas por meio do Sistema de Gestão de Contratos da **MRN**.

CLÁUSULA XXII – DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. Qualquer alteração dos dados do Gestores de Contrato indicados no Campo 11 das Condições Comerciais deverá ser imediatamente comunicada, por escrito, à outra Parte, sendo que a notificação ou comunicação dirigida servirá para produzir todos os efeitos contratuais consequentes.

22.2. Caso seja ajuizada ação contra a **MRN**, de qualquer natureza, ou instaurado qualquer outro ato de natureza administrativa ou judicial contra a **MRN**, seja a que título for e a que tempo ocorrer, a **CONTRATADA** se compromete a requerer (i) a exclusão da **MRN** do polo passivo ou de quaisquer investigações; ou, conforme o caso, (ii) a substituição da **MRN**, individual ou coletivamente, no polo passivo. A **CONTRATADA** concorda, ainda, desde já, que a **MRN** denuncie à lide ou chame a **CONTRATADA** ao processo, se necessário, na forma do Código Processual Civil Brasileiro.

22.3. A **CONTRATADA** será a única responsável e indenizará a **MRN** por todo e qualquer ato ou omissão relacionados a este Contrato que resultem em perdas e danos, incluindo danos materiais ou extrapatrimoniais, impostos, multas, contribuições, despesas com depósitos recursais, custas, honorários advocatícios, audiências, viagens, hospedagens e outras que esta incorrer para acompanhamento de processos administrativos ou ações judiciais, suportados pela **MRN**, em

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

decorrência de demanda trabalhista, movidas pelos empregados da **CONTRATADA** ou demanda tributária, cível, ambiental, criminal, administrativa ou qualquer outra, ou, ainda, em virtude de autuações administrativas, relacionadas à obrigações da **CONTRATADA**.

22.4 A **MRN** poderá, a todo e qualquer tempo, alternativamente à qualquer outro tipo de cobrança ou de recebimento de créditos, permitidos em lei: (a) efetuar a compensação de créditos da **CONTRATADA**, vencidos ou vincendo e/ou (b) reter os pagamentos devidos à **CONTRATADA**, referentes a este ou outro contrato, equivalente ao montante do objeto constante no procedimento ou processo, inclusive de despesas com custas judiciais, taxas administrativas e honorários advocatícios ou se não houver, o valor estimado, segundo entendimento da própria **MRN**, de tais ganhos, despesas, impostos, multas, contribuições, condenações. As retenções serão feitas a título de garantia e serão mantidas pela **MRN** até o trânsito em julgado da decisão que lhe der origem. Caso, por qualquer motivo, a retenção não tenha sido feita quando do ajuizamento de ação, a **MRN** estará autorizada a realizá-la a qualquer tempo, a título de garantia ou definitivamente no caso de eventual condenação. Em hipótese alguma será devido o pagamento de juros e/ou outros acréscimos sobre os créditos retidos da **CONTRATADA**.

22.5. Os depósitos recursais, as custas e demais despesas processuais despendidas pela **MRN** nas ações decorrentes deste Contrato serão suportadas pela **CONTRATADA**, bem como os honorários advocatícios, de acordo com a política de pagamento da **MRN**.

22.6. A **CONTRATADA** comunicará à **MRN**, tão logo seja de seu conhecimento, qualquer procedimento administrativo ou judicial que, ainda que de caráter interpretativo, possa gerar ônus ou riscos de qualquer natureza para a **MRN**.

22.7. Havendo descumprimento de qualquer obrigação contratual prevista neste instrumento pela **CONTRATADA**, ou verificada a ocorrência de dano causado pela **CONTRATADA** à **MRN**, independentemente da aplicabilidade da multa e/ou rescisão do Contrato, fica pactuado pelas Partes a possibilidade de compensação do valor correspondente à multa aplicada ou danos sofridos em favor da **MRN**, ou seja, fica autorizada a compensação com eventuais débitos da **CONTRATADA** perante a **MRN**.

22.7.1. Fica expressamente estabelecido pelas Partes que eventuais indenizações devidas pela **CONTRATADA** à **MRN** em decorrência do presente Contrato, bem como eventuais multas aplicadas nos termos da Cláusula IX acima, e quaisquer outros débitos, serão objeto de compensação com créditos da **CONTRATADA** perante a **MRN**, especialmente com relação aos pagamentos devidos pela **MRN** à **CONTRATADA** em decorrência da execução desse Contrato.

22.7.2. Caso já tenham sido efetuados pela **MRN** todos os pagamentos de todas as importâncias devidas à **CONTRATADA**, ou não havendo possibilidade de compensação satisfatória, assistirá à **MRN** o direito de cobrar judicialmente tais obrigações da **CONTRATADA**, servindo, para tanto, o presente Contrato como título executivo extrajudicial.

22.8. Desistência, Renúncia ou Novação – A tolerância por qualquer das Partes à infração das disposições estabelecidas na Proposta e neste Contrato bem como a prática de atos ou procedimentos não previstos de forma expressa ou na Proposta ou neste Contrato, ou o não exercício pelas Partes de direitos e obrigações ajustados nos referidos instrumentos, não importará em desistência, renúncia ou novação dos mesmos, figurando como ato de mera liberalidade, podendo tais direitos ser exigidos e exercidos a qualquer tempo.

22.8.1. Se a **CONTRATADA** descumprir obrigação contratual e, mesmo assim, a **MRN** resolver efetuar o pagamento da prestação de serviços, referido ato não terá o condão da novação contratual ou exclusão do termo ou condição descumprida, podendo a **MRN** suspender o pagamento a qualquer tempo em virtude do descumprimento contratual, o que poderá, inclusive, gerar rescisão motivada, além de fazer com que a **CONTRATADA** responda pelos prejuízos a que der causa oriundos desse fato.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

22.9 Alteração Contratual - Qualquer alteração do Contrato somente será válida se efetuada por escrito, através de termo aditivo assinado por ambas as Partes, através de seus representantes legais.

22.10 Integralidade do Contrato - As disposições do Contrato refletem a integra dos entendimentos e acordo entre as Partes, com relação ao seu objeto, prevalecendo sobre entendimentos ou propostas anteriores, escritas ou verbais, restando de pleno direito, se for o caso, o contrato anteriormente firmado entre as Partes ora contratadas, com o mesmo objeto do Contrato.

22.11 Interpretação - As Condições Comerciais prevalecem sobre as Diretrizes Contratuais que, por sua vez, prevalecem sobre os demais Anexos que prevalecerão na respectiva ordem de numeração. Os anexos deste Contrato integram as negociações preliminares à assinatura deste, de modo que este CONTRATO prevalecerá sempre que houver conflitos e/ou divergências entre suas condições e aquelas constantes dos Anexos.

22.12 O presente Contrato, incluindo-se os direitos e obrigações aqui contidos, não pode, em regra, ser cedido, salvo na hipótese de anuência escrita de ambas as Partes. A vedação de cessão prevista não abrange a sucessão legal, desde que inevitável ou uma vez que previamente comunicada por escrito de uma Parte à outra com antecedência mínima de 10 dias.

22.13 A Proposta e este Contrato deverão ser interpretados em conformidade com, e regidos pelas leis da República Federativa do Brasil.

22.14 No caso de qualquer disposição da Proposta ou Cláusula deste Contrato mostrar-se inválida, ilegal ou inexequível, as validades, legalidades e exequibilidades das demais disposições ou Cláusulas restantes, conforme o caso, não serão, sob nenhum hipótese, afetadas ou prejudicadas.

22.15 A Proposta e o presente Contrato somente poderão ser alterados, em qualquer de suas disposições ou Cláusulas, mediante a celebração, por escrito, de termo aditivo, devidamente assinado por todos os envolvidos.

22.16. O presente Contrato, assinado pelas Partes e 2 (duas) testemunhas, constitui título executivo extrajudicial para os fins do artigo 784, inciso III, da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 ("Código de Processo Civil Brasileiro").

22.17 As Partes declaram, sob as penas da lei, que os signatários do presente Contrato são seus procuradores ou representantes legais, devidamente constituídos de forma dos respectivos Estatutos/Contratos Sociais, com poderes para assumir as obrigações ora contraídas.

22.18. LGPD. As Partes declaram ter ciência do inteiro teor da Lei 13.709/18 ("Lei Geral de Proteção de Dados" ou "LGPD"). das obrigações a elas impostas e da data de entrada em vigor. Declaram também que estão tomando as providências necessárias para adaptar seus negócios à realidade imposta pela nova lei. Tão logo a LGPD entre em vigor, as disposições desta Cláusula passam a ser aplicáveis às Partes.

CLÁUSULA XXIII – ASSINATURA DIGITAL

23.1. As Partes aceitam integralmente que as Assinaturas do presente instrumento serão realizadas através da Ferramenta de Assinatura DocuSign, nos termos do parágrafo 2º do artigo 10 da MP 2.200-2/2003, sendo o presente Contrato inexpugnavelmente considerado, por todos que o assinam, como prova documental e título executivo extrajudicial, para todos os fins e efeitos.

23.1.1 Para efeitos deste instrumento, a Assinatura Eletrônica é a transformação eletrônica e matemática de uma mensagem eletrônica, de um documento digital ou digitalizado, utilizando um padrão mundialmente adotado e reconhecido, empregando um algoritmo de criptografia assimétrica. É composta de uma chave pública e/ou uma privada, onde somente o remetente e o receptor do documento visualizam seu conteúdo. Atua como componente de segurança recente à jurídica, com grau e efeito jurídico de não repúdio, mostrando de forma inequívoca a autoria e conteúdo de um documento eletrônico.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

23.1.2. As Partes declaram que tem ciência e reconhecem que a Ferramenta de Assinatura Digital DocuSign atende aos mais altos níveis de autenticação de signatários e a rigorosos padrões de segurança e conformidade legal, garantindo segurança e validade jurídica, em estrita observância as Leis Brasileiras que regem o assunto.

23.2 As Partes compreendem e reconhecem que:

23.2.1. Entendem e possuem capacidade jurídica para assinar digitalmente o presente instrumento, não poderão alegar posteriormente a aquisição de assinatura por quaisquer fatores que possam vir a entender como um não cumprimento.

23.2.2. São os únicos responsáveis pelo sigilo e uso de seus e mail's, telefones celulares e senhas para consecução da assinatura digital e que seu uso é pessoal e intransferível, devendo indenizar aqueles que sofrerem danos e/ou prejuízos pela utilização incorreta e/ou fraudulenta da Assinatura Digital.

23.2.3. Ao utilizar a Ferramenta de Assinatura Digital, os envelopes na assinatura digital de documentos ("Signatários") enviarão antecipadamente à **MRN** seu(s) nome(s) e e-mail(s) para recebimento da senha, que é pessoal e intransferível

23.2.4. Todas as evidências, físicas ou digitais, comunicações e transações eletrônicas entre as Partes se constituirão em evidências probantes e materializadas dos atos perpetrados e da legitimidade da Assinatura Digital

23.2.5 As Partes declaram que adotam medidas de segurança em seus computadores, tais como a instalação de programas antivírus e de firewall contra invasões.

CLÁUSULA XXIV – LEI E FORO

24.1. Para dirimir quaisquer dúvidas, divergências ou questões sobre a execução deste Contrato ou a interpretação de suas cláusulas, as partes elegem o foro da Comarca da cidade de Oriximiná, Estado do Pará, com renúncia expressa a qualquer outro foro, por mais privilegiado que seja

E, por estarem justas e acordadas, assinam as Partes o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas

Porto Trombetas, 23 de Agosto de 2021

DocuSigned by:
Guido Roberto Campos Germani

MINERAÇÃO RIO DO NORTE S.A.
Guido Roberto Campos Germani
Diretor Presidente

DocuSigned by:
Fernando Tadeu de Araujo

MINERAÇÃO RIO DO NORTE S.A.
Fernando Tadeu de Araujo
Diretor de Finanças e Administração

DocuSigned by:
Gilmar Bandeira

ABRAS - Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social
Gilmar Bandeira
Superintendente

DocuSigned by:
Reginaldo Costa Biffe

Nome: Reginaldo Costa Biffe
CPF: 111.058.678-49

DocuSigned by:
Flavio Luis de Faria Araujo

Nome: Flavio Luis de Faria Araujo
CPF: 868.568.506-30

RMF

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, CARACTERIZADA COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, COM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COMPROVADA NA GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

ANEXO IV

Certificado de Acreditação – ONA obtido pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente

Hospital de Porto Trombetas – Certificação ONA Nível 1 – 1,5 pontos.

HOSPITAL DE PORTO TROMBETAS

CNPJ: 04.547.278/0002-15

Fundação Carlos

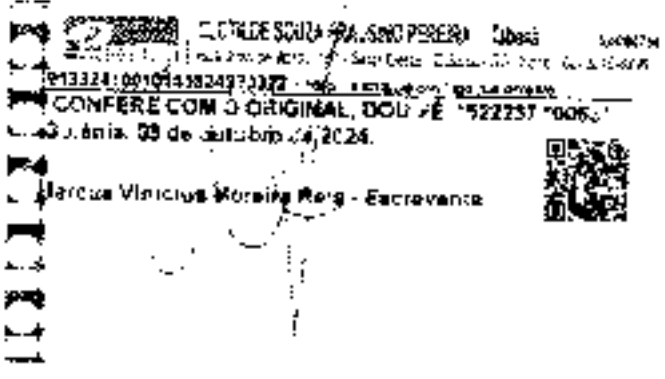
ACREDITADO

ONA

Fundação Vanzolini

CMB

SBAC


CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, CARACTERIZADA COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, COM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COMPROVADA NA GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

ANEXO V

Titulação de Especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência – 3 pontos

- ✓ **Gilmar Bandeira;**
- ✓ **Sérgio Catardo;**
- ✓ **Jeferson Machado Pereira;**
- ✓ **Marcelo Durante Bitencourtt;**
- ✓ **Ademar Marcelo Soares;**
- ✓ **Reginaldo Costa Biffe.**

Faculdades Integradas São Camilo

USC

O Diretor Geral das Faculdades Integradas São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração em 19 de dezembro de 1995,

confere o título de **Bacharel** a

Gilmar Bandeira

brasileiro, natural do Estado de Santa Catarina, nascido a 23 de janeiro de 1968,
R.G. n.º 14/R-1.872.146 - SC,

e outorga-lhe o presente Diploma,
a fim de que passe gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

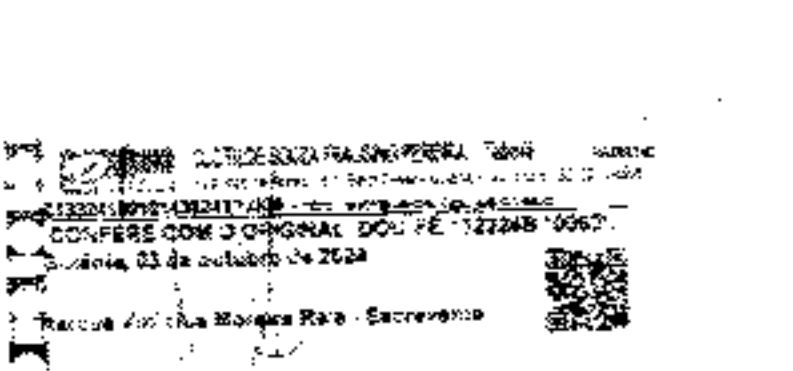
São Paulo, 19 de dezembro de 1995

Secretário Geral

Diplomado

Diretor Geral

Digitalizado com CamScanner


CONFERE COM O ORIGINAL
Tracuateua Rua Marajoara Reis - Secretaria

Diretor Geral: Christian de Paul de Barchifontaine
Secretário Geral: Carlos Eduardo Campos Camargo

Curso de Administração

Reconhecido pela Portaria Ministerial
nº 604 de 13-12-88 — D.O.U. de 15-12-88

APOSTILA

Faculdades Integradas "São Camilo"
O diplomado concluiu nesta Faculdade o
Habilitação em:
Administração Hospitalar

São Paulo, 19 / dezembro / 1995

Pe. Chrystian de Paul de Barchifontaine
Diretor Geral

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotada a Apostila
São Paulo 27 de junho de 96

Seção de Registro de Diplomas

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 1107688
Processo n.º 96.1.15944.1.5
Em 27 de junho de 1996

Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias Nos 726/77, 71/77, 30/78 e 38/80)

CONFERE
Em 28/06/1996

Seção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.
São Paulo, 28 JUN 1996

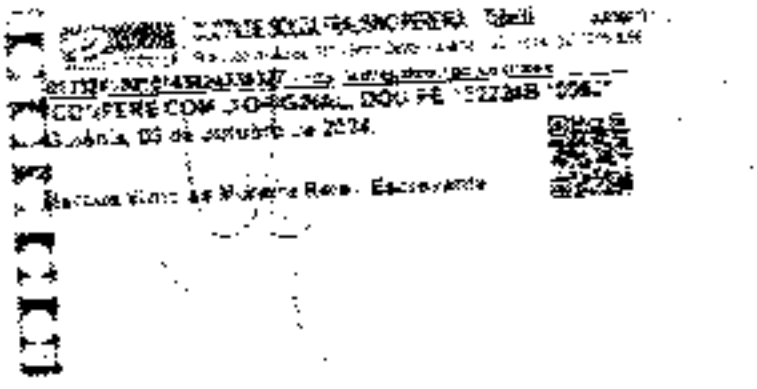
Profa. Dra. LOIS CURY
Secretária Geral

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
GOIÁS E TOCANTINS
Diploma Registrado, nos termos do Regulamento da Lei 4.769/65, Resolução CFA Nº. 136/96 e 177/96.
Sob o Nº. RD-4982 Proc. 705/2002
Livro 017 fls. 079 em 25/10/2002
Goiânia, 25 de outubro de 2002

Adm. Samuel Alberman
Presidente



Digitalizado com CamScanner



DIPLOMA

O Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, no uso de suas atribuições regimentais, confere o presente Diploma a ***GILMAR BANDEIRA***, filho de *Valentim Bandeira* e de *Olivia Giordani Bandeira*, nascido em *23 de janeiro de 1968*, natural de *Santa Catarina*, por haver concluído, no ano de *1999*, o *Curso de Especialização em Saúde Pública-TO*.

Rio de Janeiro, 09 de outubro de 2001.



Aluno

Coordenador do Curso

Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Diretor da ENSP

Digitalizado com CamScanner

CÓPIA DE DOCUMENTO PÚBLICO
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Rio de Janeiro, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Morgado Reis - Escrevente

Digitalizado com CamScanner

APOSTILA:

A ENSP goza de autonomia didática, podendo organizar seus cursos sem subordinação à Legislação Geral de Ensino (Lei nº 5.019/66-Art. 3º e 22).

Rio de Janeiro, 09 de outubro de 2001

Maria Cecília Gomes da Cruz
Chefe da Secretaria Acadêmica

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Diploma registrado sob o nº **6 0 9 2**, no Livro nº **1D**, fls. **93v**, em **09/10/2001**, em virtude do disposto no art. 3º da Lei nº 5.019/66.

Secretaria Acadêmica, 09/10/2001.

Visto

Maria Cecília Gomes da Cruz
Chefe da Secretaria Acadêmica

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE. LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PUBLICO Nº 03/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **GILMAR BANDEIRA**, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado de Goiás, sob o número 04982, autoriza a apresentação de documentos de habilitação técnica em administração hospitalar (diploma e titulo de especialista), atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de titulação de especialista em administração hospitalar e/ou em gestão em saude, bem como manifesta seu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Municipio de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goias, 07 de outubro de 2024.

GILMAR BANDEIRA:56329865949

Assinado de forma digital por GILMAR BANDEIRA:56329865949
Dados: 2024.10.08 16:18:14 -03'00'

Gilmar Bandeira

Administrador Hospitalar

CRA 04982/GO

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE [illegible] BRASILEIRA, com sede na Rua [illegible] 854 - Setor Nova Vista, doravante tão somente EMPREGADORA e **GILMAR SANDEIRA**, portadora da Carteira Profissional nº **14457/00006**, e sendo unanimemente aceitas as EMPREGADO e concordando o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir da data de início da prestação de serviços DE ACORDO com as condições especificadas a seguir:

1) - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de **SUPERINTENDENTE EXECUTIVO** com remuneração de R$ 8.000,00 (oito mil reais) por mês. A circunstância acima de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outra atividade, de sua competência mental capacidade de adaptação, bem de que compatível com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato será de 45 (dias), podendo ser prorrogado obedecendo o disposto no Parágrafo Único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação de serviço este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Opera-se rescisão do presente Contrato pela decorrência de seu prazo supra ou por vontade de uma das partes rescindindo-se EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, tornando indenização é devida, inclusive, antes do prazo pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o final. Inclusive do tempo contratado (avisados nos termos do artigo 479 da C.L.T. com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei Nº. 739, de 25 de fevereiro de 1969) sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão ou término do Contrato.

4 - Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, inserido pela Lei 7.855/89, o empregado declara sua ciência e concordância de que não será considerado tempo à disposição do EMPREGADOR a não será considerado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, quando o EMPREGADO, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou más condições climáticas, bem como adentrar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre elas: práticas esportivas, lazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca no ambiente de trabalho.

5 - Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, inserido pela Lei 13.467/17, o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo despendido desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para seu retorno, caminhando, ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo EMPREGADOR, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do último.

6 - O EMPREGADO declara, neste ato, que manifesta sua concordância com as mudanças de horário de trabalho e/ou escalas de trabalho, desde que sejam comunicadas as determinações legais, sendo que sua recusa se caracterizará em ato de insubordinação, podendo ocasionar a quebra do poder diretivo do EMPREGADOR em sua dispensa por justo motivo.

7 - O EMPREGADO manifesta sua concordância que as horas suplementares da jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à de sua execução, sendo que a quitação das horas remanescentes serão quitadas na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam a presente em Contrato em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

Goiania - GO, 01/09/2023.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL — GILMAR BANDEIRA

Termo de Prorrogação

Por mutuo acordo entre as partes, fica o presente contrato, que deveria vencer nesta data prorrogado até 29/11/2023.

Goiania - GO, _____ de _____ de _____.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL — GILMAR BANDEIRA

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, pois a inscrição ali efetuada é, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento acomodado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de tabuleiro em tabuleiro, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E TRABALHO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

ABERTURA

MUNICIPAL

Série 0690 SC

Número 144421

Assinatura do Portador

CLOVIS DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA, Tabelião

CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ 7428764 0083

Goiânia, 14 de maio de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

CLOVIS DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA, Tabelião

CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ 522231 9083

Goiânia, 03 de outubro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Gilmar Bandeira

Loc. Nasc. Conceição

Em 5c Data 23 de 1. de 68

Filiação Valentim Bandeira e

Otília Guedes Bandeira

Ex. Cível 3o Tabelião Doc. Nº 28 494

Fls. 193 vº Liv. 35 Reg. Civ. Goiás

Observ.

Situação Milit. Doc.

Nº Cédula Ex.

Naturalidade Doc. Nº Ex.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Identº Nº Exp. em

Estado

Cid.

Data Emissão 07 de 12 de 82 Dact. 1º Edu

Assinatura do Tabelião

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação ao nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nova

Doc.

Est. Civil

Doc.

Ex. em

Doc.

Nascimento

Doc.

CLOTILDE SOUZA FRANCISCO PEREIRA, Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "420784A "0083"

Goiânia, 14 de janeiro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

CLOTILDE SOUZA FRANCISCO PEREIRA, Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "522244 "0083"

Goiânia, 03 de outubro de 2024

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

Empregado: GILMAR BANDEIRA

Empregador: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CNPJ/CEI n.º: 04.547.279/0001-04

Endereço: Rua [illegible] nº 454

Município: Teixeira - PB

Atividade do estabelecimento/empregador: [illegible]

Cargo: SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

CBO: 123105

Data Adm: 01/09/2023

Horário: [illegible]

Salário: 8.000,00 (oito mil reais) por Mensal.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Assinatura do empregador ou a rogo e/ test.

1ª: [illegible]

2ª: [illegible]

Data saída: [illegible] de [illegible] de 20[illegible]

Ass. do empregado ou a rogo e/ test.

1ª: [illegible]

2ª: [illegible]

Empregado: [illegible]

Rua: [illegible] Nº: [illegible]

Município: [illegible] UF: [illegible]

Data admissão: [illegible] de [illegible] de 20[illegible]

Remuneração: [illegible]

Assinatura do empregador ou a rogo e/ test.

1ª: [illegible]

2ª: [illegible]

Data saída: [illegible] de [illegible] de 20[illegible]

Assinatura do empregador ou a rogo e/ test.

1ª: [illegible]

2ª: [illegible]

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Folha [illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "428777 "0089".

Soledade, 14 de novembro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeli [illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "522249 "0089".

Soledade, 03 de outubro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Faculdade de Ciências Administrativas e Contábeis de Lins

O Diretor da Faculdade de Ciências Administrativas e Contábeis de Lins, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração, em 16 de dezembro de 1994, confere o título de

Bacharel em Administração a

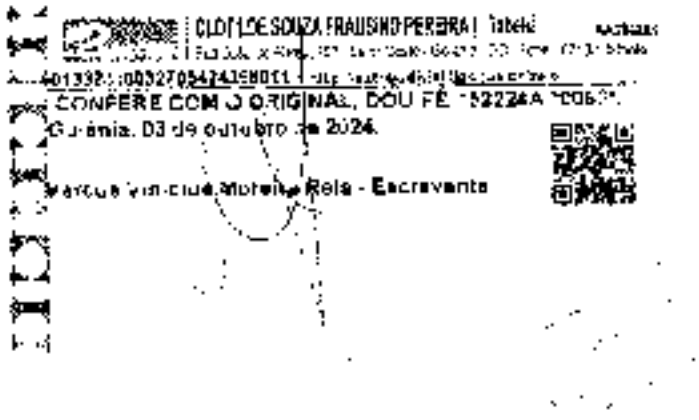
Sérgio Catardo

brasileiro, natural do estado de São Paulo, nascido aos 17 de janeiro de 1969 - Rg 15.448.921-4 - S.S.P.

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Lins, 27 de agosto de 1996.

Profª. Renata Pedroni
DIRETOR


CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Morelli Reis - Escrevente

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE SOROCABA
359169
98.1.2220.25.1

CURSO DE
ADMINISTRAÇÃO

CLOVIS DE SOUZA | FRANCISCO PEREIRA | Tabelião

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

CERTIFICADO

O REITOR DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES E TENDO PRESENTE A CONCLUSÃO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, REALIZADO NA CIDADE DE GOVERNADOR VALADARES - MG, NO PERÍODO DE 04 DE MAIO DE 2000 A 05 DE MAIO DE 2001, COM CARGA HORÁRIA DE 480 HORAS, CONFERE O TÍTULO DE

ESPECIALISTA A

Sérgio Catardo

BRASILEIRO (A), NASCIDO (A) A 17 DE JANEIRO DE 1964 , EM SANTO ANDRÉ - SP

R.G.Nº 13.448.921-4 SSP/SP

A FIM DE QUE POSSA GOZAR DE TODOS OS DIREITOS E PRERROGATIVAS LEGAIS

SÃO PAULO, 25 DE MARÇO DE 2002.

PROF. SERGIO UZORLEI LEGUTKE
SECRETÁRIA GERAL

PÓS GRADUADO (A)

PROF. IRMÃ CRISTIANA DE PAULA BARENCOURT FAINE
REITOR

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES. MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **SÉRGIO CATARDO,** brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado do Maranhão, sob o numero 08726, autoriza a apresentação do documentos de habilitação técnica em administração hospitalar (diploma e titulo de especialista), atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de titulação de especialista em administração hospitalar e/ou em gestão em saúde, bem como manifesta seu interesse em atuar na **Policlinica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

Sérgio Catardo

Administrador Hospitalar

CRA 08726/MA

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA JURIDICA, com sede na **Rua Sao Pantaleao nº 0**, Centro , doravante designada EMPREGADORA e **SERGIO CAFARO**, portadora da Carteira Profissional nº **06885006/ 1807**, a seguir chamado apenas EMPREGADO, e celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições especificadas a seguir.

1 - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de DIRETOR GERAL com remuneração de R$ 20.000,00 (vinte mil reais), por mês. A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2 O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado obedecendo o disposto no Parágrafo único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação do serviço este Contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Operar-se-á rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo supra ou por vontade de uma das partes, despedindo-se EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, recebendo a indenização a dever; rescindindo-se, antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o final (metade do tempo combinado restante), nos termos do artigo 479 da CLT, com a alteração introduzida pelo Decreto Lei Nº. 229, de 28 de Fevereiro de 1967, sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

4 Nos termos do § 2º do Artigo 59 da Consolidação das Leis do Trabalho (redação dada pela Lei 13.467/2017), o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado tempo à disposição do EMPREGADOR e não será considerado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, quando o EMPREGADO, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou más condições climáticas, bem como aguardar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras: práticas religiosas, descanso, lazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca na empresa.

5 Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, trazida pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo pelo último despendido desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para seu retorno, com thereof ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo EMPREGADOR, não será computado na jornada de trabalho por não ser tempo à disposição do último.

6 O EMPREGADO declara, neste ato, que manifesta sua concordância com as mudanças de horário de trabalho e/ou escalas de trabalho, desde que sejam cumpridas as determinações legais, sendo que sua recusa se caracterizará em ato de indisciplina e insubordinação, podendo culminar o critério do poder diretivo do EMPREGADOR, em sua dispensa por justo motivo.

O EMPREGADO manifesta sua concordância [illegible] integrante do contrato de trabalho e prorrogação serão compensadas diretamente pela empresa [illegible] ver ou de sua execução, sendo que a quitação das horas remanescentes será [illegible] de [illegible] mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E, por estarem de pleno acordo as partes contratantes [illegible] o presente em 2 (duas) vias. Ficando a primeira em poder do EMPREGADOR e a segunda com o EMPREGADO que dela dará o competente recibo.

São Luís - MA, 01/07/2022

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SERVIÇO DATADO

Termo de Prorrogação

Por ter sido assim justo as partes, [illegible]

São [illegible] de [illegible]

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA [illegible]

SERVIÇO DATADO

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 27/06/2022

Nome Civil: **SERGIO CATARDO**
CPF: **069.500.546-07**
Data de Nascimento: 17/01/1964
Sexo: **Masculino**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Nome da Mãe: **IZABEL DOS SANTOS CATARDO**

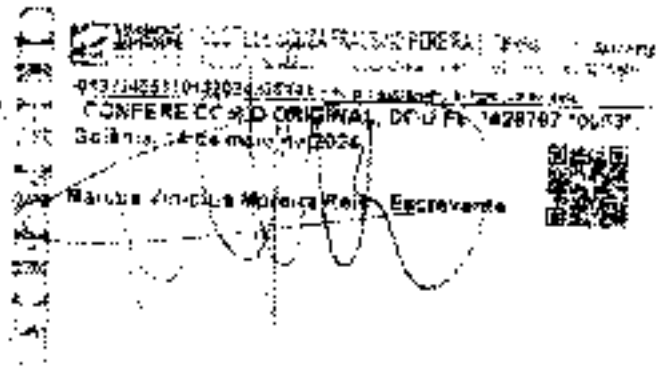
Contratos de Trabalho

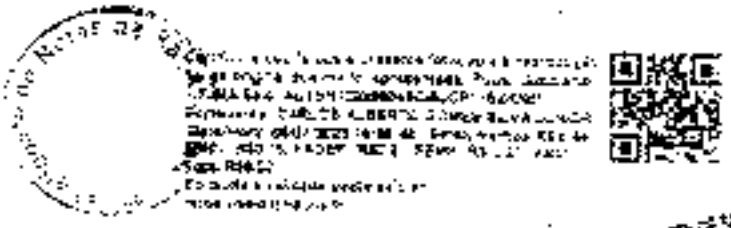
- 01/02/2022 - Ativo

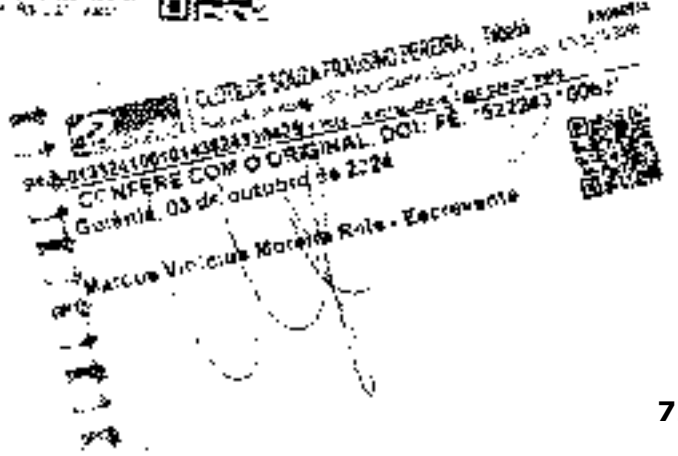
ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ RAIZ: 4547278
Endereço: **RUA S 5 854 QUADRAS-15** LOTE: **5** SALA:
Ocupação (CBO): **121015 - DIRETOR GERAL DE EMPRESA E ORGANIZACOES (EXCETO DE INTERESSE**
Tipo de contrato: **Prazo determinado, definido em dias**
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 20.000,00**
Remuneração inicial: **R$ 20.242,40**
Última remuneração informada: **R$ 20.254,00** (05/2022)
Relação de trabalho: **Empregado**
Fonte da informação: **ESOCIAL**
Anotações:

01/02/2022 - Admissão

Observações:







Faculdades Integradas São Camilo

USC

O Diretor Geral das Faculdades Integradas São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração, em 10 de janeiro de 1993, confere o título de Bacharel a

Jeferson Machado Pereira,

brasileiro, natural do Estado do Rio Grande do Sul, nascido a 18 de janeiro de 1970, R.G. n.º 1057195578 - RS,

e outorga-lhe o presente Diploma,

a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 10 de janeiro de 1993

Secretário Geral

Diplomado

Diretor Geral

Diretor Geral: Augusto Antonio Mezzomo
Secretário Geral: Carlos Eduardo Campos Camargo

Curso de Administração

Reconhecido pela Portaria Ministerial
n.º 604 de 15-12-88 — D.O.U. de 15-12-88

APOSTILA

Faculdades Integradas "São Camilo"
O diplomado concluiu nesta Faculdade a
Habilitação em:
Administração Hospitalar

São Paulo, 29 / setembro / 1993

Fa. AUGUSTO A. MEZZOMO
Diretor Geral das F.I.S.C.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 992144
Processo n.º 931.32988.14
Em 29 de Setembro de 93
Katiuchan
Delegação de Competência do Ministério da Educação
e Cultura (Portaria 120/77, 711/91, 90/92 e 30/93)

CONFERE
Em 01 / 10 / 93
Servidor

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotado o Apostilo
São Paulo 29 de Setembro de 93
Katiuchan
Serviço de Registro de Diplomas

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA
São Paulo 01 OUT 1993
Secretário Geral

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA - TSVIA
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ 522243 "0082"
Guarulhos, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Monteiro Reis - Escrevente

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **JEFERSON MACHADO PEREIRA,** brasileiro, solteiro, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado do Rio Grande do Sul, sob o número 55791-0, autoriza a apresentação de documentos de habilitação técnica em administração hospitalar (diploma e título de especialista), atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de titulação de especialista em administração hospitalar e/ou em gestão em saúde, bem como manifesta seu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

JEFERSON MACHADO PEREIRA:62216643068

Assinado de forma digital por JEFERSON MACHADO PEREIRA:62216643068
Dados: 2024.10.08 11:40:30 -03'00'

Jeferson Machado Pereira

Administrador Hospitalar

CRA 55791-0/RS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA ADMINISTRATIVO/OPERACIONAL

CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS, pessoa jurídica de direito privado devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.547.278/0001-34, por intermédio de seu representante legal Sr. **LUIZ CÉSAR DOS SANTOS**, portador da Carteira de Identidade 2.261.543 – SSP/PA e do CPF nº 101.045.501-04 com sede na **Rua S-5, nº 854, Quadra S-19, Lote 5, Sala 08, 1º Andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP 74823-460**

CONTRATADO. JEFERSON MACHADO PEREIRA, brasileiro, solteiro, administrador de empresas, portador da Carteira de Identidade número 1037193578 – SJS/CI - RS e Cadastro de Pessoa Física nº **622.166.430-68** residente e domiciliado na Rua Aristelio Lambert 111 Ibirapuitã de Souza Ijuí Rio Grande do Sul **CEP**: 98.700-000.

Pelo presente instrumento particular de **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA ADMINISTRATIVA/OPERACIONAL** nos moldes do artigo 593 e seguintes do Código Civil Brasileiro, têm entre si justos e acordados quanto segue:

DO OBJETO DO CONTRATO

CLÁUSULA 1ª O presente instrumento tem como objeto a Prestação de Serviços de Assessoria e Consultoria em Gestão e Operacionalização em serviços de saúde na área administrativa/operacional, incluindo acompanhamento para implantação de gestão em novas unidades de saúde, implantação de processos administrativos, operacionais, elaboração de documentos em geral, em especial instruções de trabalho e procedimentos, a serem realizados, no campo de atuação da **CONTRATANTE**, tanto nas unidades de saúde já geridas por esta quanto naquelas em que a **CONTRATANTE** vier a gerir durante a vigência deste contrato de prestação de serviços, com estrita observância ao Código de Ética Profissional, resoluções e orientações e nos regulamentos próprios da **CONTRATANTE**, desde que estes estejam em sua conformidade, com o previsto e demais legislações vigentes, em especial à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD quanto à confidencialidade das informações das informações obtidas.

É convencionado entre as partes que o credenciamento não implica em exclusividade e contratação de serviços apenas e tão somente pela **CONTRATANTE**, podendo o **CONTRATADO** prestar serviços a outras empresas, respeitando-se a ética profissional e a confidencialidade, ressaltando que o presente contrato não gera qualquer subordinação e/ou dependência econômica entre as partes.

CLAUSULA 2ª O **CONTRATADO** executará os serviços diretamente à **CONTRATANTE**, devendo manter a confidencialidade dos dados obtidos para fins de atendimento, consistindo a prestação de serviços de gestão e operacionalização de saúde na área administrativa/operacional, incluindo acompanhamento, implantação de gestão e operacionalização em serviços de saúde em nome e custos da saúde a serem geridas pela **CONTRATANTE** de modo não exclusivo e sem subordinação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O **CONTRATADO** se compromete a assessorar a **CONTRATANTE** em todas as atividades de saúde a serem por esta prestadas, acompanhando atendimento de diagnóstico encontrados nas unidades de saúde geridas pela **CONTRATANTE**, e auxiliar diretamente nos implantação de gestão em novas unidades de saúde a serem geridas pela **CONTRATANTE**.

DOS SERVIÇOS:

CLÁUSULA 3ª: O **CONTRATADO** fornecerá toda a mão de obra especializada com profissionais devidamente registrados nos Conselhos Regionais aos quais são subordinados, caso sejam necessários, devendo fornecer a **CONTRATANTE** todos os documentos de comprovação de sua capacidade profissional bem como dos profissionais a serem alocados.

CLÁUSULA 4ª: O **CONTRATADO** deverá apresentar a **CONTRATANTE**, antes da disponibilização do profissional ao consultar e/ou assessorar toda a documentação pertinente ao exercício como comprovação de aptidão. Somente após a aprovação da **CONTRATANTE** o profissional será autorizado a iniciar a prestação dos serviços.

CLAUSULA 5ª: O **CONTRATADO** se compromete a realizar o pagamento de seus profissionais contratados ou não, caso existam, bem como todos os encargos incidentes e taxas em no máximo cinco dias úteis após o recebimento pela prestação dos serviços, sob pena de retenção dos valores para satisfação dos débitos trabalhistas eventualmente existentes.

CLÁUSULA 6ª: O **CONTRATADO** será responsabilizado civil e judicialmente por todos os atos praticados pelos seus profissionais perante aos pacientes e/ou quaisquer a **CONTRATANTE**, devendo estes

profissionais manterem a confidencialidade dos dados e informações, ressalvando-se desde já a não compartilhar para outras Organizações Sociais em Saúde em um Processo Edital de Chamamento em que a **CONTRATANTE** esteja participando, se comprometendo desde já, a resguardar todos os dados causados pelos mesmos e pelos seus prepostos à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA 7ª. O **CONTRATADO** recebe no ato da assinatura deste instrumento contratual, uma cópia do código de conduta e ética da **CONTRATANTE**, responsabilizando-se pelo cumprimento de seus profissionais alocados na Unidade de Saúde gerida pela **CONTRATANTE**, sob pena de multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor total do serviço prestado no mês em que ocorrer a infração.

DA RETRIBUIÇÃO E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL:

CLAUSULA 8ª: A **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO** o valor de R$ 2.000,00 (dois mil reais) mensais, pelos serviços descritos na Cláusula 1ª durante toda a vigência contratual.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: As despesas com cópias, combustível, hospedagem, deslocamentos e outras necessárias ao cumprimento do objeto contratual pagas pelo **CONTRATADO** serão reembolsadas pela **CONTRATANTE** desde que não sejam vedadas por Regulamentos da primeira.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Será de responsabilidade da **CONTRATANTE**, as despesas com passagens (ida e volta), estadias e alimentação durante o período em que o **CONTRATADO** estiver a disposição da primeira.

CLÁUSULA 9ª: O prazo de vigência do presente instrumento contratual será de 06 (seis) meses a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado de acordo com a vontade das partes, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA 10ª: Fica estabelecido que são obrigações da **CONTRATANTE**:

10.1. Retribuir o **CONTRATADO** pelos serviços prestados com prestações pecuniárias em parcelas mensais a serem liquidadas em até 15 (quinze) dias após a apresentação do relatório de diagnóstico e sugestões de melhoria, contendo a quantidade de horas de serviços prestados efetivamente no mês e da nota fiscal competente e/ou Recibo de Pagamento a Autônomo (R.P.A.);

10.2. Fornecer os dados necessários à consecução dos serviços.

10.3. Promover as facilidades necessárias para livre acesso dos profissionais do **CONTRATADO** as suas instalações e instalações de seus clientes em potencial para coleta de dados necessária desde que devidamente uniformizados e identificados

10.4. Notificar, por escrito o **CONTRATADO**, sobre qualquer irregularidade verificada na execução dos serviços

10.5. Orientar, por escrito, o **CONTRATADO**, a respeito de qualquer alteração nas normas internas, técnicas ou administrativas, que possam ter reflexo no relacionamento, desde que acordado previamente entre as partes

10.6. Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pelo **CONTRATADO**, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta;

10.7. Fiscalizar a execução do presente contrato conforme as normas atinentes ao objeto contratada;

10.8. Observar para fins de cumprimento das obrigações que lhe são atribuídas no Contrato, o disposto na legislação e regulamentação aplicável.

10.9. Abster-se de emanar qualquer ordem direta a funcionário do **CONTRATADO**, a fim de fazer cumprir qualquer exigência

CLÁUSULA 11ª: Fica estabelecido as seguintes obrigações do CONTRATADO

11.1. Apresentar ao **CONTRATANTE**, os documentos relacionados à qualificação de seus profissionais que serão alocados para execução do objeto contratual.

11.2. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado na Cláusula Primeira.

11.3. Atender fiel e diligentemente os interesses da **CONTRATANTE**, agendando reuniões ou participando das agendadas com e pela a mesma, sempre que houver necessidade, representando-as em audiências judiciais e/ou administrativas, promover o acompanhamento processual, tanto na esfera administrativa quanto na esfera judicial.

11.4. Comunicar prontamente, por escrito, à **CONTRATANTE** sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratadas

11.5. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços prestados, todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados

11.6. Executar o escopo contratual com observância ao disposto no Contrato e na legislação e regulamentação aplicável, por meio dos padrões e providências usualmente adotados no Brasil para a execução de atividades de natureza semelhante ao Escopo Contratual;

11.7. Obter e manter durante a vigência do Contrato todas as licenças, permissões e autorizações de natureza profissional, em especial junto aos Conselhos Regionais de acordo com sua área de atuação.

11.8. Facultar à **CONTRATANTE** a oportunidade de acompanhar a execução do Escopo Contratual no seu estabelecimento, sempre que razoavelmente solicitado, em datas e horários previamente acordados entre as Partes.

11.9. Comunicar à **CONTRATANTE**, sem demora injustificada, a ocorrência de qualquer evento que possa impactar na execução do Escopo Contratual, de maneira que as Partes possam, de boa-fé, discutir e acordar as medidas necessárias para a mitigação desses impactos.

11.10. Cumprir e estipulados nos termos do presente instrumento contratual.

11.11. Observar as instruções da **CONTRATANTE** quanto às tarefas dos atendentes e demais prestadores de serviços, bem como a boa e fiel execução do serviço.

11.12. Prestar informações à **CONTRATANTE** sempre que for solicitada, informando sobre a execução do serviço prestado e demais detalhes sobre a execução do serviço.

11.13. Não revelar detalhes de suas atividades a terceiros, bem como não divulgar informações sobre elas, qualquer dado e nem tirar proveito.

11.14. Observar os princípios da ética, bem como respeitar a política de humanização assistencial da **CONTRATANTE** e o atendimento das demandas e diretrizes estabelecidas pela **CONTRATANTE**.

CLAUSULA 12ª. DA RESCISÃO:

Constituem motivos para rescisão unilateral pelo **CONTRATANTE**:

12.1 O não cumprimento das obrigações pelo **CONTRATADO**;

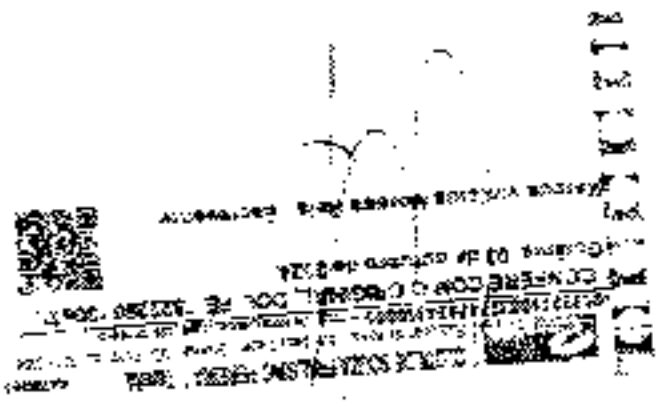
12.2. Em caso de reajuste financeiro a falta de acordo quanto ao percentual a ser efetuado;

12.3. O cumprimento irregular de cláusulas contratuais em especial a falta de profissionais nos plantões acordados, especificações e prazos pelo **CONTRATADO**;

12.4. O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais por parte do **CONTRATADO**, bem como a lentidão do seu cumprimento.

12.5. O atraso injustificado no início dos serviços.

Digitalizado com CamScanner



12.6. O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços quanto ao cumprimento do contrato e das metas estabelecidas;

12.7. O cometimento reiterado de falhas na sua execução, anotadas em registro próprio, pelo gestor do contrato da **CONTRATANTE**;

12.8. A dissolução da empresa **CONTRATADO**;

12.9. A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste Contrato, mediante notificação com aviso de recebimento com 30 (trinta) dias de antecedência;

12.10. A qualquer tempo, as partes, de comum acordo, poderão firmar distrato formal, hipótese na qual deverá ser pactuado o período de continuidade dos serviços contratados, sendo vedada pactuação que traga prejuízo as partes.

12.11. Em qualquer hipótese de rescisão, por se tratar de serviço essencial, ao levantamento das necessidades dos serviços objeto do presente Contrato, deverá ser garantida pelo **CONTRATADO** pelo prazo de até 05 (cinco) dias ou até que o **CONTRATANTE** formalize novo contrato com prestador diverso, sendo cabível a remuneração proporcional à **CONTRATADA** por esse período.

CLÁUSULA 13ª – DAS RESPONSABILIDADES:

13.1. Cada parte será responsável **isoladamente** pelos atos que derem causa, respondendo perante quem de direito, inclusive por atos praticados que agirem legalmente em seu nome e, particularmente, com relação às obrigações legais, fiscais e econômicas que der causa;

13.2. A má execução ou a execução ineficiente do objeto contratada é causa de responsabilização administrativa, civel e penal em face do **CONTRATADO**, cabendo ação de regresso em face desta por parte do **CONTRATANTE** caso esse venha a ser responsabilizada por qualquer lesado, sendo cabivel o disposto no artigo 125,II do Código de Processo Civil durante o curso do processo;

13.3. O **CONTRATADO** se responsabiliza integralmente pelos seus empregados e prepostos, devendo arcar com todas as suas incumbências enquanto empregador.

13.4. Em nenhuma hipótese admitir-se-á a formação de vínculo empregatício entre o pessoal do **CONTRATADO** e o **CONTRATANTE**, devendo aquela zelar para que o limite da presente prestação de serviços esteja perfeitamente delineado.

13.5. Em caso de responsabilização da **CONTRATANTE** em reclamação trabalhista ou execução fiscal gerada por atos ou vínculos do **CONTRATADO**, a **CONTRATANTE** tem o direito de ser ressarcido pelos prejuízos eventualmente suportados, o que deverá ser feito em ação de regresso ou por meio de denunciação a lide, nos termos do Código de Processo Civil.

DO FORO

CLÁUSULA 14ª As partes elegem o foro da Comarca de Goiânia, Goiás, para dirimir judicialmente as controvérsias oriundas do presente contrato.

E assim por estarem justos e contratados assinam o presente em 2 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo.

Goiânia, Goiás, 04 de abril de 2024

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA:04547278000134

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA:04547278000134
Dados: 2024.07.09 11:52:31 -03'00'

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS

CONTRATANTE

JEFERSON MACHADO PEREIRA

CONTRATADO

Testemunhas: _____ _____

CLEITON DE SOUZA PAULINO PEREIRA | Tabeli
CONFERE COM O ORIGINAL, SOLO FÉ: "622365 "0063"
Caiapônia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

8 1º Andar, Setor Rela Vista CEP: 74.843-460 Goiânia - GO

abeas.org.br

CamScanner

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA ADMINISTRATIVO/OPERACIONAL.

CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.547.278/0001-34, por intermédio de seu representante legal Sr. **LUIZ CÉSAR DOS SANTOS,** portador da Carteira de Identidade 2.261.543 – SSP/PA e do CPF nº 101.045.501-04 com sede na **Rua S-5, nº 854, Quadra S-19, Lote 5, Sala 08, 1º Andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP 74823-460;**

e de outro lado,

CONTRATADO: JEFERSON MACHADO PEREIRA, brasileiro, solteiro, administrador de empresas, portador da Carteira de Identidade número 1037193578 - SJS/DI - RS e Cadastro de Pessoa Física nº **522.166.430-68**, residente e domiciliado na Rua Anatolio Lamberti, 111, Thome de Souza, Ijuí, Rio Grande do Sul, **CEP:** 98.700-000;

JUSTIFICATIVA PARA ADITIVO CONTRATUAL:

Considerando a necessidade de continuidade nos serviços de Assessoria e Consultoria em Gestão e Operacionalização em serviços de saúde na área administrativa/operacional, incluindo acompanhamento para implantação de gestão em novas unidades de saúde, implantação de processos administrativos, operacionais, elaboração de documentos em geral em especial instruções de trabalho e procedimentos, firmado entre as partes em 04 de abril do corrente ano, onde restou pactuada a vigência do referido contrato até o dia 04 de outubro do corrente ano, faz-se necessária a pactuação do presente termo aditivo, conforme abaixo:

As partes têm entre si justo e contratado, na melhor forma de direito o presente termo aditivo, firmado mediante as cláusulas e condições especificadas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA:

1.1. Fica prorrogada a vigência contratual pactuada no contrato originário para **04/01/2026.**

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO:

2.1. Ficam mantidas as demais clausulas e condições do contrato originário, naquilo que não contrariem o presente termo aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR:

3.1. Fica alterado o valor pactuado no contrato originário, reduzindo o valor mensal contratual para **R$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais)**, conforme acordado entre as partes.

CLÁSULA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1. O presente instrumento está integralmente vinculado ao Contrato Originário inclusive e celebrado em caráter irretratável, de modo que vinculará não só as partes, mas também seus sucessores a qualquer título, que assumirão as obrigações e direitos dele decorrentes.

Para firmeza e validade do pactuado, o presente Termo Aditivo foi lavrado em 02 (duas) vias de igual teor e valor, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contratantes e por duas testemunhas.

Goiânia, Goiás, 03 de outubro de 2024

LUIZ CESAR DOS SANTOS:10104550104

Assinado de forma digital por LUIZ CESAR DOS SANTOS:10104550104
Dados: 2024.10.07 08:13:34 -03'00'

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS
CONTRATANTE

JEFERSON MACHADO PEREIRA:62216643068

Assinado de forma digital por JEFERSON MACHADO PEREIRA:62216643068
Dados: 2024.10.04 15:36:11 -03'00'

JEFERSON MACHADO PEREIRA
CONTRATADO

Testemunhas: GILMAR BANDEIRA:56132905349

Faculdades Integradas São Camilo

USC

O Diretor Geral das Faculdades Integradas São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração, em 18 de dezembro de 1993, confere o título de **Bacharel** a

Marcelo Durante Bittencourt,

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 15 de fevereiro de 1968, R.G. n.º 15.600.380 - SP,

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 20 de dezembro de 1993

Secretário Geral

Diplomado

Diretor Geral

Fe. Christian de Paiva de Bandeira Leite
Diretor Geral

~~Diretor Geral: Augusto Antonio Nascimento~~

Secretário Geral: Carlos Eduardo Campos Camargo

Curso de Administração

Reconhecido pela Portaria Ministerial
nº 804 de 15-12-88 — D.O.U. de 15-12-88

APOSTILA

Faculdades Integradas "São Camilo"
O diplomado concluiu nesta Faculdade a
Habilitação em:
Administração Hospitalar

São Paulo, 20 de janeiro de 1993.

Fe. Christian de Paiva de Bandeira Leite
Diretor Geral

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob nº 1037435
Processo nº 94.1.30544.1.2
Em 17 de novembro de 1994
Karina Rodrigues
Por delegação de competência do Ministério da Educação
(Portaria Ministerial nº 1.792 de 31/12/90)

CONFERE
Em 21/11/1994
Fabiano M. Lopes
Seção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.
São Paulo, 21 NOV 1994
Profa. DYNAH LOW CURY
Secretária Geral

Faculdades Integradas São Camilo
APOSTILA
Apostilado o presente diploma para os fins de direito, nesta data de expedição e assina a
Diretora
São Paulo, 20 de janeiro de 1993
Prof. Carlos Eduardo Campos Camargo
Secretário Geral

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Anotadas as Apostilas
São Paulo 17 de novembro de 94
Karina Rodrigues
Seção de Registro de Diplomas

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA (Tabeli)
Autêntica
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *855346F *0083*.
Goiânia, 10 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **MARCELO DURANTE BITTENCOURT**, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado do Paraná, sob o número 28.190, autoriza a apresentação de documentos de habilitação técnica em administração hospitalar (diploma e título de especialista), atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de titulação de especialista em administração hospitalar e/ou em gestão em saúde, bem como manifesta seu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste – Posse**, localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

MARCELO DURANTE BITTENCOURT:06782822

Marcelo Durante Bittencourt

Administrador Hospitalar

CRA 28.190/PR

abeas

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA MÉDICO-ASSISTENCIAL

CESAR DOS SANTOS

Rua B-6, nº 854, Quadra 9, Lote [illegible], Setor [illegible], Rio Verde, Goiânia, Goiás, CEP 74823-450

DO OBJETO DO CONTRATO

DOS SERVIÇOS

abeas

DA RETRIBUIÇÃO E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

10.1 [illegible] CONTRATADO [illegible]



10.2 [illegible]

10.3 [illegible] **CONTRATADO** [illegible]

10.4 [illegible] **CONTRATADO** [illegible]

10.5. [illegible] **CONTRATADO**, [illegible]

10.6. [illegible] **CONTRATADO** [illegible]

10.7 [illegible]

10.8 [illegible]

10.9. [illegible] **CONTRATADO** [illegible]

11.1 [illegible] **CONTRATANTE** [illegible]

11.2 [illegible]

11.3 [illegible] **CONTRATANTE** [illegible]

11.4 [illegible] **CONTRATANTE** [illegible]

11.5 [illegible]

11.6 [illegible]

11.2 [illegible]

Facultar à CONTRATANTE [illegible]

Convocar a CONTRATANTE [illegible]

[illegible]

12. [illegible] DA CONTRATANTE

12.1 [illegible] CONTRATADO

12.2 [illegible]

12.3 [illegible]

12.4 [illegible] CONTRATADO [illegible]

12.5 [illegible]

12.6 [illegible]

12.7 [illegible] CONTRATANTE.

12.8. [illegible] CONTRATADO [illegible]

12.9 [illegible]

12.10 [illegible]

12.11 [illegible] CONTRATADO [illegible] CONTRATANTE [illegible]

13.1 [illegible]

13.2 [illegible] CONTRATADO [illegible] CONTRATANTE [illegible]

13.3 [illegible] CONTRATADO [illegible]

CONTRATADO – CONTRATANTE

CONTRATANTE

CONTRATADO

FORO

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ
Goiânia, 10 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

Reconhecida pelo Parecer Ministerial nº 433 de 21-12-82 - D. O. U. - 22-12-82

São Leopoldo - Rio Grande do Sul

UNISINOS

CENTRO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

O Reitor da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso Superior de Graduação em ADMINISTRAÇÃO-HABILITAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR e a respectiva colação de grau em 03 de janeiro de 1997,

confere o título de

BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO
HABILITAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

a

Ademar Marcelo Soares

Brasileiro, natural do Estado do Rio Grande do Sul, nascido a 08 de março de 1972,
Cédula de Identidade nº 7048559954 - SSP/RS
e expede-lhe o presente DIPLOMA, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Leopoldo, 10 de março de 1997.

Prof. Dr. Aloysio Boeira
Reitor

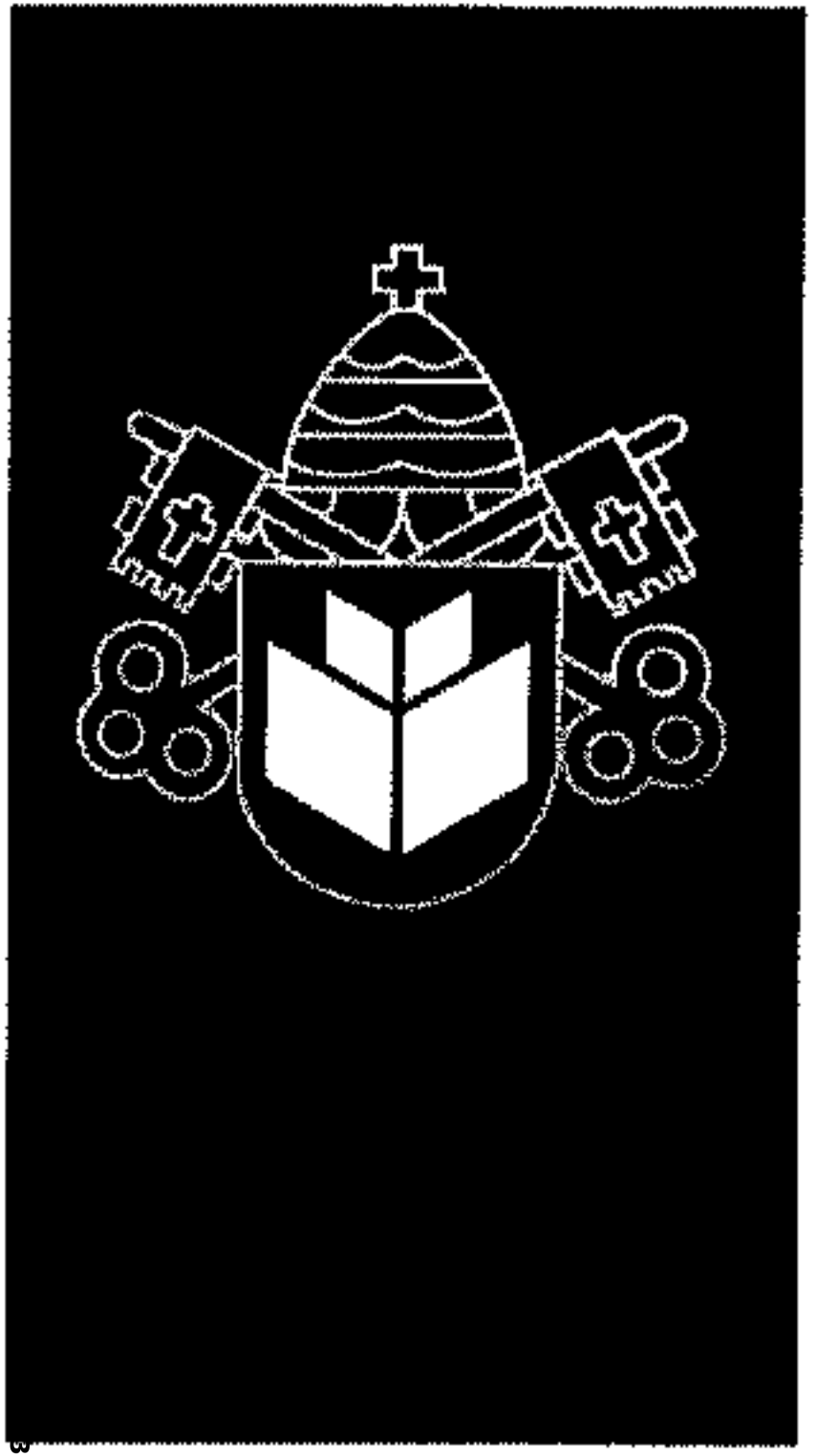
Prof. Enio Ceni Klein
Diretor

Prof. José Marciano
Superintendente de Controle e Registro Acadêmico

Titulado

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Goiânia, 03 de outubro de 2024
Fabiana Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Digitalizado com CamScanner



CONFERE COM O ORIGINAL DOU Nº

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

CERTIFICADO

O Reitor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná / PUCPR, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Especialização *(Lato Sensu)* em **E-MBA - GESTÃO ESTRATÉGICA DE NEGÓCIOS** nos termos da Resolução Nº 01/2001- Conselho Nacional de Educação, realizado no período de 13/04/2007 a 01/02/2009, perfazendo um total de 555 horas-aula, confere o presente certificado a **ADEMAR MARCELO SOARES.**

São José dos Pinhais, 16 de fevereiro de 2009

CLEMENTE IVO JULIATTO
Reitor

RICARDO [illegible] CAROLO
Pró-Reitor Comunitário e de Extensão

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

CÓPIA
CLOVIS DE SOUZA RAUSSU PEREIRA | Titular | Assinado
CONFERE COM O ORIGINAL GOU FE 52220E
Sobral, 03 - e outubro de 2024
Marcus Vinicius Mendes Reis - Secretário

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

CERTIFICADO

Certificamos que **ADEMAR MARCELO SOARES** concluiu o Curso de Especialização em Estratégia e Gestão Empresarial nos termos da legislação vigente, após cumprir todas as exigências de freqüência e aproveitamento nas disciplinas e a aprovação de Monografia.

Fortaleza(Ce.), 03 de abril de 2002.

Coordenador do Curso

Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

JESUÍTAS BRASIL

UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

Reconhecida pela Portaria MEC n.º 451, de 21/11/1983, D.O.U. de 22/11/1983. Portaria MEC nº 1063, de 20/11/2009, D.O.U. de 23/11/2009 e recredenciada pela Portaria MEC nº 1426 de 07/10/2011, D.O.U. de 10/10/2011

São Leopoldo - Rio Grande do Sul - Brasil

CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO

conferido a

Ademar Marcelo Soares

nacionalidade brasileira, natural do estado do Rio Grande do Sul-Brasil, nascido em 8 de março de 1972, Cédula de Identidade nº 7048559954 - SSP/RS por ter concluído, com aprovação, as 420 horas do curso de

MBA em Gestão de Negócios em Saúde

de acordo com a Resolução nº 01/2007 da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação e com as exigências do Estatuto e do Sistema Normativo Interno da Universidade.

São Leopoldo, 26 de julho de 2015.

Marcelo Fernandes de Aquino
Reitor

Concluinte

Dorotea Frank Kersch
Diretora da Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação

CLOVIS DE SOUZA FRANCISCO PEREIRA | Tabelião
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. *822240 *0083*
Goiânia, 03 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

zado com CamScanner

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO NORDESTE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036028

Eu **ADEMAR MARCELO SOARES**, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado do Maranhão, sob o número 9056, autoriza a apresentação de documentos de habilitação técnica em administração hospitalar (diploma e título de especialista), atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de titulação de especialista em administração hospitalar e/ou em gestão em saúde, bem como manifesta seu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste**, localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

Ademar Marcelo Soares

Administrador Hospitalar

CRA 9056/M

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL com sede na **Rua São Pantaleão** nº 8, Centro, doravante designada EMPREGADORA e **ADEMAR MARCELO SOARES**, portadora da Carteira Profissional nº **7904787/00010**, a seguir chamado apenas EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência e cairá de pleno direito ao final da prestação de serviços, de acordo com as condições especificadas a seguir.

1 - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de **DIRETOR ADMINISTRATIVO** com remuneração de R$ 15.000,00 (quinze mil reais), por mês. A circunstância, porém, de ter a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado obedecendo o disposto no Parágrafo Único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação do serviço, este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Opera-se a rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo supra ou por vontade de uma das partes, rescindindo o EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, nenhuma indenização é devida. Rescindindo-se, antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o final (metade do tempo contratado restante), nos termos do artigo 479 da CLT, com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei Nº 229, de 28 de Fevereiro de 1967, sem prejuízo do depósito no Regular extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Acrescenta-se aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

4 - Nos termos do § 2º do Artigo 4º da Consolidação das Leis do Trabalho, inserido pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, durante o EMPREGADO, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou nas condições climáticas, bem como aguardar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras: práticas religiosas, descanso, lazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realização na empresa.

5 - Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, inserido pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo pelo mesmo dispendido desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para seu retorno, caminhando ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo EMPREGADOR, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do mesmo.

6 - O EMPREGADO declara neste ato que não possui nenhuma limitação com a mudança de horário de trabalho e/ou escalas de trabalho, desde que sejam cumpridas as determinações legais, sendo que sua recusa se caracterizará um ato de indisciplina e insubordinação, cabendo ao mesmo, a critério do poder diretivo do EMPREGADOR, em sua dispensa por justo motivo.

Digitalizado com CamScanner

7 - O EMPREGADO manifesta sua concordância que as horas sub entendam de jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à de sua execução, sendo que a quitação das horas excedentes serão quitadas na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E por estarem de pleno acordo as partes contratantes, assinam a presente em 02 (duas) vias, ficando a primeira em poder do EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

CLOTILDE SOUZA PRAXEDES PEREIRA | Tabela

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *52224E *DA3D*
Goiânia, 03 de outubro de 2024

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

São Luis - MA, 15/04/2024.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

ADEMAR MARCOLINO SOARES

Sérgio Eduardo
Diretor Geral
CPF 011...

Termo de Prorrogação

Por mutuo acordo entre as partes, fica o presente contrato, que deveria vencer nesta data prorrogado até 13/07/2024

São Luis - MA, 13 de 04 de 2024

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

Sérgio Eduardo
Diretor Geral

ADEMAR MARCOLINO SOARES

Digitalizado com CamScanner

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 11/04/2021

Nome Civil: **ADEMAR MARCELO SOARES**
CPF: **710.655.800-10**
Data de Nascimento: **08/03/1972**
Sexo: **Masculino**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Nome da Mãe: **SALETE MARIA SOARES**

Contratos de Trabalho

- 15/04/2024 - Aberto

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ RAIZ: 04.547.278
Endereço: **RUA S 5 854 QUADRAS-19 LOTE 5 SALA**
Ocupação: **123105 - DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Tipo de contrato: **Prazo determinado, definido em dias**
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 15.000,00**
Remuneração inicial: **R$ 15.282,40**
Última remuneração informada: **R$ 15.282,40** (09/2024)
Relação de trabalho: **Empregado**
Fonte da informação: **ESOCIAL**
Anotações:

15/04/2024 - Admissão

Observações:

CLOTILDE SOUZA FRANCISCO PEREIRA | Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. "622241 "3093".
Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Documento assinado digitalmente pelo Gestor em 04/05/2024

SÃO CAMILO

2ª via

O Reitor do Centro Universitário São Camilo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau do Curso de Administração, em 16 de dezembro de 1992

confere o título de BACHAREL a

Reginaldo Costa Biffe

brasileiro, natural do Estado de São Paulo, nascido a 04 de março de 1968

R.G. nº 20000103756600 CF

e outorga-lhe o presente diploma,

a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 16 de dezembro de 1992.

Mônica Gomes Abdo
Secretária Geral

Prof. Dr. [illegible]
Diretor

Prof. Dr. [illegible]
Reitor

Digitalizado com CamScanner

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu. **REGINALDO COSTA BIFFE,** brasileiro, solteiro, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado de Goiás, sob o número 14928-RS. autoriza a apresentação de documentos de habilitação técnica em administração hospitalar (diploma e título de especialista), atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de titulação de especialista em administração hospitalar e/ou em gestão em saúde. bem como manifesta seu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

Reginaldo Costa Biffe
Administrador Hospitalar
CRA 14928-RS/GO

CONTRATO de EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL com sede na Rua S S nº 384 , Setor Bela Vista , doravante designada EMPREGADORA e **REGINALDO COSTA BIFFE**, portadora da Carteira Profissional nº [illegible] doravante apenas EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA que terá a vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições especificadas a seguir:

1 - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de **DIRETOR DE OPERAÇÕES** com remuneração de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) por mês. A circunstância, porem, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço no qual comprove melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado obedecendo o disposto no Parágrafo único do art. 445 da CLT. Ao fim desse prazo, continuando a prestação do serviço este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Operar-se-á rescisão do presente Contrato pelo decurso do prazo supra ou por vontade de uma das partes: rescindindo-se EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, caberá a indenização devida pela parte que, antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% (cinquenta por cento) dos salários devidos até o final (período ou termo contratado restante), nos termos do artigo 479 da CLT, com a alteração introduzida pelo Decreto Lei nº 229, de 28 de fevereiro de 1967, sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Aplicam-se prazo é devido para rescisão do presente Contrato.

4 - Nos termos do § 2º do Artigo 4º da Consolidação das Leis do Trabalho, criado pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância que não será computado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, quando o EMPREGADO, por escolha própria, ocupar o tempo excedente para a proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou más condições climáticas, bem como adentrar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras: práticas religiosas, descanso, lazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca na empresa.

5 - Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, criado pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo gasto a título de deslocamento desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para seu retorno, caminhando ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo EMPREGADOR, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do mesmo.

6 - O EMPREGADO declara neste ato, que manifesta sua concordância com as mudanças de horário de trabalho e/ou escalas de trabalho, desde que sejam cumpridas as determinações legais, sendo que sua recusa se caracterizará em ato de insubordinação, sujeito ao poder diretivo do EMPREGADOR, em sua dispensa por justo motivo.

7 - O EMPREGADO manifesta sua concordância com a prorrogação da jornada de trabalho acima e serão compensadas diretamente na semana imediatamente posterior à de sua execução, sendo que a quitação das horas extraordinárias serão devidas na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E por estarem de pleno acordo as partes contratantes, assinam o presente em 2(duas) vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

CLOTILDE DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã
Rua São José do Norte, Qd. 1, Lote 22, Nº 5, Setor Oeste - Goiânia - GO - Fone: 62 3215 8999

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *322265 *0763*
Goiânia, 09 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Goiânia - GO, 01/07/2023

EMPREGADO(A)

REPRESENTANTE LEGAL DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ABEAS
Associação Brasileira de Empresas de Assistência Social
Gilmar Bandeira
Gerente Executivo

Termo de Prorrogação

Por mútuo acordo entre as partes fica o presente contrato, que deveria vencer nesta data prorrogado até 28/09/2023.

Goiania - GO, _____ de _____ de _____.

REPRESENTANTE LEGAL DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

EMPREGADO(A)



CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *522259*2050*

Goiânia, 23 de outubro de 2024

Marcos Vinicius Monteiro Reis - Escrevente

CONTRATO DE TRABALHO

ABEAS

ABEAS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CLOTILDE SOUZA FRAGOSO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "522262 *0063".

Goiânia, 03 de outubro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

CLOTILDE SOUZA FRAGOSO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "493882 *0063".

Goiânia, 25 de agosto de 2021.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, CARACTERIZADA COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, COM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COMPROVADA NA GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

ANEXO VI

Experiência mínima de um 1 ano de diretoria e gerência de Unidade Hospitalar que atuarão na unidade, com documento comprobatório do interesse do titular – 2 pontos

- ✓ **Gilmar Bandeira;**
- ✓ **Sérgio Catardo;**
- ✓ **Jeferson Machado Pereira;**
- ✓ **Marcelo Durante Bittencourt;**

Certifico que os serviços são prestados conforme Atestado Capacidade Técnica

Sérgio Eduardo
CRA 06[illegible]/MA
Responsável Técnico
ABEAS - Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES, ATESTA** que a Organização Social em Saude OSS. **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ABEAS**, pessoa juridica de direito privado constituida na forma de associação civil, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Juridica sob o número 04.574.278/0001-34, estabelecida na Rua S-5, número 854, Quadra 19, Lote 5, Sala 8, 1º andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP: 74.823-460, **vem prestando os serviços de execução e operacionalização das ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho, através do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/MA e Processo Administrativo nº 98.771/2021, decorrente do Chamamento Público nº 02/2021-CSL/SES desde 01.02.2022 até a presente data**, cujas caracteristicas da unidade de saúde são abaixo descritas:

Desde o ano de 2014, o antigo Hospital Geral passou a ser um Hospital Especializado no diagnóstico e tratamento oncológico. Nesse sentido, desde 2011 o Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho é habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de Hematologia. Assim, pelo Plano Oncológico do Estado e, como mencionado anteriormente, essa unidade de saúde é referência em oncologia para todo Estado do Maranhão.

Atualmente, a unidade possui 118 (cento e dezoito) leitos de internação hospitalar, sendo 44 (quarenta e quatro) leitos de oncologia clínica, 59 (cinquenta e nove) leitos de oncologia cirúrgica, 15 (quinze) leitos de terapia intensiva – UTI. O Hospital do Câncer do Maranhão conta também com 06 (seis) salas de atendimento ambulatorial em mais de 20 especialidades oncológicas e área especifica para exames de imagem com salas para tomografia, radiologia, mamografia e ultrassom. Há, ainda, um Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia e 05 (cinco) leitos de recuperação pós-anestésica. O Salão de Quimioterapia possui 21 (vinte e uma) poltronas para medicação e um leito em caso de intercorrências.

O Serviço de Pronto Atendimento, por sua vez, tem duas salas para atendimento médico de urgência e emergência, uma sala para curativos e outra para triagem, além de espaços com 06 (seis) poltronas para medicação, 10 (dez) leitos de observação, 01 (um) de estabilização com 02 (dois) leitos e 05 (cinco) poltronas de hemotransfusão.

A habilitação do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes na qualidade de Hospital Oncológico pressupõe o cumprimento de metas quantitativas de atendimento que deverão ser observadas pela contratada, em atenção à Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019.

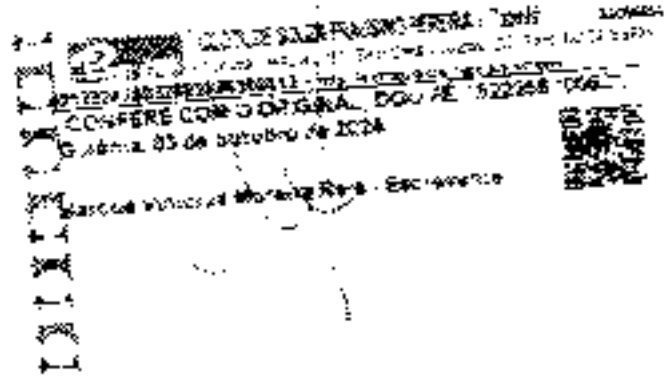
Na execução dos serviços de gestão e operacionalização de serviços de saúde do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes filho, a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, possui em seu quadro de empregados, os profissionais abaixo relacionados

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
1	Agente de Portaria	27	220
2	Assistente Social	14	150
3	Aprendiz	6	150
4	Assistente Administrativo	74	220
5	Auxiliar de Farmácia	23	180
6	Bioquímico/Biomédico	5	150
7	Capelão	1	180
8	Comprador	1	200
9	Coordenador de Compras	1	200
10	Coordenador Financeiro	1	200
11	Coordenador Contratos	1	200
12	Coordenador Departamento Pessoal	1	200
13	Coordenador de Radiologia/Setor de Imagem	1	200
14	Coordenador Enfermagem NIR	1	200
15	Coordenação Enfermagem de Internação	1	200
16	Coordenação de Enfermagem de SCIRAS	1	200
17	Coordenação de Enfermagem COCEPE	1	200
18	Coordenação de Enfermagem de Vigilância	1	200
19	Coordenador Enfermagem Nefrologia	1	200
20	Coordenação do CIDOT	1	200
21	Coordenação Enfermagem Centro Cirúrgico	1	200
22	Coordenação de Enfermagem do SPA	1	200
23	Coordenação de Enfermagem da Clínica Oncológica 1	1	200
24	Coordenação de Enfermagem da Clínica Oncológica 2	1	200
25	Coordenação de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 1	1	200
26	Coordenação de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 2	1	200
27	Coordenação de Enfermagem de UTI 1 e 2	1	200
28	Coordenação de Enfermagem da CME	1	200
29	Coordenação de Enfermagem Curativos	1	200

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
30	Coordenação Enfermagem NEP	1	200
31	Coordenação de Enfermagem no Ambulatório - SADT	1	200
32	Coordenação de Ambulatório	1	200
33	Coordenação de Enfermagem de Qualidade	1	200
34	Coordenação de Casa de Apoio	1	200
35	Coordenação de Atendimento	1	200
36	Coordenação de Registro Hospitalar de	1	200
37	Coordenação de Recursos Humanos	1	200
38	Coordenação de OPME	1	200
39	Coordenador Auditoria Enfermagem	1	200
40	Coordenador de Faturamento	1	200
41	Coordenador da Equipe Multiprofissional	1	200
42	Coordenador de Farmácia Ambulatorial	1	200
43	Supervisor de Manutenção	1	200
44	Coordenador da Farmácia Hospitalar	1	200
45	Coordenador Serviço de Nutrição	1	200
46	Coordenador Agencia Transfusional	1	200
47	Coordenador Tecnologia da Informação	1	200
48	Coordenador Serviço Social	1	200
49	Diretor Técnico	1	200
50	Diretor Assistencial	1	200
51	Diretor Administrativo	1	200
52	Diretor Geral	1	200
53	Odontologista	1	100
54	Digitador	2	200
55	Encarregado do Transporte	1	200
56	Encarregado dos Maqueiros	1	200
57	Enfermeiro	116	150
58	Enfermeiro do Trabalho	1	150
59	Farmacêutico	10	150
60	Fisioterapeuta Clinico	20	150
61	Fonoaudiologo	4	150
62	Maqueiro	23	200
63	Motorista	6	220
64	Nutricionista	12	150

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
65	Fisiólogo	10	150
66	Fisioterapeuta	1	180
67	Secretária	2	200
68	Supervisor Administrativo	5	200
69	Supervisor de Arquivo	1	200
70	Supervisor Fisioterapia da UTI	1	200
71	Supervisor Financeiro	1	200
72	Supervisor de Serviço Social	1	200
73	Supervisor de Farmácia Hospitalar	1	200
74	Supervisão de Portaria/Recepcionista	1	200
75	Supervisor de Transporte	1	200
76	Supervisor do Almoxarifado	1	200
77	Supervisor de Enfermagem	4	200
78	Supervisor de Tecnologia de Informática	1	200
79	Supervisor Cuidados	1	200
80	Supervisor Patrimônio	1	200
81	Técnico Administração	1	220
82	Técnico de Nível Superior	10	200
83	Técnico em Enfermagem	213	150
84	Técnico em Manutenção Predial	7	220
85	Técnico Tecnologia da Informação	3	220
86	Técnico em Nutrição	1	180
87	Técnico em Laboratório	5	150
88	Técnico em Segurança do Trabalho	2	220
89	Telefonista	4	150
90	Terapeuta Ocupacional	7	150
	TOTAL	**741**	

As metas contratualizadas, através do contrato de gestão acima elencado, vem sendo cumpridas mensalmente através de quadro técnico, que conta com médicos especialistas para cada uma das especialidades abaixo descritas



Leito/Especialidades	Qtd. Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetros	Internações
Cirurgia Oncológica	49	5.2	(30d – TMP) X Qtd Leitos X 85%	240
Clínica Oncológica	44	1.8.2	(30d – TMP) X Qtd Leitos X 85%	69
Clínica Geral	10	6.5	(30d – TMP) X Qtd Leitos X 85%	39
Total	**103**			**348**

METAS DE CIRURGIAS ONCOLOGICAS

ESPECIALIDADES	Nº DE CIRURGIAS/MÊS
Cirurgia Oncológica	288
Total	

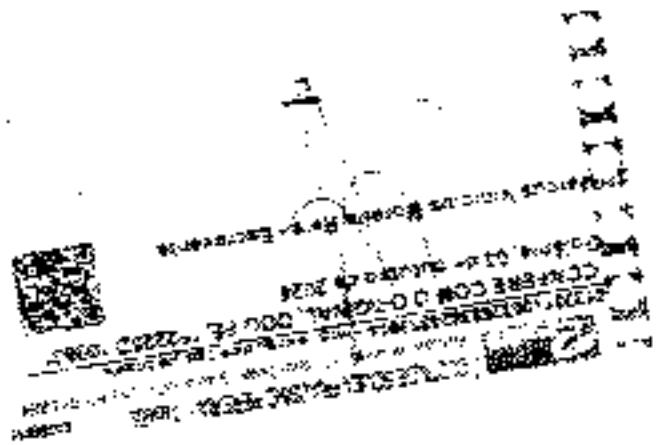
Código	Procedimentos	META MENSAL
0702+...	OPME Oncológico	25

DIÁRIAS DA UTI

Código	Leito / Especialidade	Qtd Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetro	Internações
0802010063	UTI I – Adulto – Tipo II	15	6.8	(30d + TMP) X Qtd Leitos X 85%	56
Total		**15**			

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA TORÁCICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.03.007-2	Consultas médica em Cirurgião Torácica	04	70
02.01.01.040-2	Diagnostico Biópsia de Pleura		20
02.09.04.001-7	Diagnostico por Broncoscopia		15
04.12+ 04.16.11+.	Cirurgias Torácicas	04	10
Total de Procedimentos em Cirurgia Torácica		**115**	



METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOPELVE

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas em ginecologia cirurgica	05	120
03.01.01.007-2	Consultas em ginecologia clinica	03	120
03.01.01.007-2	Consultas Medica em Coloreta	05	120
02.11.04.002-9	Diagnostico em Coloscopia		80
04.06.07-	Cirurgias em Oncopelve	05	22
Total de Procedimentos em Ginecologia		**462**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Urologia	07	40	240
02.01.01.041-0	Biopsia de Prostata	-	-	40
04.09- 04.16.01-	Cirurgias em Urologia	06	20	16
Total de Procedimentos em Urologia		**296**		

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CIRURGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medica em Cirurgião Oncológico	8	32	200
04.06.02.007-6	Implante de cateter	-	-	10
04.07.04.019-8	Paracentese Abdominal	-	-	5
04.15.04-	Desbridamento	-	-	10
04.15-...	Cirurgias em Oncologia Cirurgica	8	24	40
Total de Procedimentos em Oncologia Cirúrgica				**265**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA PLÁSTICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas com Cirurgião Plástico	01	06	10
04.16.08+	Cirurgia plástica em oncologia	01	08	4
Total de Procedimentos em cirurgia plástica				**14**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia)	02	20	260
02.09.01.005-3	Diagnostico por Retossigmoidoscopia	02	10	20
02.09.01.002-9	Diagnostico em Colonoscopia	02	20	100
02.09.01.001-09	Colangiopancreatografia retrógrada (CPRE)	01	12	06
Total de Procedimentos em Gastroenterologia				**386**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CABEÇA E PESCOÇO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Cabeça e Pescoço	04	15	160
02.01.01+...	Coleta de material por meio de punção	-	-	25
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	0	16	20
04.02+... 04.04+ 04.16.03+...	Cirurgias em cabeça e pescoço			12
Total de Procedimentos em Cabeça e Pescoço				**217**

CLOTILDE SOUZA FRANCISMO PEREIRA / Técnico Administrativo
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 1422234 *0083*
Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas em Ortopedia Oncologica	03	12	130
04.02+ 04.04+ 04.16.09+	Cirurgias em ortopedia	02	16	80
Total de Procedimentos em Ortopedia Oncológica				**110**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM MASTOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Mastologia	03	12	200
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	-	-	20
02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	-	-	5
02.01.01.056-9	Biopsia / exerese de nodulo de mama	-	-	12
04.16.01+ 04.16.12+	Cirurgias em mastologia	03	20	16
04.16.01.037-3 04.16.01.038-1	Cirurgias em reconstrução de mama	-	-	10
Total de Procedimentos em Mastologia				**263**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medica em Neurocirurgia	03	08	80
03.01.01.007-2	Consultas Medica em Neurologia Clinica	02	08	60
04.02.03+	Cirurgia em neurologia	02	15	8
Total de Procedimentos em Neurologia e Neurocirurgia				**148**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM BUCO – MAXILO – FACIAL

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas com Buco-maxilo –facial	03	12	120
03.07.03.007-5	Laserterapia	-	-	20
04.03.03-	Cirurgia em buco-maxilo-facial	02	16	10
Total de Procedimentos em Buco Maxilo Facial				**150**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cardiologia	01	36	100
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtorácica	-	-	90
02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	-	-	120
Total de Procedimentos em Cardiologia				**340**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CÂNCER DE PELE E SARCOMA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cancer de Pele e sarcoma	05	12	60
02.01.01.002-0	Biopsia / punção de tumor superficial da pele	-	-	40
04.01.02+ 04.16.06+	Cirurgia em Dermatologia	-	-	09
Total de Procedimentos em Dermatologia				**129**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA VASCULAR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Parecer em Cirurgia Vascular	-	-	10
02.05.01.004-0	Diagnostico Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	-	-	12
04.06.05.001-2	Cirurgia Vascular	01	03	8
04.06.02.007-8	Implante Cateter	-	-	5
Total de Procedimentos em Cirurgia Vascular				**35**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ENDOCRINOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas em Endocrinologia	01	04	120

METAS DE PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas em Otorrinolaringologia	01	10	12

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas Urologias	01	20	20

METAS DE PROCEDIMENTOS EM HEMATOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas em Hematologia	04	40	500
Total de Procedimentos em Hematologia				**500**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CLINICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 31 01 007-2	Consultas Médicas em Oncologia Clínica	05	04	800
03 31 01 007-2	Consultas médica em Oncologia Clínica - TRIAGEM		-	200
Total de Procedimentos em Oncologia Clínica				**1.000**

CONFERE COM O ORIGINAL DOU-E [illegible]
Gráfica 03 de Outubro de 2024

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CLINICA DA DOR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas de Clinica da Dor	02	08	200
Total de Procedimentos em Clinica da Dor				**200**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM RADIOINTERVENÇÃO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01.01 007-2	Consultas Médicas em Radiointervenção	02	08	55
	Procedimentos em Radiointervenção	02	18	55
02.02.09.019-1	Mielograma			24
02 01 01.030-5 02.01.01.031 3: 02.01.01.032-1. 02 01 01.033-0	Coleta de material por meio de punção			10
Total de Procedimentos em Radiointervenção				**144**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Códigos	Procedimento	Meta
02 04.03+.	Mamografia	420
02 04+...	Radiologia	1200
02 05+...	Ultrassonografia	500
02 06+...	Tomografia	2700
02 07+	Ressonância Magnética	20
02 05 01 009-5	PET-CT	20
	Diagnóstico em Eletroencefalograma	06
	Diagnostico Punção Liquórica	10
	Diagnostico em Monitorização Intra Operatório	02
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**4240**

CLOTILDE SOLEA FRAUSINO PERBRAL | Oficial
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Goiânia 03 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

METAS DE URGENCIA E EMERGENCIA – SPA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.06.006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	-	-	700
03.01.06.002-9	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada			700
03.01.06-011-8	Acolhimento com Classificação de Risco			700
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico				**2100**

METAS DE PROCEDIMENTOS QUIMIOTERAPICOS

Código	Procedimentos Programados	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas do protocolo Quimioterápicos	700
0304+...	Tratamento em Quimioterapia	1.100
	Total de Procedimentos Quimioterápicos	**1.800**

METAS FÍSICAS DA CASA DE APOIO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Equipe Multidisciplinar.	Carga Horária Semanal	Meta
0301010049	Psicologia	2	30	270
	Serviço Social	2	30	350
	Terapeuta Ocupacional	2	30	390
Total				**1010**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Código	Procedimentos Programados	Meta
02.02+	Exames Clínicos Laboratoriais	33.000
02.03.01+	Exames de Citopatologia	350
02.03.02+	Exames de Anatomia Patológica	799
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**35.149**

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO

Diante do exposto, **ATESTA-SE** que a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** vem executando e operacionalizando as ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, bem como possui experiência em: Gestão de Urgência/Emergencia, Hemodialise: Cirurgia Geral; Clinica Médica: Neuro/Cirurgia e Clinica Cardiologia Executa os protoiocos: Assistencia de Identificação do Paciente e cumpre fielmente as metas internacionais de Segurança do Paciente. Realiza Rounds: Equipes Inoisciplinares. Médica Horizontal e nos Serviços de Emergencia. Possui Núcleo de Interno de Regulação e Alta Progamada com transição de cuidados desde **01.02.2022** até a presente data de forma satisfatória, com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho, gerindo a mão de obra acima apresentada apresentando os Relatórios de Produtividade Mensal, a documentação pertinente à prestação de contas financeiras das competências. não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar técnica e comercialmente sua conduta.

São Luis, 27 de maio de 2024

KATIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVÃO
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE UM ANO DE DIRETORIA DE UNIDADE HOSPITALAR QUE ATUARÁ NA UNIDADE.

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **GILMAR BANDEIRA,** brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado de Goiás, sob o número 04982 autorizo a apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de experiência mínima de 01 (um) ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar, bem como manifesto meu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

GILMAR BANDEIRA:56329865949

Assinado de forma digital por GILMAR BANDEIRA:56329865949
Dados: 2021.10.08 16:18:46 -03'00'

Gilmar Bandeira

Administrador Hospitalar

CRA 04982/GO

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL, com sede no Rua S 5 nº 834 , Setor Bela Vista , doravante designada EMPREGADORA e **GILMAR BANDEIRA**, portadora da Carteira Profissional nº **14457/00006**, a seguir chamado apenas EMPREGADO é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições especificadas a seguir:

1 - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de **SUPERINTENDENTE EXECUTIVO** com remuneração de **R$ 8.000,00 (oito mil reais)**, por mês. A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado observando o disposto no Parágrafo Único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação do serviço este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Opera-se a rescisão do presente Contrato pelo decurso do prazo supra ou por vontade de uma das partes, rescindindo-se EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, obtendo indenização e devida; rescindindo-se, antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar todos os salários devidos até o final (metade do tempo combinado restante), nos termos do artigo 479 da C.L.T., com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei Nº. 229, de 28 de Fevereiro de 1967 sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

4 - Nos termos do § 2º do Artigo 4º da Consolidação das Leis do Trabalho, trazida pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado tempo à disposição do EMPREGADOR, não será considerado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, quando o EMPREGADO, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou más condições climáticas, bem como adentrar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras: práticas religiosas, descanso, fazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca na empresa.

5 Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, trazida pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo pelo último despendido desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para seu retorno, caminhando ou por qualquer meio de transporte, inclusive o fornecido pelo EMPREGADOR, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do último.

6 O EMPREGADO declara, neste ato, que manifesta sua concordância com as mudanças de horário de trabalho e/ou escalas de trabalho, desde que sejam cumpridas as determinações legais, sendo que sua recusa se caracterizará em ato de indisciplina e insubordinação, podendo culminar, a critério do poder diretivo do EMPREGADOR, em sua dispensa por justo motivo.

7 - O EMPREGADO manifesta sua concordância que as horas suplementares da jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à de sua execução, sendo que a quitação das horas remanescentes serão quitadas na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam a presente em Contrato em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

Goiania - GO, 01/09/2023.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL GILMAR BANDEIRA

Termo de Prorrogação

Por mutuo acordo entre as partes, fica o presente contrato, que deveria vencer nesta data prorrogado até 29/11/2023.

Goiânia - GO, _____ de _____ de _____

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL GILMAR BANDEIRA

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menor que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a anotação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um trabalhador estudado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se sadio ou fraco em fábrica, como uma abelha, se permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um pedido de baixa. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Martins Filho

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E TRABALHO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

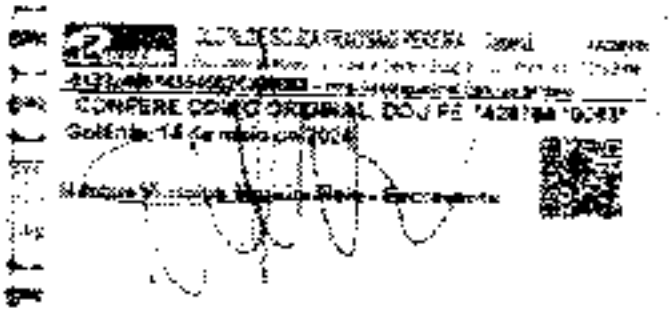
PREFEITURA MUNICIPAL

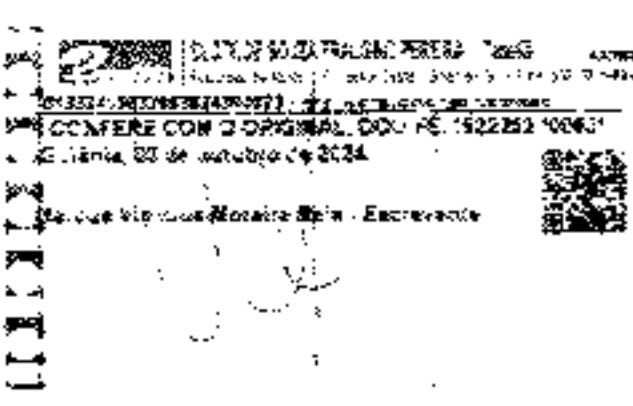
Série 4402/6 - SE

Número 14497









QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Gilmar Bandeira

Lug. Nasc. Conceição

Dia 23 . 01 . 61

Filiação Valentim Bandeira e Olinda Guardim Bandeira

Ex. Civ. 2º Ofício Doc. Nº 22.994

Fls. 193 vº Lv. 35 Reg. Civ. Edu

Outro sim

Separado Maior Dec.

Nº Cartão Fls.

Casamento Doc. Nº Fls.

ENDEREÇO

Endereço Rua

Doc. Ident. Nº Exp.

Estado

Cid.

Data Emissão 07 . 12 . 82 ORT 12ª Edu

Assinatura do Portador

ALTERAÇÕES OS

(Com relação ao Civil e Cert. Nasc.)

Nome

Doc.

Mand.

Dec.

Nasc.

Dat.

Fil. Cart.

Dia

Fls. Cart.

Doc

Nascimento

Doc.

CLEIA DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ 428758A "0065"

Goiânia, 14 de maio de 2024

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

CLEIA DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ 522267 "0083"

Goiânia, 03 de outubro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

16 CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

Empregado... GILMAR BANDEIRA

Empregador: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CNPJ/CEI nº: 04.947.279/0001-54

Endereço: Rua S 5, nº 414

Município ...: Goiania - GO

Nat. Estab.: Atendimento ao deficiente hospitalar

Cargo: SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

CBO: 123105

Data Admi: 01/09/2023

Folha Registro: Livro Folha

Salario: 8.000,00(oito mil reais), pagos Mensal.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Assinatura do empregador ou a rogo e/ test.

1ª

2ª

Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregado ou a rogo e/ test.

1ª

2ª

CONTRATO DE TRABALHO 17

Empregador .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Uf .....

Insc. do estabelecimento .....

Cargo .....

CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de 19

Salário cr$ .....

Remuneração especificada .....

Assinatura do empregador ou a rogo e/ test.

1ª

2ª

Data saída ..... de ..... de 19 .....

Ass. do empregador ou a rogo e/ test.

1ª

2ª

CLOTILDE SOUZA TRAJANO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ

Goiânia, 14 de maio de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

CLOTILDE SOUZA TRAJANO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ

Goiânia, 03 de outubro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Certifico que os serviços são prestados conforme Atestado Capacidade Técnica

Sérgio Calanda
CRA-GO 226/PA
Responsável Técnico
ABEAS – Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA - Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 7475456 "0963".
Goiânia, 24 de setembro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis | Escrevente

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **GOVERNO DO ESTADO** DO **MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES, ATESTA** que a Organização Social em Saúde OSS, **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ABEAS**, pessoa jurídica de direito privado constituída na forma de associação civil, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.574.278/0001-34 estabelecida na Rua S-5 número 854, Quadra 19 Lote 5, Sala 8, 1º andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP: 74.823-460, **vem prestando os serviços de execução e operacionalização das ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho, através do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/MA e Processo Administrativo nº 98.771/2021, decorrente do Chamamento Público nº 02/2021-CSL/SES desde 01.02.2022 até a presente data**, cujas características da unidade de saúde são abaixo descritas:

Desde o ano de 2014, o antigo Hospital Geral passou a ser um Hospital Especializado no diagnóstico e tratamento oncológico. Nesse sentido, desde 2011 o Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho é habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de Hematologia. Assim, pelo Plano Oncológico do Estado e, como mencionado anteriormente, essa unidade de saúde é referência em oncologia para todo Estado do Maranhão.

Atualmente, a unidade possui 118 (cento e dezoito) leitos de internação hospitalar, sendo 44 (quarenta e quatro) leitos de oncologia clínica, 59 (cinquenta e nove) leitos de oncologia cirúrgica, 15 (quinze) leitos de terapia intensiva – UTI. O Hospital do Câncer do Maranhão conta também com 06 (seis) salas de atendimento ambulatorial em mais de 20 especialidades oncológicas e área específica para exames de imagem com salas para tomografia, radiologia, mamografia e ultrassom. Há, ainda, um Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia e 05 (cinco) leitos de recuperação pós-anestésica. O Salão de Quimioterapia possui 21 (vinte e uma) poltronas para medicação e um leito em caso de intercorrências.

O Serviço de Pronto Atendimento, por sua vez, tem duas salas para atendimento médico de urgência e emergência, uma sala para curativos e outra para triagem, além de espaços com 06 (seis) poltronas para medicação, 10 (dez) leitos de observação, 01 (um) de estabilização com 02 (dois) leitos e 05 (cinco) poltronas de hemotransfusão.

A habilitação do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes na qualidade de Hospital Oncológico pressupõe o cumprimento de metas quantitativas de atendimento que deverão ser observadas pela contratada em atenção à Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019.

Na execução dos serviços de gestão e operacionalização de serviços de saúde do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, possui, em seu quadro de empregados, os profissionais abaixo relacionados

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
1	Agente de Portaria	27	220
2	Assistente Social	14	150
3	Aprendiz	6	150
4	Assistente Administrativo	74	220
5	Auxiliar de Farmácia	23	180
6	Bioquímico/Biomédico	5	150
7	Capelão	1	150
8	Comprador	1	200
9	Coordenador de Compras	1	200
10	Coordenador Financeiro	1	200
11	Coordenador Contratos	1	200
12	Coordenador Departamento Pessoal	1	200
13	Coordenador de Radiologia/Setor de Imagem	1	200
14	Coordenador Enfermagem NIR	1	200
15	Coordenação Enfermagem de Internação	1	200
16	Coordenação de Enfermagem de SCIRAS	1	200
17	Coordenação de Enfermagem COCEPE	1	200
18	Coordenação de Enfermagem de Vig Anvisa	1	200
19	Coordenador Enfermagem Nefrologia	1	200
20	Coordenação do CIHDOT	1	200
21	Coordenação Enfermagem Centro Cirurgico	1	200
22	Coordenação de Enfermagem de SPA	1	200
23	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncológica 1	1	200
24	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncológica 2	1	200
25	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirurgica 1	1	200
26	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirurgica 2	1	200
27	Coordenação de Enfermagem de UTI 1 e 2	1	200
28	Coordenação de Enfermagem de CME	1	200
29	Coordenação de Enfermagem Cirurgicos	1	200

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
30	Coordenação Enfermagem NEP	1	200
31	Coordenação de Enfermagem no Ambulatório - SADT	1	200
32	Coordenação de Ambulatório	1	200
33	Coordenação de Enfermagem de Qualidade	1	200
34	Coordenação de Casa de Apoio	1	200
35	Coordenação de Atendimento	1	200
36	Coordenação de Registro Hospitalar de	1	200
37	Coordenação de Recursos Humanos	1	200
38	Coordenação de OPME	1	200
39	Coordenador Auditoria Enfermagem	1	200
40	Coordenador de Faturamento	1	200
41	Coordenador da Equipe Multiprofissional	1	200
42	Coordenador de Farmácia Ambulatorial	1	200
43	Supervisor de Manutenção	1	200
44	Coordenador da Farmácia Hospitalar	1	200
45	Coordenador Serviço de Nutrição	1	200
46	Coordenador Agencia Transfusional	1	200
47	Coordenador Tecnologia da Informação	1	200
48	Coordenador Serviço Social	1	200
49	Diretor Técnico	1	200
50	Diretor Assistencial	1	200
51	Diretor Administrativo	1	200
52	Diretor Geral	1	200
53	Otontologista	1	100
54	Digitador	2	200
55	Encarregado do Transporte	1	200
56	Encarregado dos Maqueiros	1	200
57	Enfermeiro	115	150
58	Enfermeiro do Trabalho	1	150
59	Farmacêutico	10	180
60	Fisioterapeuta Clinico	20	150
61	Fonoaudiólogo	4	150
62	Maqueiro	23	200
63	Motorista	6	220
64	Nutricionista	12	180

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
65	Psicólogo	10	150
66	Regente de Coral	1	180
67	Secretaria	2	200
68	Supervisor Administrativo	5	200
69	Supervisor de Arquivo	1	200
70	Supervisor Fisioterapia da UTI	1	200
71	Supervisor Financeiro	1	200
72	Supervisor de Serviço Social	1	200
73	Supervisor de Farmácia Hospitalar	1	200
74	Supervisão de Portaria/Recepcionista	1	200
75	Supervisor de Transporte	1	200
76	Supervisor do Almoxarifado	1	200
77	Supervisor de Enfermagem	4	200
78	Supervisor de Tecnologia de Informática	1	200
79	Supervisor Ouvidoria	1	200
80	Supervisor Patrimônio	1	200
81	Técnico Administração	3	220
82	Técnico de Nível Superior	10	200
83	Técnico em Enfermagem	273	150
84	Técnico em Manutenção Predial	7	220
85	Técnico Tecnologia da Informação	3	220
86	Técnico em Nutrição	1	180
87	Técnico em Laboratório	5	150
88	Técnico em Segurança do Trabalho	3	220
89	Telefonista	4	150
90	Terapeuta Ocupacional	7	150
	TOTAL	**741**	

As metas contratualizadas, através do contrato de gestão acima elencado, vem sendo cumpridas mensalmente, através de quadro técnico que conta com médicos especialistas para cada uma das especialidades abaixo descritas:

CLOTILDE JOUZA FRAZÃO PEREIRA
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
Marcos Vinicius Morgan Reis - Escrevente

Leito/Especialidades	Qtd. Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetros	Internações
Cirurgia Oncológica	49	6,2	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	240
Clínica Oncológica	44	6,2	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	85
Clínica Geral	10	6,5	30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	39
Total	**103**			**348**

METAS DE CIRURGIAS ONCOLOGICAS

ESPECIALIDADES	Nº DE CIRURGIAS/MES
Cirurgia Oncológica	238
Total	

Código	Procedimentos	META MENSAL
0702+...	OPME Oncológico	25

DIÁRIAS DA UTI

Código	Leito / Especialidade	Qtd Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetro	Internações
080207 0083	UTI I – Adulto – Tipo I	15	6,8	(30d ÷ TMP X Qtd Leitos X 85%	55
Total		**15**			

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA TORÁCICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas médica em Cirurgia Torácica	04	70
02.01.01.040-2	Diagnostico Biópsia de Pleura	-	20
02.09.04.001-7	Diagnostico por Broncoscopia	-	15
04.12+ 04.16.11-	Cirurgias Torácicas	04	10
Total de Procedimentos em Cirurgia Torácica		**115**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOPELVE

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01 007-2	Consultas em ginecologia cirúrgica	05	120
03.01.01 007 2	Consultas em ginecologia clínica	03	120
03.01 01 007-2	Consultas Médica em Colorretal	03	120
02.11.04 002-9	Diagnostico em Colposcopia	-	80
04.09.07+...	Cirurgias em Oncopelve	05	22
Total de Procedimentos em Ginecologia		**462**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01 01 007-2	Consultas Médica em Urologia	07	48	240
02.01 01.045-0	Biopsia de Prostata	-	-	40
04.09+ 04.16 01+...	Cirurgias em Urologia	06	20	16
Total de Procedimentos em Urologia		**296**		

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CIRURGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cirurgião Oncológico	8	32	200
04.06 02 007-8	Implante de cateter	-	-	10
04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	-	-	5
04 15.04+	Desbridamento	-	-	10
04.16+...	Cirurgias em Oncologia Cirúrgica	8	24	40
Total de Procedimentos em Oncologia Cirúrgica				**265**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA PLÁSTICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas com Cirurgião Plástico	01	06	10
04.16.08-...	Cirurgia plástica em oncologia	01	08	4
Total de Procedimentos em cirurgia plástica				**14**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia)	02	20	260
02.09.01.005-3	Diagnostico por Retossigmoidoscopia	02	10	20
02.09.01.002-9	Diagnostico em Colonoscopia	02	20	100
02.09.01.001-09	Co-angiopancreatografia retrógrada (CPRE)	01	12	06
Total de Procedimentos em Gastroenterologia				**386**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CABEÇA E PESCOÇO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Cabeça e Pescoço	04	15	160
02.01.01-...	Coleta de material por meio de punção	-	-	25
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	-	-	20
04.02-... 04.04-... 04.16.03-...	Cirurgias em cabeça e pescoço	0	16	12
Total de Procedimentos em Cabeça e Pescoço				**217**

CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. 522236 10083
Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Moraes Ferreira - Escrevente

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Ortopedia Oncológica	02	10	100
04.02+.. 04.04+... 04.16.09+	Cirurgias em ortopedia	02	16	10
Total de Procedimentos em Ortopedia Oncológica				**110**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM MASTOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Mastologia	03	12	200
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	-	-	20
02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	-	-	5
02.01.01.056-9	Biópsia / exérese de nódulo de mama	-	-	12
04.10.01+ 04.16.12+	Cirurgias em mastologia	03	20	16
04.10.01.007-3; 04.10.01.008-1	Cirurgias em reconstrução de mama	-	-	10
Total de Procedimentos em Mastologia				**263**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurocirurgia	03	08	80
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurologia Clinica	02	08	60
04.03.03+	Cirurgia em neurologia	02	16	8
Total de Procedimentos em Neurologia e Neurocirurgia				**148**

CLOVIS DE SOUZA FROLSINO PEREIRA (Tabela
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ.
Balsas 03 de outubro de 2024.
Marcos Vinicius Moreira Reis - Escrevente

METAS DE PROCEDIMENTOS EM BUCO – MAXILO – FACIAL

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas com Buco-maxilo –facial	03	12	120
03.37.03.007-5	Laserterapia	-	-	20
04.03.03+	Cirurgia em buco-maxilo-facial	03	16	10
Total de Procedimentos em Buco Maxilo Facial				**150**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cardiologia	01	08	130
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtorácica	-	-	90
02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	-	-	120
Total de Procedimentos em Cardiologia				**340**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CÂNCER DE PELE E SARCOMA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medica em Câncer de Pele e sarcoma	03	12	80
02.01.01.002-0	Biopsia / punção de tumor superficial da pele	-	-	40
04.01.02+... 04.16.08+	Cirurgia em Dermatologia			09
Total de Procedimentos em Dermatologia				**129**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA VASCULAR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Parecer em Cirurgia Vascular	-	-	10
02.05.01.004-0	Diagnostico Ultrassonografia Doppler colorido de vasos			12
04.08.05.001-2	Cirurgia Vascular	01	08	9
04.06.02.007-8	Implante Cateter	-	-	5
Total de Procedimentos em Cirurgia Vascular				**36**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ENDOCRINOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Endocrinologia	01	04	120

METAS DE PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas com Otorrinolaringologista	01	10	12

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas Urológicas	01	20	20

METAS DE PROCEDIMENTOS EM HEMATOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Hematologia	04	40	500
Total de Procedimentos em Hematologia				**500**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CLINICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas em Oncologia Clinica	08	64	800
03.01.01.007-2	Consultas médica em Oncologia Clinica - TRIAGEM			200
Total de Procedi				**1.000**

CLOTILDE SOUZA FAUSTINO PEREIRA Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Morel Faria - Escrevente

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CLINICA DA DOR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas de Clinica da Dor	02	08	200
Total de Procedimentos em Clinica da Dor				**200**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM RADIOINTERVENÇÃO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Radiointervenção	02	08	55
	Procedimentos em Radiointervenção	02	18	55
02.02.09.019-1	Mielograma			24
02.01.01.030-5; 02.01.01.031-3; 02.01.01.032-1; 02.01.01.033-0	Coleta de material por meio de punção			10
Total de Procedimentos em Radiointervenção				**144**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Códigos	Procedimento	Meta
02.04.03+	Mamografia	420
02.04+	Radiologia	1200
02.05+...	Ultrassonografia	500
02.06+...	Tomografia	2700
02.07+	Ressonância Magnética	20
02.06.01.009-5	PET-CT	20
	Diagnostico em Eletroencefalograma	06
	Diagnostico Punção Liquórica	10
	Diagnostico em Monitorização Intra Operatorio	02
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**4240**

CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ.
Teresina, 03 de outubro de 2024.

METAS DE URGENCIA E EMERGENCIA – SPA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 06 006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada			730
03 01 06 302-9	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada			700
03 01 06 011-8	Atendimento com Classificação de Risco			730
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico				**2190**

METAS DE PROCEDIMENTOS QUIMIOTERAPICOS

Código	Procedimentos Programados	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Medicas de protocolo Quimioterapicos	730
0604+	Tratamento em Quimioterapia	1.160
	Total de Procedimentos Quimioterapicos	**1.890**

METAS FISICAS DA CASA DE APOIO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Equipe Multidisciplinar	Carga Horária Semanal	Meta
030101 0048	Psicologia	7	30	210
	Serviço Social	1	30	360
	Terapeuta Ocupacional	1	30	360
Total				**1010**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

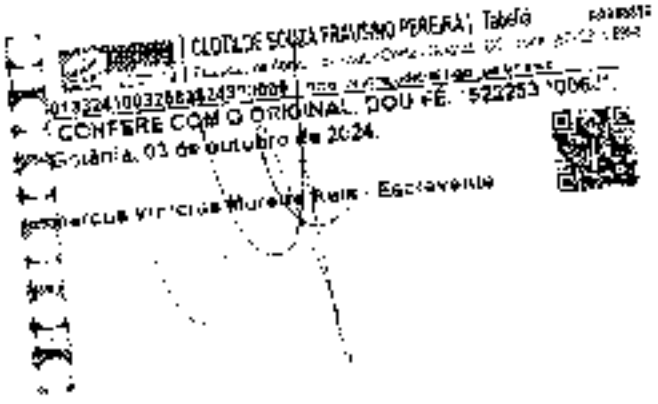
Código	Procedimentos Programados	Meta
02.02+	Exames Clinicos Laboratoriais	33.000
02.03.01+	Exames de Citopatologia	650
02.03.02+	Exames de Anatomia Patologica	1.799
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**35.149**

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO

Diante do exposto, **ATESTA-SE** que a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** vem executando e operacionalizando as ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, bem como possui experiência em: Gestão de Urgência/Emergencia, Hemodiálise; Cirurgia Geral; Clinica Medica, Neuro/Cirurgia e Clinica; Cardiologia Executa os protolocos. Assistencia de Identificação do Paciente e cumpre fielmente as metas internacionais de Segurança do Paciente. Realiza Rounds: Equipes indisciplinares, Médica Horizontal e nos Serviços de Emergencia. Possui Núcleo de Interno de Regulação e Alta Progamada com transição de cuidados deste **01.02.2022** até a presente data de forma satisfatória, com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho, gerindo a mão de obra acima apresentada, apresentando os Relatórios de Produtividade Mensal, a documentação pertinente à prestação de contas financeiras das competências não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar técnica e comercialmente sua conduta.

São Luís 27 de maio de 2024.

KÁTIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVÃO
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE UM ANO DE DIRETORIA DE UNIDADE HOSPITALAR QUE ATUARÁ NA UNIDADE

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **SÉRGIO CATARDO**, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado do Maranhão, sob o número 08726, autorizo a apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de experiência mínima de 01 (um) ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar, bem como manifesto meu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024

Sérgio Catardo

Administrador Hospitalar

CRA 08726/MA

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL com sede da Rua São Pantaleao nº 0 , Centro , doravante designada EMPREGADORA e SERGIO CATARDO, portadora de Carteira Profissional nº 0695005/4807, a seguir chamado apenas EMPREGADO, e ajustado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que tera a vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições especificadas a seguir:

1 - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de DIRETOR GERAL com remuneração de R$ 20.000,00 (vinte mil reais), por mês. A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato sera de 45 dias, podendo ser prorrogado obedecendo o disposto no Paragrafo Único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação do serviço este contrato passara a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Operar-se-a rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo supra ou por vontade de uma das partes, respondendo o EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, cessando a indenização e devendo rescindindo-se antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% dos salarios devidos até o final (metade do tempo combinado restante), nos termos do artigo 479 da C.L.T., com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei nº 229, de 28 de Fevereiro de 1967, sem prejuizo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Servico. Nenhum aviso prévio e devido pela rescisão do presente Contrato

4 Nos termos do § 2º do Artigo 4º da Consolidação das Leis do Trabalho (redação dada pela Lei 13.467/2017), o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado tempo à disposição do EMPREGADOR, não será considerado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, quando o EMPREGADO, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou más condições climáticas, bem como adentrar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras: práticas religiosas descanso, lazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca na empresa

5 - Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, trazida pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo gasto a mais despendido desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para seu retorno, com transporte público ou particular, inclusive o fornecido pelo EMPREGADOR, não será computado na jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do mesmo.

6 - O EMPREGADO declara, neste ato, que manifesta sua concordância com as mudanças de horário de trabalho e/ou escalas de trabalho, desde que sejam cumpridas as determinações legais, sendo que sua recusa se caracterizara em ato de indisciplina e insubordinação, podendo culminar, a critério do pedido/ônus do EMPREGADOR, em sua dispensa por justo motivo

7.1 O EMPREGADO manifesta sua concordância em que as horas suplementares da jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à de sua execução, sendo que a quitação das horas remanescentes serão quitadas na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes assinam a presente em Contrato em duas vias, ficando a primeira em poder do EMPREGADOR, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

São Luís - MA, 01/07/2022

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

FABIO CATARDO

CONFERE COM O ORIGINAL

Goiânia, 14 de maio de 2024.

Marcos Vinicius Botelho Peres - Escrevente

Termo de Prorrogação

Por mútuo acordo entre as partes, fica prorrogado o contrato de trabalho vigente nesta data prorrogado até 12/05/2024.

São Luís - MA, 01/07/2022

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

FABIO CATARDO

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 27/06/2022

Nome Civil: **SERGIO CATARDO**
CPF: **069.500.548-07**
Data de Nascimento: **17/01/1964**
Sexo: **Masculino**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Nome da Mãe: **IZABEL DOS SANTOS CATARDO**

Contratos de Trabalho

- 01/02/2022 - Ativo

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ RAIZ: 4547279
Endereço: **RUA S 5 854 QUADRAS-19 LOTE 6 SALA**
Ocupação inicial: **121010 - DIRETOR GERAL DE EMPRESA E ORGANIZACOES (EXCETO DE INTERESSE**
Tipo de contrato: **Prazo determinado definido em dias**
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 20.000,00**
Remuneração inicial: **R$ 20.242,40**
Última remuneração informada: **R$ 20.264,09** (09/2022)
Relação de trabalho: **Empregado**
Fonte da informação: **ESOCIAL**
Anotações:
01/02/2022 - Admissão
Observações:

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. Goiânia, 14 de maio de 2024.
Marque Vinicius Morais Reis - Escrevente

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marque Vinicius Morais Reis - Escrevente

HC HOSPITAL DE CLÍNICAS IJUÍ

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Associação Hospital de Caridade de Ijuí, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inserida no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 90.739.938/0001-38, com sede na Av. David José Martins, 152 — Ijuí - RS — CEP 98700-000 ATESTA PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA PROFISSIONAL, que Sr. Jeferson Machado Pereira, Carteira de Identidade Profissional CRA-RS 66.751-0, emitida pelo Conselho Regional de Administração do Estado do Rio Grande do Sul, Carteira de Identidade nº 1037193578 — SSP/RS, Cadastro de Pessoa Física nº 822.166.430-68, brasileiro, administrador, presta serviços como DIRETOR EXECUTIVO na Gestão e Operacionalização dos Serviços de Saúde do Hospital de Clínicas Ijuí, desde dezembro/20 até o presente data, cujas características são abaixo descritas:

- Quantidade Leitos: 210
- Leitos de Unidade de Terapia Intensiva: 30
- Ambulatório com Clínicas especializadas descritas a seguir.

- ✓ Urologia;
- ✓ Ginecologia;
- ✓ Traumatologia;
- ✓ Cardiologia;
- ✓ Vascular;
- ✓ Reumatologia;
- ✓ Pediatria;
- ✓ Proctologia;
- ✓ Neurologia;
- ✓ Neurocirurgia;
- ✓ Hematologia;
- ✓ Cirurgia Torácica
- ✓ Cirurgia geral;
- ✓ Mastologia;
- ✓ Cirurgia oncológica;
- ✓ Cirurgia plástica;
- ✓ Odontologia;
- ✓ Oncologia clínica
- ✓ Eletrofisiologia
- ✓ Cirurgia Cabeça e Pescoço;

Diante do exposto, ATESTA-SE que Sr. Jeferson Machado Pereira vem executando e operacionalizando as ações e serviços de saúde no Hospital de Caridade de Ijuí até a presente data de forma satisfatória, não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar técnica e comercialmente sua conduta.

Ijuí, 23 de Setembro de 2024

DOUGLAS PRESTES
DIRETOR PRESIDENTE
CPF 822.166.430-68

Digitalizado com CamScanner

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE UM ANO DE DIRETORIA DE UNIDADE HOSPITALAR QUE ATUARÁ NA UNIDADE.

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **JEFERSON MACHADO PEREIRA**, brasileiro, solteiro, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado do Rio Grande do Sul, sob o número 55791-0, autorizo a apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de experiência mínima de 01 (um) ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar, bem como manifesto meu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse**, localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

JEFERSON MACHADO PEREIRA:62216643068

Assinado de forma digital por JEFERSON MACHADO PEREIRA:62216643068
Dados: 2024.10.08 11:41:28 -03'00'

Jeferson Machado Pereira

Administrador Hospitalar

CRA 55791-0/RS

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA ADMINISTRATIV/OPERACIONAL

CONTRATANTE ASSOCIAÇAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL - ABEAS pessoa jurídica de direito privado devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.547.278/0001-34 por intermedio de seu representante legal Sr. **LUIZ CÉSAR DOS SANTOS**, portador da Carteira de Identidade 3.261.543 – SSP/PA e do CPF nº 101.045.501-04 com sede na **Rua S-5, nº 554, Quadra S-19, Lote 5, Sala 08, 1º Andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP 74823-460.**

CONTRATADO: JEFERSON MACHADO PEREIRA, brasileiro solteiro administrador de empresas portador da Carteira de Identidade numero 1031190575 – SJS/DI - RS e Cadastro de Pessoa Física nº **622.166.430-68** residente e domiciliado na Rua Anabilio Lambert 131 Centro de Bozano do Rio Grande do Sul **CEP:** 98.700-000

Pelo presente instrumento particular de **CONTRATO DE PRESTAÇAO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTAO E OPERACIONALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA ADMINISTRATIVA/OPERACIONAL** nos moldes do artigo 593 e seguintes do Código Civil Brasileiro têm entre si justos e acordados o que segue

DO OBJETO DO CONTRATO

CLAUSULA 1ª O presente instrumento tem como objeto a Prestação de Serviços de Assessoria e Consultoria em Gestão e Operacionalização em serviços de saúde na área administrativa/operacional, incluindo acompanhamento para implantação de gestão em novas unidades de saúde, implantação de processos administrativos, operacionais, elaboração de documentos em geral, em especial instruções de trabalho e procedimentos, a serem realizados no campo de atuação da **CONTRATANTE** bem como unidades de saúde já geridas por esta quando requeiras em que a **CONTRATANTE** vier a ser durante a vigência deste contrato de prestação de serviços, com estrita observância ao Código de Ética do(a) profissional e demais regulamentos próprios da **CONTRATANTE**, desde que este último não seja conflitante com o primeiro e demais legislações vigentes em especial a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD quanto a confidencialidade dos dados e informações obtidas.

Digitalizado com CamScanner

É consabido entre as partes que o presente instrumento de contrato de prestação de serviços afasta a condição de empregado prevista no artigo 3º da Consolidação das Leis do Trabalho, independente de exclusividade e continuidade, ressaltando que o presente contrato não induz qualquer subordinação e/ou dependência econômica entre as partes.

CLAUSULA 2ª: O **CONTRATADO** executará os serviços diretamente a **CONTRATANTE** devendo manter a confidencialidade dos dados obtidos para fins de assessoria, consultoria, prestação de serviços de gestão e operacionalização de saúde na área administrativa/operacional, inclusive acompanhando implantações de gestão e operacionalização em serviços de saúde em novas unidades de saúde a serem geridas pela **CONTRATANTE**, de modo não exclusivo e sem subordinação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O **CONTRATADO** se compromete a assessorar a **CONTRATANTE** em todas as unidades de saúde já geridas por este, a prestar consultoria, apresentando relatório de diagnóstico encontrado nas unidades de saúde geridas pela **CONTRATANTE**, e por fim acompanhar toda implantação de gestão em novas unidades de saúde a serem geridas pela **CONTRATANTE**.

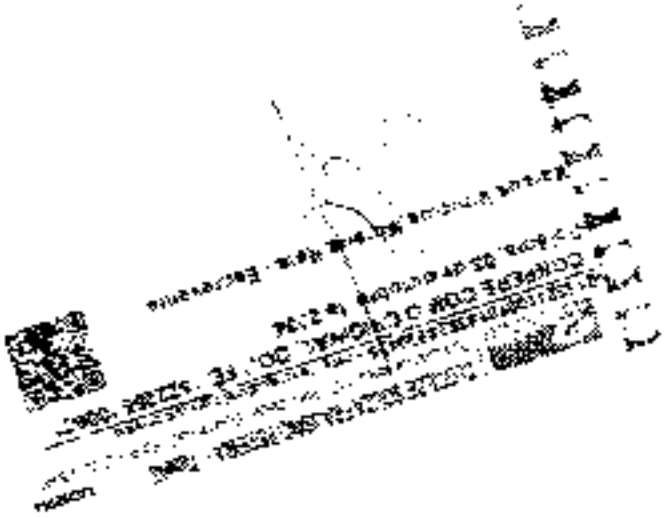
DOS SERVIÇOS:

CLÁUSULA 3ª: O **CONTRATADO** fornecerá toda a mão de obra especializada com profissionais devidamente registrados nos Conselhos Regionais aos quais são subordinados, caso sejam necessários, devendo fornecer a **CONTRATANTE** todos os documentos de comprovação de sua capacidade profissional, bem como dos profissionais a serem alocados.

CLÁUSULA 4ª: O **CONTRATADO** deverá apresentar a **CONTRATANTE**, antes da disponibilização do profissional consultor e/ou assessor, toda a documentação prevista na cláusula anterior, bem como curriculum vitae. Somente após a aprovação da **CONTRATANTE** o profissional será autorizado a iniciar a prestação dos serviços.

CLÁUSULA 5ª: O **CONTRATADO** se compromete a realizar o pagamento de seus profissionais contratados ou não, caso existam, bem como todos os encargos sociais e fiscais em no máximo cinco dias úteis após o recebimento pela prestação dos serviços, sob pena de retenção dos valores para satisfação dos créditos anteriormente mencionados.

CLÁUSULA 6ª: O **CONTRATADO** será responsabilizado civil e criminalmente por todos os atos praticados pelos seus profissionais dentro dos critérios obtidos junto a **CONTRATANTE**, devendo estes



profissionais mantenham a confidencialidade dos dados obtidos comprometendo-se desde já a não compartilhar para outras Organizações Sociais em Saúde em um mesmo Edital de Chamamento em que a **CONTRATANTE** esteja participando, se comprometendo, desde já a ressarcir todos os danos causados pelos mesmos e pelos seus prepostos a **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA 7ª: O **CONTRATADO** recebe no ato da assinatura deste instrumento contratual, uma cópia do código de conduta e ética da **CONTRATANTE**, responsabilizando-se pelo cumprimento de seus profissionais alocados na Unidade de Saúde gerida pela **CONTRATANTE**, sob pena de multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor total do serviço prestado no mês em que ocorrer a infração.

DA RETRIBUIÇÃO E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL:

CLÁUSULA 8ª A **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO** o valor de R$ 2.000,00 (dois mil reais) mensais pelos serviços descritos na Cláusula 1ª, durante toda a vigência contratual.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: As despesas com cópias, combustível, hospedagem, deslocamentos e outras necessárias ao cumprimento do objeto contratual pagas pelo **CONTRATADO**, serão reembolsadas pela **CONTRATANTE** desde que não sejam vedadas por Regulamentos da primeira.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Será de responsabilidade da **CONTRATANTE**, as despesas com passagens (ida e volta), estadias e alimentação durante o período em que o **CONTRATADO** estiver a disposição da primeira.

CLAUSULA 9ª: O prazo de vigência do presente instrumento contratual será de 05 (cinco) meses a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado, de acordo com a vontade das partes, mediante termo aditivo.

CLÁUSULA 10ª: Fica estabelecido que são obrigações da **CONTRATANTE**

10.1. Remeter o **CONTRATADO** pelos serviços prestados com prestações pecuniárias em parcelas mensais a serem liquidadas em até 15 (quinze) dias após a apresentação do relatório de diagnóstico e sugestões de melhoria, contendo a quantidade de horas de serviços prestados efetivamente no mês e da nota fiscal competente e/ou Recibo de Pagamento a Autônomo (R.P.A.).

10.2. Fornecer os dados necessários à consecução dos serviços;

10.3. Promover as facilidades necessárias para o livre acesso dos profissionais do **CONTRATADO** as suas instalações e instalações de seus clientes em potencial para coleta de dados necessária, desde que devidamente uniformizados e identificados.

10.4. Notificar por escrito, o **CONTRATADO** sobre qualquer irregularidade verificada na execução dos serviços.

10.5. Orientar, por escrito, o **CONTRATADO**, a respeito de qualquer alteração nas normas internas técnicas ou administrativas, que possam ter reflexo no relacionamento desde que acordado previamente entre as partes

10.6. Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pelo **CONTRATADO**, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta

10.7. Fiscalizar a execução do presente contrato conforme as normas atinentes ao objeto contratada,

10.8. Observar para fins de cumprimento das obrigações que lhe são atribuídas no Contrato, o disposto na legislação e regulamentação aplicável,

10.9. Abster-se de emanar qualquer ordem direta a funcionário do **CONTRATADO**, a fim de fazer cumprir qualquer exigência

CLAUSULA 11ª: Fica estabelecido as seguintes obrigações do **CONTRATADO**

11.1. Apresentar ao **CONTRATANTE**, os documentos relacionados à qualificação de seus profissionais que serão alocados para execução do objeto contratual.

11.2. Utilizar as melhores técnicas e práticas disponíveis para a execução do serviço especializado identificado na Cláusula Primeira.

11.3. Atender fiel e diligentemente os interesses da **CONTRATANTE**, agendando reuniões ou participando das agendadas com a pela a mesma sempre que houver necessidade, representando-as em audiências judiciais e/ou administrativas, promover o acompanhamento processual, tanto na esfera administrativa quanto na esfera judicial

11.4. Comunicar prontamente, por escrito, à **CONTRATANTE** sobre a existência de problemas que possam interferir no andamento dos serviços contratados

11.5. Permitir e facilitar a inspeção dos serviços prestando todas as informações e apresentando todos os documentos que lhe forem solicitados

11.6. Executar o escopo contratual, com observância ao disposto no Contrato e na legislação e regulamentação aplicável, por meio dos padrões e providências usualmente adotados no Brasil para a execução de atividades de natureza semelhante ao Escopo Contratual

11.7. Obter e manter, durante a vigência do Contrato, todas as licenças, permissões e autorizações de natureza profissional, em especial junto aos Conselhos Regionais de acordo com sua área de atuação;

11.8. Facultar a **CONTRATANTE** a oportunidade de acompanhar a execução do Escopo Contratual no seu estabelecimento, sempre que razoavelmente solicitado em datas e horários previamente acordados entre as Partes;

11.9. Comunicar a **CONTRATANTE**, sem demora injustificada, a ocorrência de qualquer evento que possa impactar na execução do Escopo Contratual de maneira que as Partes possam, de boa-fé, discutir e acordar as medidas necessárias para a mitigação desses impactos

11.10. Cumprir o estipulado nos termos no presente instrumento contratual

11.11. Obedecer às instruções da **CONTRATANTE** sobre os termos dos serviços a serem prestados aos clientes, bem como a toda a legislação aplicável.

11.12. Prestar informações à **CONTRATANTE** sempre que esta lhe solicitar informando sobre a execução de seus serviços e demais detalhes sobre a execução de suas atividades

11.13. Não revelar detalhes de suas atividades a terceiros, bem como, informações sobre seus quaisquer dados a que tenha acesso.

11.14 Observar os princípios éticos, bem como respeitar a política de humanização assistencial da **CONTRATANTE** no atendimento nas demandas de propostas solicitadas pela **CONTRATANTE**

CLÁUSULA 12ª: DA RESCISÃO:

Constituem motivos para rescisão unilateral pelo **CONTRATANTE:**

12.1 O não cumprimento das obrigações pelo **CONTRATADO**;

12.2. Em caso de reajuste financeiro, a falta de acordo quanto ao percentual a ser efetuado.

12.3. O cumprimento irregular de cláusulas contratuais em especial a falta de profissionais nos plantões acordados especificações e prazos pelo **CONTRATADO**;

12.4. O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais por parte do **CONTRATADO**, bem como a lentidão do seu cumprimento,

12.5. O atraso injustificado no início dos serviços;

12.6. O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços quanto ao cumprimento do contrato e das metas estabelecidas;

12.7. O cometimento reiterado de falhas na sua execução, anotadas em registro próprio, pelo gestor do contrato da **CONTRATANTE**;

12.8. A dissolução da empresa **CONTRATADO**;

12.9. A ocorrência de caso fortuito ou de força maior regularmente comprovada impeditiva da execução deste Contrato, mediante notificação com aviso de recebimento com 30 (trinta) dias de antecedência;

12.10. A qualquer tempo, as partes de comum acordo, poderão firmar distrato formal hipótese na qual deverá ser pactuado o período de continuidade dos serviços contratadas, sendo vedada pactuação que traga prejuízo às partes;

12.11. Em qualquer hipótese de rescisão, por se tratar de serviço essencial ao levantamento das necessidades dos serviços objeto do presente Contrato, deverá ser garantida pelo **CONTRATADO** pelo prazo de até 05 (cinco) dias ou até que o **CONTRATANTE** formalize novo contrato com prestador diverso, sendo cabível a remuneração proporcional à **CONTRATADA** por esse período.

CLÁUSULA 13ª – DAS RESPONSABILIDADES:

13.1. Cada parte será responsável **isoladamente** pelos atos que derem causa, respondendo perante quem de direito, inclusive por atos praticados que agirem legalmente em seu nome e, particularmente com relação as obrigações legais, fiscais e econômicas que der causa;

13.2. A má execução ou a execução ineficiente do objeto contratada é causa de responsabilização administrativa, civil e penal em face do **CONTRATADO**, cabendo ação de regresso em face desta por parte do **CONTRATANTE** caso essa venha a ser responsabilizada por qualquer lesado, sendo cabível o disposto no artigo 125.II do Código de Processo Civil durante o curso do processo.

13.3. O **CONTRATADO** se responsabiliza integralmente pelos seus empregados e prepostos, devendo arcar com todas as suas incumbências enquanto empregador,

13.4. Em nenhuma hipótese admitir-se á a formação de vínculo empregatício entre o pessoal do **CONTRATADO** e o **CONTRATANTE**, devendo aquela zelar para que o limite da presente prestação de serviços esteja perfeitamente delineado.

13.5. Em caso de responsabilização da **CONTRATANTE** em reclamação trabalhista ou execução fiscal gerada por atos ou vínculos do **CONTRATADO**, o **CONTRATANTE** tem o direito de ser ressarcido pelos prejuízos eventualmente suportados, o que deverá ser feito em ação de regresso ou por meio de denunciação à lide, nos termos do Código de Processo Civil

DO FORO

CLÁUSULA 14ª As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia-Goiás, para dirimir judicialmente as controvérsias inerentes do presente contrato.

E assim por estarem justos e contratadas assinam o presente em 2 (duas) vias de igual forma, teor na presença das testemunhas abaixo.

Goiânia, Goiás, 04 de abril de 2024

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA:04547278000134

Assinado de forma digital por ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA:04547278000134
Dados: 2024.07.09 11:52:31 -03'00'

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - ABEAS

CONTRATANTE

JEFERSON MACHADO PEREIRA

CONTRATADO

Testemunhas: _____ _____

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

A Associação San Julian, Amigos e Colaboradores, pessoa jurídica de direito privado, instituição hospitalar filantrópica devidamente inscrita no CNPJ sob nº 07.070.735/0001-30, CNES nº 018384, com sede na Av. Getúlio Vargas, n. 1.900 – Centro – Município de Piraquara – Estado do Paraná - CEP 83.301-010 **ATESTA PARA OS DEVIDOS FINS DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA E CAPACIDADE TÉCNICA/PROFISSIONAL**, que o **Sr Marcelo Durante Bittencourt**, Carteira de Identidade Profissional CRA/PR n. 28.190, registrado e emitida pelo Conselho Regional de Administração do Estado do Paraná em 14.04.2014 Carteira de Identidade nº 15.806.380-6 – SSP/SP, Cadastro de Pessoa Física nº 067.818.228-02, brasileiro, casado, administrador hospitalar, presta serviços como **CEO – DIRETOR GERAL** na Gestão Estratégica e Operacionalização dos Serviços de Saúde deste **COMPLEXO HOSPITALAR - HOSPITAL SAN JULIAN, desde 03/08/2021, com capacidade total instalada de 600 leitos, e tendo como leitos operacionais ativos pelo CNES o montante de 400 leitos, atendendo 100% ao SUS,** até a presente data, não havendo em nossos registros nada que possa desabonar sua conduta, cujas principais atividades ainda executadas foram

- Eliminação do déficit mensal de R$ 350mil em 2021, que foi zerado em fev/2022;
- Sucesso na busca financeira de aumento nas diárias complementares do SUS, pagas pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante relatório circunstanciado e aberado em out/21 (200 páginas) e conquistado o reajuste de 40% do valor complementar destas diárias em janeiro/22;
- Organização geral da instituição, redefinindo sua estratégia de negócios, cargos e gestores, com a criação da filial Clínica Integrada de Saúde Mental para atendimentos ambulatoriais em caráter privado;
- Planejamento para criação do Complexo Multiterapêutico de Transtornos do Neurodesenvolvimento Infanto-Juvenil - TEA (em execução);
- Criação e implantação do projeto Colheita de Antecipação (preparando o melhor acondicionamento para uso de longo prazo de vegetais processados in natura e congelados (execução de obra com apoio de captação de recursos externos que custarão R$ 430mil reais);
- Criação do Memorial San Julian (local preparado para registro da história e acervo da Instituição) em comemoração em 2023 de seus 55 anos;
- Execução, demonstração, controle e auditoria na definição e utilização de emendas parlamentares nos exercícios de 2021 até 2024, totalizando mais de 20 milhões de recursos captados junto aos órgãos fiscalizadores estadual/federal para a realização dos projetos e respectivas prestações de contas.

GREEN KITCHEN

- Preparativos da emissão de [illegible] ambientais de até de 18 de [illegible] 24 [illegible] de 2024/2025;
- Evolução significativa nas melhorias [illegible] [illegible] Hospitalares [illegible] [illegible] [illegible]

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE UM ANO DE DIRETORIA DE UNIDADE HOSPITALAR QUE ATUARÁ NA UNIDADE

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **MARCELO DURANTE BITTENCOURT,** brasileiro casado, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado do Paraná, sob o número 28.190, autorza a apresentação de documentos de habilitação técnica em administração hospitalar (diploma e título de especialista; atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de titulação de especialista em administração hospitalar e/ou em gestão em saúde, bem como manifesta seu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

Marcelo Durante Bittencourt

Administrador Hospitalar

CRA 28.190/PR

abeas

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EM GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ÁREA MÉDICO-ASSISTENCIAL

CESAR DOS SANTOS

Rua S-5 nº 554 Quadra S 15

CEP 74821-480

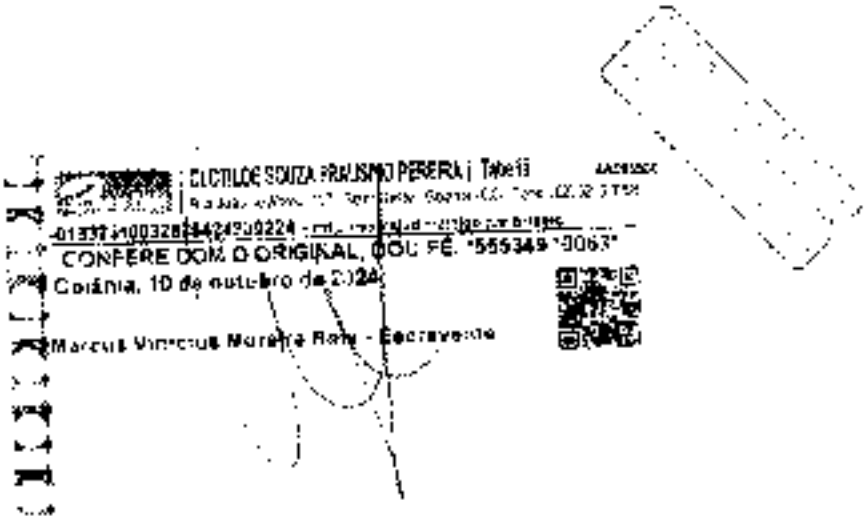
OBJETO DO CONTRATO

DOS SERVIÇOS

abeas

DA RETRIBUIÇÃO E DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

CONTRATADO


CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *555349*9063*
Goiânia, 10 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

10.2 [illegible]

10.3 [illegible] **CONTRATADO** [illegible]

10.4 [illegible] **CONTRATADO** [illegible]

10.5 [illegible] **CONTRATADO** [illegible]

10.6. [illegible]

10.7 [illegible]

10.8. [illegible]

10.9 [illegible]

11.1 [illegible] **CONTRATANTE** [illegible]

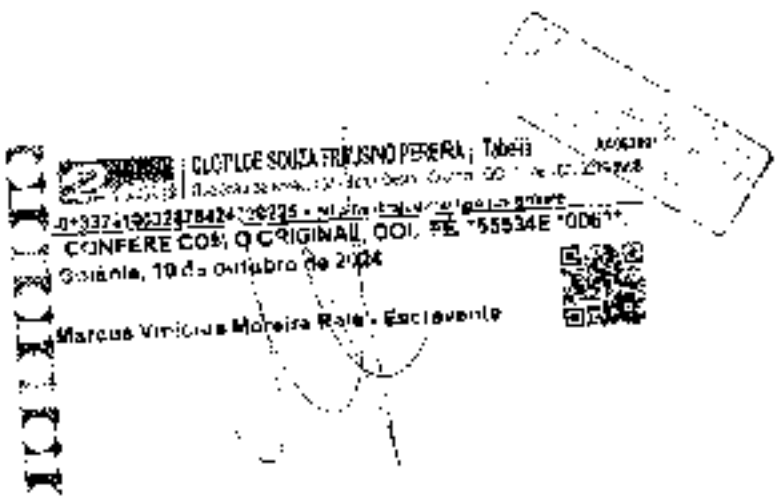
11.2 [illegible]

11.3 [illegible] **CONTRATANTE** [illegible]

11.4 [illegible]

11.5 [illegible]

11.6 [illegible]


CLOTILDE SOUZA FRANSINO PEREIRA | Tabelã
CONFERE COM O ORIGINAL
Goiânia, 10 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

11.7 [illegible]

[illegible] CONTRATANTE [illegible]

[illegible] CONTRATANTE. [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] CONTRATANTE



12.1 [illegible] CONTRATADO

12.2. [illegible]

12.3 [illegible] CONTRATADO.

12.4 [illegible] CONTRATADO [illegible]

12.5 [illegible]



[illegible]







abeas

CONTRATADO e CONTRATANTE

CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. 7865363 0057

Marcos Vinicius Moreira Reis - Escrevente

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, CARACTERIZADA COMO ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, COM EXPERIÊNCIA PRÉVIA COMPROVADA NA GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

ANEXO VII

Experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento (Policlínicas/AME/clinicas especializadas, etc). – 2 pontos

- ✓ **Leoberth Silva Araújo;**
- ✓ **Waldésio Vieira de Moraes;**
- ✓ **Leyza Azambuja Patino Cruzatti;**
- ✓ **Reginaldo Costa Biffe.**

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, pessoa jurídica de direito público, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 02.973.241/0001-07, com sede na Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, s/n, Cohama, São Luís/MA, CEP: 65.076-820, **ATESTA PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA/PROFISSIONAL** que o Sr. Dr. Leonardo Silva Araújo, CRM nº 21.858/MA, RQE nº 11258/MA, CPF nº 026.878.223-78, prestou serviços de Médico Intensivista, na função de Diretor Técnico no Hospital de Referência Dr. Tarquínio Lopes Filho – UNACON, com Serviço de Hemodiálise, 110 leitos gerais, 16 leitos UTI Adulto e Casa de Apoio, com 28 acompanhantes, exercendo as atividades de Diretor Técnico, Coordenação e Participação Clínica e Núcleo Interno de Regulação no período de 01/02/2022 até a presente data. Declaramos, ainda, nada haver que desabone a conduta profissional.

Por ser a expressão da verdade, firmamos o presente atestado para os devidos fins.

São Luís, 06 de outubro de 2023.

Katia Cristina de Castro Veiga Trovão
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

CONFERE COM O ORIGINAL DOU FE

Goiânia, 03 de outubro de 2024

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES, ATESTA** que a Organização Social em Saúde OSS. **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ABEAS**, pessoa jurídica de direito privado constituída na forma de associação civil, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.574.278/0001-34, estabelecida na Rua S-5, número 854, Quadra 19, Lote 5 Sala 8, 1º andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP: 74 823-460, **vem prestando os serviços de execução e operacionalização das ações o serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, através do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/MA e Processo Administrativo nº 98.771/2021, decorrente do Chamamento Público nº 02/2021-CSL/SES desde 01.02.2022 até a presente data**, cujas características da unidade de saúde são abaixo descritas:

Desde o ano de 2014 o antigo Hospital Geral passou a ser um Hospital Especializado no diagnóstico e tratamento oncológico. Nesse sentido, desde 2011 o Hospital de Oncologia do Maranhão Dr Tarquínio Lopes Filho é habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de Hematologia. Assim pelo Plano Oncológico do Estado e, como mencionado anteriormente essa unidade de saúde é referência em oncologia para todo Estado do Maranhão

Atualmente, a unidade possui 118 (cento e dezoito) leitos de internação hospitalar, sendo 44 (quarenta e quatro) leitos de oncologia clínica, 59 (cinquenta e nove) leitos de oncologia cirúrgica, 15 (quinze) leitos de terapia intensiva - UTI. O Hospital do Câncer do Maranhão conta também com 06 (seis) salas de atendimento ambulatorial em mais de 20 especialidades oncológicas e área específica para exames de imagem, com salas para tomografia, radiologia, mamografia e ultrassom. Há, ainda, um Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia e 05 (cinco) leitos de recuperação pós-anestésica. O Salão de Quimioterapia possui 21 (vinte e uma) poltronas para medicação e um leito em caso de intercorrências.

O Serviço de Pronto Atendimento, por sua vez, tem duas salas para atendimento médico de urgência e emergência, uma sala para curativos e outra para triagem, além de espaços com 06 (seis) poltronas para medicação, 10 (dez) leitos de observação, 01 (um) de estabilização com 02 (dois) leitos e 05 (cinco) poltronas de hemotransfusão.

A habilitação do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes na qualidade de Hospital Oncológico pressupõe o cumprimento de metas quantitativas de atendimento que deverão ser observadas pela contratada, em atenção a Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019

2º TABELIONATO DE NOTAS

Na execução dos serviços de gestão e operacionalização de serviços de saúde do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes filho a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, possui em seu quadro de empregados, os profissionais abaixo relacionados

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária/sem
1	Agente de Portaria	27	220
2	Assistente Social	4	150
3	Aprenciz	6	150
4	Assistente Administrativo	74	220
5	Auxiliar de Farmácia	23	180
6	Bioquimico/Biomedico	5	150
7	Capelão	1	180
8	Comprador	1	200
9	Coordenador de Compras	1	200
10	Coordenador Financeiro	1	200
11	Coordenador Contratos	1	200
12	Coordenador Departamento Pessoal	1	200
13	Coordenador de Radiologia/Setor de Imagem	1	200
14	Coordenador Enfermagem NIR	1	200
15	Coordenação Enfermagem de Internação	1	200
16	Coordenação de Enfermagem de SCIRAS	1	200
17	Coordenação de Enfermagem COCEPE	1	200
18	Coordenação de Enfermagem de Vigilância	1	200
19	Coordenador Enfermagem Nefrologia	1	200
20	Coordenação do CIOOT	1	200
21	Coordenação Enfermagem Centro Cirúrgico	1	200
22	Coordenação de Enfermagem de SPA	1	200
23	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncológica 1	1	200
24	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncológica 2	1	200
25	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirúrgica 1	1	200
26	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirúrgica 2	1	200
27	Coordenação de Enfermagem de UTI 1 e 2	1	200
28	Coordenação de Enfermagem da CME	1	200
29	Coordenação de Enfermagem Curativos	1	200

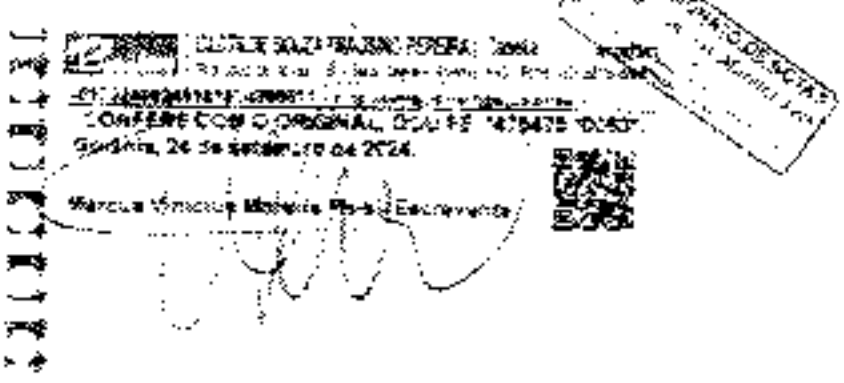
ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
30	Coordenação Enfermagem NEP	1	200
31	Coordenação de Enfermagem no Ambulatorio - SADT	1	200
32	Coordenação de Ambulatório	1	200
33	Coordenação de Enfermagem de Qualidade	1	200
34	Coordenação de Casa de Apoio	1	200
35	Coordenação de Atendimento	1	200
36	Coordenação de Registro Hospitalar de	1	200
37	Coordenação de Recursos Humanos	1	200
38	Coordenação de OPME	1	200
39	Coordenador Auditoria Enfermagem	1	200
40	Coordenador de Faturamento	1	200
41	Coordenador de Equipe Multiprofissional	1	200
42	Coordenador de Farmacia Ambulatorial	1	200
43	Supervisor de Manutenção	1	200
44	Coordenador da Farmacia Hospitalar	1	200
45	Coordenador Serviço de Nutrição	1	200
46	Coordenador Agencia Transfusional	1	200
47	Coordenador Tecnologia da Informação	1	200
48	Coordenador Serviço Social	1	200
49	Diretor Técnico	1	200
50	Diretor Assistencial	1	200
51	Diretor Administrativo	1	200
52	Diretor Geral	1	200
53	Odontologista	1	100
54	Digitador	2	200
55	Encarregado do Transporte	1	200
56	Encarregado dos Maqueiros	1	200
57	Enfermeiro	116	150
58	Enfermeiro do Trabalho	1	150
59	Farmacêutico	10	180
60	Fisioterapeuta Clinico	20	150
61	Fonoaudiólogo	4	150
62	Maqueiro	23	200
63	Motorista	6	220
64	Nutricionista	12	150

7º TABELIONATO DE NOTAS

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
85	Psicólogo	10	150
86	Regente de Coral	1	150
87	Secretária	2	200
88	Supervisor Administrativo	5	220
89	Supervisor de Arquivo	1	200
70	Supervisor Fisioterapia da UTI	1	200
71	Supervisor Financeiro	1	200
72	Supervisor de Serviço Social	1	200
73	Supervisor de Farmácia Hospitalar	1	220
74	Supervisão de Porteiro/Recepcionista	1	200
75	Supervisor de Transporte	1	200
76	Supervisor do Almoxarifado	1	200
77	Supervisor de Enfermagem	4	220
78	Supervisor de Tecnologia de Informática	1	200
79	Supervisor Ouvidoria	1	200
80	Supervisor Patrimônio	1	200
81	Técnico Administração	1	220
82	Técnico de Nível Superior	10	200
83	Técnico em Enfermagem	213	150
84	Técnico em Manutenção Predial	1	220
85	Técnico Tecnologia da Informação	3	220
86	Técnico em Nutrição	1	180
87	Técnico em Laboratório	5	150
88	Técnico em Segurança do Trabalho	1	220
89	Tesoureiro	4	150
90	Terapeuta Ocupacional	7	150
	TOTAL	**741**	

As metas contratualizadas, através do contrato de gestão acima elencado vem sendo cumpridas mensalmente através de quadro técnico que conta com médicos especialistas para cada uma das especialidades acima descritas.



Leito/Especialidades	Qtd. Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetros	Internações
Cirurgia Oncológica	45	5.2	(365 ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	240
Clínica Oncológica	44	15.2	(365 ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	69
Clínica Geral	10	8.5	(365 ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	39
Total	**103**			**348**

METAS DE CIRURGIAS ONCOLOGICAS

ESPECIALIDADES	Nº DE CIRURGIAS/MÊS
Cirurgia Oncológica	288
Total	

Código	Procedimentos	META MENSAL
0702*...	CIRURGIA Oncológica	25

DIÁRIAS DA UTI

Código	Leito / Especialidade	Qtd Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetro	Internações
0802010... 0080	UTI I - Adulto (exc.)	15	4.8	(Dias ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	93
Total		**15**			

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA TORÁCICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas médica em Cirurgião Torácica	04	70
02.01.01.040-2	Diagnostico Biopsia de Pleura		20
02.05.04.001-7	Diagnostico por Broncoscopia		15
04.12-... 04.13.11-...	Cirurgias Toracicas	04	10
Total de Procedimentos em Cirurgia Torácica		**115**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOPELVE

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas em ginecologia cirurgica	05	120
03.01.01.007-2	Consultas em ginecologia clinica	03	120
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Coloproctal	03	120
02.11.04.002-9	Diagnostico em Colposcopia	-	80
04.09.07+...	Cirurgias em Oncopelve	05	22
Total de Procedimentos em Ginecologia		**482**	

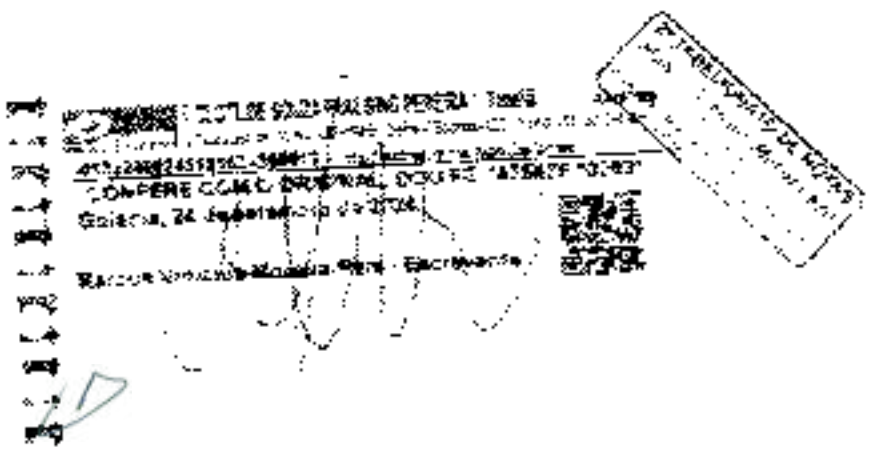
METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Urologia	07	40	240
02.01.01.041-0	Biópsia de Prostata	-	-	40
04.09+... 04.15.01+	Cirurgias em Urologia	05	20	16
Total de Procedimentos em Urologia		**296**		

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CIRURGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cirurgião Oncológico	6	32	200
04.06.02.007-8	Implante de cateter			10
04.07.04.019-6	Paracentese Abdominal	-	-	5
04.15.04+	Desbridamento	-	-	10
04.16+	Cirurgias em Oncologia Cirúrgica	8	24	40
Total de Procedimentos em Oncologia Cirúrgica				**265**

2º TABELIONATO DE NOTAS



METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA PLÁSTICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas com Cirurgião Plástico	01	06	10
04.16.06+	Cirurgia plástica em oncologia	01	08	4
Total de Procedimentos em cirurgia plástica				**14**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia)	02	20	260
02.09.01.005-3	Diagnostico por Retossigmoidoscopia	02	10	20
02.09.01.002-9	Diagnostico em Colonoscopia	02	20	100
02.09.01.001-39	Colangiopancreatografia retrograda (CPRE)	01	12	06
Total de Procedimentos em Gastroenterologia				**386**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CABEÇA E PESCOÇO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Cabeça e Pescoço	04	16	160
02.01.01+	Coleta de material por meio de punção	-	-	25
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	-	-	20
04.02+ 04.04+... 04.16.03+..	Cirurgias em cabeça e pescoço	0	16	12
Total de Procedimentos em Cabeça e Pescoço				**217**

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Goiânia, 24 de setembro de 2024.

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Ortopedia Oncológica	02	10	100
04.02+ 04.04+... 04.16.09+.	Cirurgias em ortopecia	02	16	10
Total de Procedimentos em Ortopedia Oncológica				**110**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM MASTOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Mastologia	03	12	200
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	-	-	20
02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	-	-	5
02.01.01.056-9	Biópsia / exérese de nódulo de mama	-	-	12
04.10.01+ 04.16.12+	Cirurgias em mastologia	03	20	16
04.10.01.007-3; 04.10.01.008-1	Cirurgias em reconstrução de mama	-	-	10
Total de Procedimentos em Mastologia				**263**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurocirurgia	03	08	80
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurologia Clinica	02	08	60
04.03.03+	Cirurgia em neurologia	02	16	8
Total de Procedimentos em Neurologia e Neurocirurgia				**148**

CLOVIS DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabelã
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Goiânia, 24 de setembro de 2024.
Marcos Vinicius Moreira Reis - Escrevente
TABELIONATO DE NOTAS

METAS DE PROCEDIMENTOS EM BUCO – MAXILO – FACIAL

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas com Buco-maxilo –facial	03	12	120
03.07.03.007-5	Laserterapia	-	-	20
04.03.03+...	Cirurgia em buco maxilo facial	03	16	10
Total de Procedimentos em Buco Maxilo Facial				**150**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cardiologia	01	08	130
02.05.01.003-2	Ecocardiografia transtorácica	-	-	90
02.11.02.003-6	Eletrocardiograma	-	-	120
Total de Procedimentos em Cardiologia				**340**

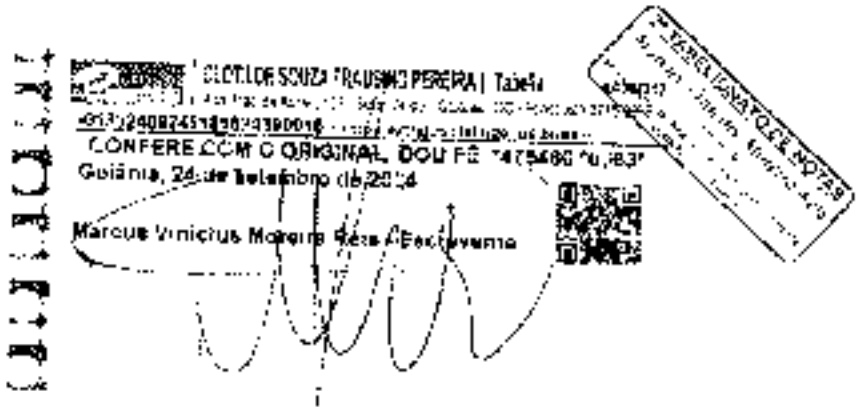
METAS DE PROCEDIMENTOS EM CÂNCER DE PELE E SARCOMA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Câncer de Pele e sarcoma	03	12	80
02.01.01.002-0	Biopsia / punção de tumor superficial da pele		-	40
04.01.02+. 04.16.08+.	Cirurgia em Dermatologia		-	09
Total de Procedimentos em Dermatologia				**129**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA VASCULAR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Parecer em Cirurgia Vascular	-	-	10
02.05.01.004-0	Diagnostico Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	-	-	12
04.06.05.001-2	Cirurgia Vascular	01	08	9
04.06.02.007-8	Implante Cateter	-	-	5
Total de Procedimentos em Cirurgia Vascular				**36**

2º TABELIONATO DE NOTAS


CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
Goiânia,
Marcus Vinicius

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ENDOCRINOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas em Endocrinologia	01	04	120

METAS DE PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas com Otorrinolaringologista	01	10	12

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01.01 007-2	Consultas Médicas Urológicas	01	20	20

METAS DE PROCEDIMENTOS EM HEMATOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01.01 007-2	Consultas Médicas em Hematologia	04	40	500
Total de Procedimentos em Hematologia				**500**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CLINICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01 01 007-2	Consultas Médicas em Oncologia Clinica	08	64	800
03.01 01 007 2	Consultas médica em Oncologia Clinica - TRIAGEM	-	-	200
Total de Procedimentos em Oncologia Clinica				**1.000**

MATILDE SOUZA PRAXEDES PEREIRA - Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. *475465*0083*
Goiânia, 24 de setembro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente
1º TABELIONATO DE NOTAS

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CLINICA DA DOR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas de Clinica da Dor	02	08	200
Total de Procedimentos em Clinica da Dor				**200**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM RADIOINTERVENÇÃO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Radiointervenção	02	08	55
	Procedimentos em Radiointervenção	02	18	55
02.02.09.019-1	Mielograma	-	-	24
02.01.01.030-5; 02.01.01.031-3; 02.01.01.032-1; 02.01.01.033-0	Coleta de material por meio de punção	-	-	10
Total de Procedimentos em Radiointervenção				**144**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Códigos	Procedimento	Meta
02.04.03+	Mamografia	420
02.04+	Radiologia	1200
02.05+	Ultrassonografia	500
02.06+...	Tomografia	2700
02.07+...	Ressonância Magnetica	20
02.06.01.009-5	PET-CT	20
	Diagnostico em Eletroencefalograma	06
	Diagnostico Punção Liquórica	10
	Diagnostico em Monitorização Intra Operatorio	07
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**4240**

CLOTILDE SOUZA PAUSINO PEREIRA | Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "475485 "0363"
Goiânia, 24 de setembro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente
2º TABELIONATO DE NOTAS

METAS DE URGENCIA E EMERGENCIA – SPA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.06.006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	-		700
03.01.06.002-9	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada	-		700
03.01.06-011-8	Acolhimento com Classificação de Risco	-		700
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico				**2100**

METAS DE PROCEDIMENTOS QUIMIOTERAPICOS

Código	Procedimentos Programados	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas do protocolo Quimioterapicos	700
0304+	Tratamento em Quimioterapia	1.100
	Total de Procedimentos Quimioterápicos	**1.800**

METAS FÍSICAS DA CASA DE APOIO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Equipe Multidisciplinar	Carga Horária Semanal	Meta
0301010046	Psicologia	2	30	270
	Serviço Social	2	30	350
	Terapeuta Ocupacional	2	30	390
Total				**1010**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Código	Procedimentos Programados	Meta
02.02+	Exames Clínicos Laboratoriais	33.000
02.03.01+	Exames de Citopatologia	350
02.03.02+	Exames de Anatomia Patologica	1.795
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**35.145**

1º TABELIONATO DE NOTAS

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO

Diante do exposto **ATESTA-SE** que a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** vem executando e operacionalizando as ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho, bem como possui experiência em: Gestão de Urgência/Emergencia Hemodiálise: Cirurgia Geral, Clinica Médica, Neuro/Cirurgia e Clinica; Cardiologia. Executa os protolocos Assistencia de Identificação do Paciente e cumpre fielmente as metas internacionais de Segurança do Paciente. Realiza Rounds Equipes Indisciplinares Médica Horizontal e nos Serviços de Emergencia. Possui Núcleo de Interno de Regulação e Alta Progamada com transição de cuidados desde **01.02.2022** ate a presente data de forma satisfatória com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho, gerindo a mão de obra acima apresentada, apresentando os Relatorios de Produtividade Mensal, a documentação pertinente a prestação de contas financeiras das competências. não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar técnica e comercialmente sua conduta.

São Luís, 27 de maio de 2024

KÁTIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVÃO
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

CONFERE COM O ORIGINAL DOU FE.
Goiânia, 24 de setembro de 2024.
Marcus Vinicius Nogueira Reis - Escrevente

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM DIREÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SIMILAR A UNIDADE DESTE CHAMAMENTO.

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **LEOBERTH SILVA ARAÚJO**, brasileiro, casado, Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão sob o numero 8121, autorizo a apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundaria similar à Unidade deste Chamamento, bem como manifesto meu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

Leoberth Araújo Silva

Médico

CRM/MA 8121

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL com sede na **Rua Sao Pantaleao nº 0**, Centro, doravante designada EMPREGADORA e **LEOBERTH SILVA ARAUJO**, portadora da Carteira Profissional nº **9726589/00040**, a seguir chamado apenas EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir da data de início da prestação de serviços, de acordo com as condições especificadas a seguir:

1 - Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de **DIRETOR TECNICO** com remuneração de R$ 15.000,00 (**quinze mil reais**), por mês. A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransferibilidade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adaptação desde que compatível com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado obedecendo o disposto no Parágrafo Único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação do serviço este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

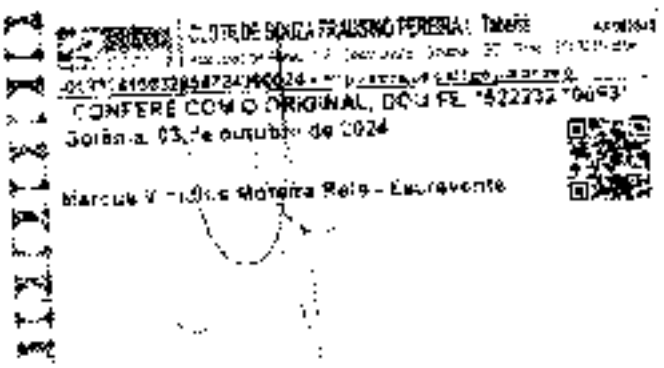
3 Operar-se-á rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo supra ou por vontade de uma das partes; rescindindo-se EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, nenhuma indenização é devida; rescindindo-se, antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o fim (metade do tempo combinado restante), nos termos do artigo 479 da C.L.T. com a alteração introduzida pelo Decreto-lei Nr. 229, de 28 de Fevereiro de 1967, sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

4 - Nos termos do § 2º do Artigo 43 da Consolidação das Leis do Trabalho, criada pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado tempo à disposição do EMPREGADOR: não será considerado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, quando o EMPREGADO, por escolha própria, buscar proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou nas condições climáticas, bem como aguardar ou permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras: práticas religiosas, descanso, lazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, troca de roupa ou uniforme, quando não houver obrigatoriedade de realizar a troca na empresa.

5 - Nos termos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, criada pela Lei 13.467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo pelo último disponibilizado desde a sua residência até a efetiva ocupação do posto de trabalho e para seu retorno, com chamada ou por qualquer meio de transporte custeado e fornecido pela EMPREGADORA, não será considerado de jornada de trabalho, por não ser tempo à disposição do último.

6 - O EMPREGADO declara, neste ato, que manifesta sua concordância com as mudanças de horário de trabalho e/ou escalas de trabalho, desde que sejam cumpridas as determinações legais, sendo que sua recusa se caracterizará em ato de indisciplina e insubordinação, podendo culminar, a critério do poder diretivo do EMPREGADOR, em sua dispensa por justo motivo.

Cartório de Notas
Para conferir o original, acesse o site http://www.tjpa.jus.br e informe o código de segurança
- Data Selo: AUFEN
Declarante: CARLOS ALBERTO GOMES SILVA JUNIOR
Selo(s): 1120 1 EAOEA 98121 YEMY 1


CONFERÊ COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *422732*00*3*
Sorriso, 03 de outubro de 2024

7 - O EMPREGADO manifesta sua concordância que as horas suplementares da jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à de sua execução, sendo que a quitação das horas remanescentes serão quitadas na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam o presente em Contrato em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

São Luís - MA, 01/02/2022

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

LEOBERTH SILVA ARAUJO

Leoberth Silva Araújo
Diretor Técnico
CRM/MA 8121
Hospital ... do Maranhão

CLOTILDE SOUZA FRASSINO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FE - 522237 "00183"

Goiânia, 03 de outubro de 2024

Marcus Vinicius Monteiro Reis - Escrevente

Termo de Prorrogação

Por mutuo acordo entre as partes, fica o presente contrato, que deveria vencer neste ato prorrogado até 01/05/2022.

São Luís - MA, ____ de _____ de _____.

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

LEOBERTH SILVA ARAUJO

Leoberth Silva Araújo
Diretor Técnico
CRM/MA 8121
Hospital ... do Maranhão

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 03/11/2021

Nome Civil: **LEOBERTH SILVA ARAUJO**
CPF: **026.978.323-78**
Data de Nascimento: 12/11/1987
Sexo: **Masculino**
Nacionalidade: **Brasileiro**
Nome da Mãe: **NILMA DE JESUS SILVA ARAUJO**

Contratos de Trabalho

- 01/02/2023 - Ativo

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ RAIZ: 4547276
Endereço: **RUA S 5 854 QUADRAS-19** LOTE 5 **SALA**
Ocupação: 131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE
Tipo de contrato: **Prazo Indeterminado**
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 16.000,00**
Remuneração Inicial: **R$ 15.262,40**
Última remuneração informada: **R$ 15.264,00** 05/2023
Posição de trabalho: Empregado
Fonte da informação: ESOCIAL
Anotações
01/02/2023 - Salário à Partir de R$ 15.262,40
01/02/2023 - Tipo de contrato alterado para Prazo Indeterminado
01/02/2023 - Admissão
Observações: -

CLOVIS DE SOUZA PRAUSINO PEREIRA - Tabelião
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. *52223C *0093*
Goiânia, 05 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Cartório de Notas

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, pessoa jurídica de direito público, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 02.973.240/0001-06, com sede na Avenida Carlos Cunha S/N Calhau, São Luís/MA, CEP 65.075-820. **ATESTA PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA TÉCNICA/PROFISSIONAL**, que o Sr. Waldesio Vieira de Moraes COREN/MA 361.942, RG 04295982201-10 SSP/MA CPF: 634.362.213-68, brasileiro, Enfermeiro presta serviços de Administração no cargo de Diretora Assistencial no Hospital de Câncer do Maranhão - Dr. Tarquínio Lopes Filho - UNACON com Serviço de Hematologia, 119 leitos sendo 16 Leitos UTI - Adulto e Casa de Apoio com 26 acomodações exercendo as atividades nos setores/áreas Oncologia 1 e 2/ Clínica Cirúrgica 1 e 2, UTI 1 e 2, Centro Cirúrgico, CME, Ambulatórios, Pronto Atendimento, SADT s, Quimioterapia, SCIH, Transportes, Engenharia Clínica, Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e áreas da equipe Multiprofissional Fisioterapia, Odontologia Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição Clínica, Farmácia Clínica e Serviço Social, no período de 01.02.2022 até a presente data, não havendo em nossos registros nada que possa desabonar sua conduta.

Por ser a expressão da verdade, firmamos o presente atestado de capacidade técnica.

São Luís, 06 de Julho de 2023.

CLOVIS SOUZA TRAJANO PEREIRA Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 07546S "L/163"
Gonçalo, 24 de setembro de 2004.
Marcia Vinicius Monteiro Rua Ascravante

KATIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVAO

Katia Cristina de Castro VeigaTrovão
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

Digitalizado com CamScanner

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O **GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES, ATESTA** que a Organização Social em Saúde OSS **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ABEAS**, pessoa jurídica de direito privado constituída na forma de associação civil, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.574.276/0001-34 estabelecida na Rua S-5, número 854 Quadra 19, Lote 5 Sala 5 1º andar Setor Bela Vista, Goiânia Goiás CEP: 74.823-460 **vem prestando os serviços de execução e operacionalização das ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho, através do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/MA e Processo Administrativo nº 98.771/2021, decorrente do Chamamento Público nº 02/2021-CSL/SES desde 01.02.2022 até a presente data**, cujas características da unidade de saúde são abaixo descritas

Desde o ano de 2014 o antigo Hospital Geral passou a ser um Hospital Especializado no diagnóstico e tratamento oncológico. Nesse sentido desde 2011 o Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes Filho é habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de Hematologia. Assim, pelo Plano Oncológico do Estado e como mencionado anteriormente, essa unidade de saúde é referência em oncologia para todo Estado do Maranhão

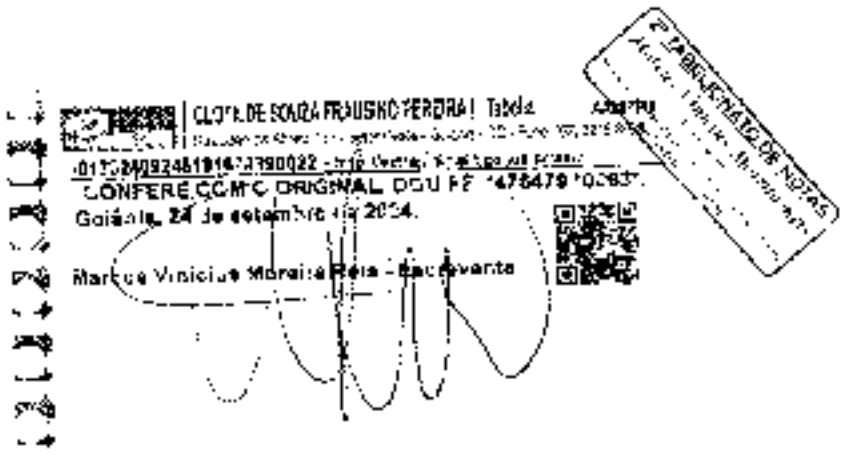
Atualmente, a unidade possui 118 (cento e dezoito) leitos de internação hospitalar sendo 44 (quarenta e quatro) leitos de oncologia clínica 59 (cinquenta e nove) leitos de oncologia cirúrgica, 15 (quinze) leitos de terapia intensiva – UTI. O Hospital do Câncer do Maranhão conta também com 06 (seis) salas de atendimento ambulatorial em mais de 20 especialidades oncológicas e área específica para exames de imagem, com salas para tomografia, radiologia, mamografia e ultrassom. Há, ainda, um Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia e 05 (cinco) leitos de recuperação pós-anestésica. O Salão de Quimioterapia possui 21 (vinte e uma) poltronas para medicação e um leito em caso de intercorrências

O Serviço de Pronto Atendimento, por sua vez, tem duas salas para atendimento médico de urgência e emergência, uma sala para curativos e outra para triagem, além de espaços com 06 (seis) poltronas para medicação, 10 (dez) leitos de observação 01 (um) de estabilização com 02 (dois) leitos e 05 (cinco) poltronas de hemotransfusão

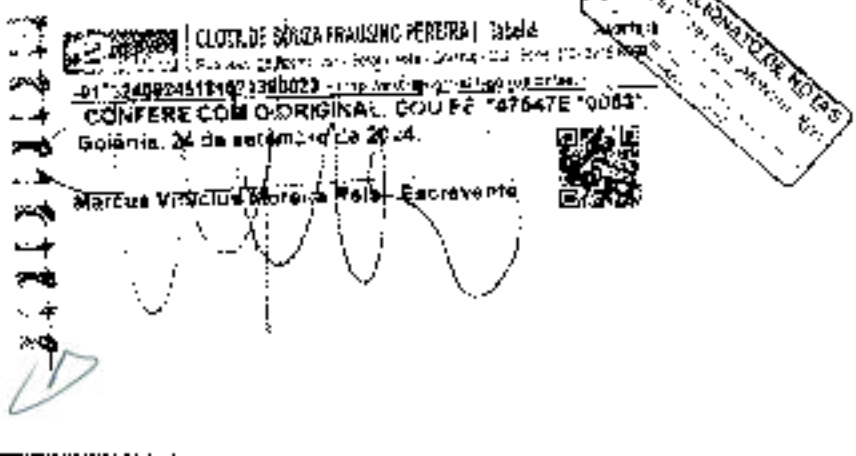
A habilitação do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquinio Lopes na qualidade de Hospital Oncológico pressupõe o cumprimento de metas quantitativas de atendimento que deverão ser observadas pela contratada em atenção a Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2015.

Na execução dos serviços de gestão e operacionalização de serviços de saúde do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes filho, a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, possui, em seu quadro de empregados, os profissionais abaixo relacionados

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
1	Agente de Portaria	27	220
2	Assistente Social	14	150
3	Aprendiz	6	150
4	Assistente Administrativo	74	220
5	Auxiliar de Farmácia	23	180
6	Bioquímico/Biomédico	5	150
7	Capelão	1	180
8	Comprador	1	200
9	Coordenador de Compras	1	200
10	Coordenador Financeiro	1	200
11	Coordenador Contratos	1	200
12	Coordenador Departamento Pessoal	1	200
13	Coordenador de Radiologia/Setor de Imagem	1	200
14	Coordenador Enfermagem NIR	1	200
15	Coordenação Enfermagem de Internação	1	200
16	Coordenação de Enfermagem de SCIRAS	1	200
17	Coordenação de Enfermagem COCEPE	1	200
18	Coordenação de Enfermagem de Vigilância	1	200
19	Coordenador Enfermagem Nefrologia	1	200
20	Coordenação do CIDOT	1	200
21	Coordenação Enfermagem Centro Cirurgico	1	200
22	Coordenação de Enfermagem de SPA	1	200
23	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncologica 1	1	200
24	Coordenação de Enfermagem da Clinica Oncológica 2	1	200
25	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirúrgica 1	1	200
26	Coordenação de Enfermagem da Clinica Cirúrgica 2	1	200
27	Coordenação de Enfermagem da UTI 1 e 2	1	200
28	Coordenação de Enfermagem da CME	1	200
29	Coordenação de Enfermagem Curativos	1	200

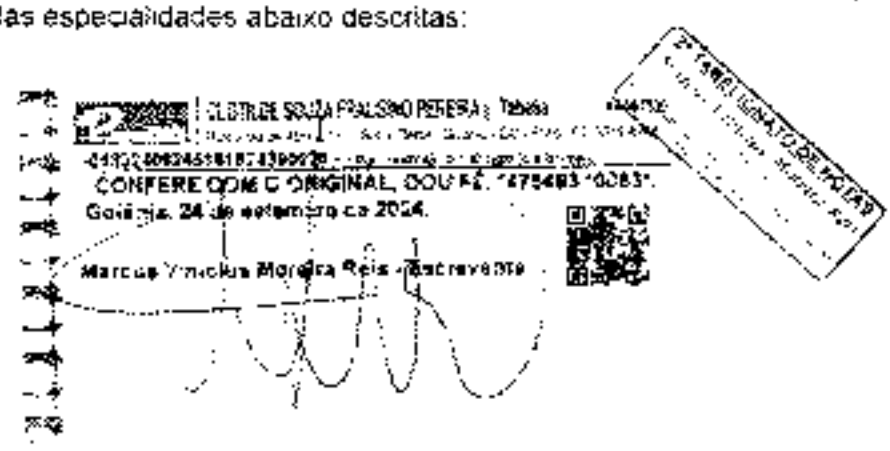

CLOVIS DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabelia
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FE
Goiania, 24 de setembro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
30	Coordenação Enfermagem NEP	1	200
31	Coordenação de Enfermagem no Ambulatório - SADT	1	200
32	Coordenação de Ambulatorio	1	200
33	Coordenação de Enfermagem de Qualidade	1	200
34	Coordenação de Casa de Apoio	1	200
35	Coordenação de Atendimento	1	200
36	Coordenação de Registro Hospitalar de	1	200
37	Coordenação de Recursos Humanos	1	200
38	Coordenação de OPME	1	200
39	Coordenador Auditoria Enfermagem	1	200
40	Coordenador de Faturamento	1	200
41	Coordenador da Equipe Multiprofissional	1	200
42	Coordenador de Farmacia Ambulatorial	1	200
43	Supervisor de Manutenção	1	200
44	Coordenador da Farmacia Hospitalar	1	200
45	Coordenador Serviço de Nutrição	1	200
46	Coordenador Agencia Transfusional	1	200
47	Coordenador Tecnologia da Informação	1	200
48	Coordenador Serviço Social	1	200
49	Diretor Técnico	1	200
50	Diretor Assistencial	1	200
51	Diretor Administrativo	1	200
52	Diretor Geral	1	200
53	Odontologista	1	150
54	Digitador	2	200
55	Encarregado do Transporte	1	200
56	Encarregado dos Maqueiros	1	200
57	Enfermeiro	116	150
58	Enfermeiro do Trabalho	1	150
59	Farmacêutico	10	180
60	Fisioterapeuta Clinico	20	150
61	Fonoaudiólogo	4	150
62	Maqueiro	23	220
63	Motorista	6	220
64	Nutricionista	12	180


CLOVIS DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabelia
CONFERE COM O ORIGINAL. GOU Pé "47647E "0063".
Goiânia, 24 de setembro de 2024.
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
65	Psicólogo	10	150
66	Regente de Coral	1	180
67	Secretária	2	200
68	Supervisor Administrativo	5	200
69	Supervisor de Arquivo	1	200
70	Supervisor Fisioterapia da UTI	1	200
71	Supervisor Financeiro	1	200
72	Supervisor de Serviço Social	1	200
73	Supervisor de Farmacia Hospitalar	1	200
74	Supervisão de Portaria/Recepcionista	1	200
75	Supervisor de Transporte	1	200
76	Supervisor do Almoxarifado	1	200
77	Supervisor de Enfermagem	4	200
78	Supervisor de Tecnologia de Informatica	1	200
79	Supervisor Ouvidoria	1	200
80	Supervisor Patrimônio	1	200
81	Técnico Administração	3	220
82	Técnico de Nível Superior	10	200
83	Técnico em Enfermagem	273	150
84	Técnico em Manutenção Predial	1	220
85	Técnico Tecnologia da Informação	3	220
86	Técnico em Nutrição	1	180
87	Técnico em Laboratorio	5	150
88	Técnico em Segurança do Trabalho	3	220
89	Telefonista	4	150
90	Terapeuta Ocupacional	7	150
	TOTAL	**741**	

As metas contratualizadas, através do contrato de gestão acima encacado, vem sendo cumpridas mensalmente através de quadro técnico, que conta com medicos especialistas para cada uma das especialidades abaixo descritas:



Leito/Especialidades	Qtd. Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetros	Internações
Cirurgia Oncológica	49	5.2	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	240
Clínica Oncológica	44	16,2	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	09
Clínica Geral	10	6,5	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	39
Total	**103**			**348**

METAS DE CIRURGIAS ONCOLOGICAS

ESPECIALIDADES	Nº DE CIRURGIAS/MÊS
Cirurgia Oncológica	288
Total	

Código	Procedimentos	META MENSAL
0702+...	OPME Oncológico	25

DIÁRIAS DA UTI

Código	Leito / Especialidade	Qtd Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetro	Internações
080201 0083	UTI I – Adulto - Tipo II	15	6,8	(30d ÷ TMP) X Qtd Leitos X 85%	56
Total		**15**			

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA TORÁCICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas médica em Cirurgião Torácica	04	70
02.01.01.040-2	Diagnostico Biópsia de Pleura		20
02.09.04.001-7	Diagnostico por Broncoscopia		15
04.12+ 04.16.11+	Cirurgias Torácicas	04	10
Total de Procedimentos em Cirurgia Torácica			**115**

1º TABELIONATO DE NOTAS

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOPELVE

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01 007-2	Consultas em ginecologia cirurgica	05	120
03 01.01 007-2	Consultas em ginecologia clinica	03	120
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Colorretal	03	120
02.11.04.002-9	Diagnostico em Colposcopia	-	80
04.09.07+...	Cirurgias em Oncopelve	05	22
Total de Procedimentos em Ginecologia		**462**	

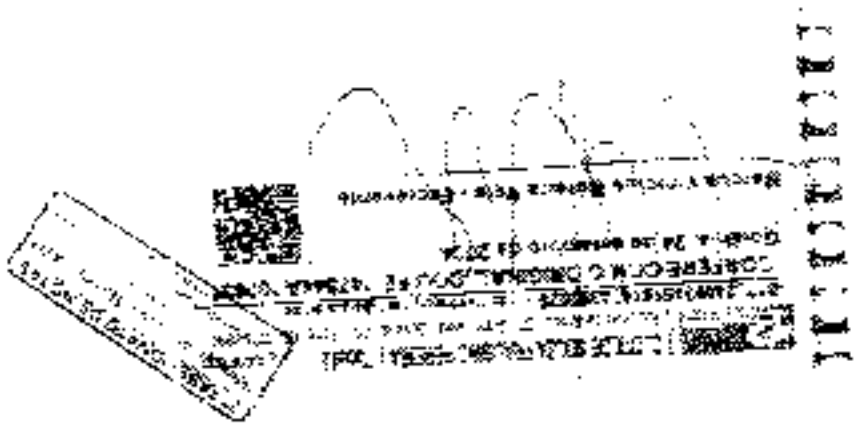
METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médica em Urologia	07	48	240
02 01 01 041-0	Biópsia de Próstata	-	-	40
04 09+ 04.16.01+...	Cirurgias em Urologia	06	20	16
Total de Procedimentos em Urologia		**296**		

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CIRURGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médica em Cirurgião Oncológico	8	32	200
04 06 02 007-8	Implante de cateter	-	-	10
04 07 04 019-6	Paracentese Abdominal	-	-	5
04.15.04+..	Desbridamento	-	-	10
04.16+...	Cirurgias em Oncologia Cirúrgica	8	24	40
Total de Procedimentos em Oncologia Cirúrgica				**265**

2º TABELIONATO DE NOTAS



METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA PLÁSTICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas com Cirurgião Plastico	01	08	10
04.16.08-1	Cirurgia plastica em oncologia	01	08	4
Total de Procedimentos em cirurgia plástica				**14**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
02 09 01 003-7	Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia)	02	20	250
02 09 01 005-3	Diagnostico por Retossigmoidoscopia	02	16	20
02 09 01 002-9	Diagnostico em Colonoscopia	02	20	100
02 09.01 001-09	Colangiopancreatografia retrograda (CPRE)	01	12	06
Total de Procedimentos em Gastroenterologia				**386**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CABEÇA E PESCOÇO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médicas em Cabeça e Pescoço	04	16	160
02 01 01-1	Coleta de material por meio de punção	-	-	25
02 09 04 004-1	Videofaringoscopia	-	-	20
04.02-1 04.04-1 04.16.05-1	Cirurgias em cabeça e pescoço	3	16	12
Total de Procedimentos em Cabeça e Pescoço				**217**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Ortopedia Oncológica	02	40	100
04.02+... 04.04+... 04.16.09+	Cirurgias em ortopedia	07	16	10
Total de Procedimentos em Ortopedia Oncológica				**110**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM MASTOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Mastologia	03	12	200
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	-	-	20
02.01.01.059-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	-	-	5
02.01.01.056-5	Biópsia / exérese de nódulo de mama	-	-	12
04.10.01+ 04.16.12+...	Cirurgias em mastologia	03	20	16
04.10.01.007-3; 04.10.01.009-1	Cirurgias em reconstrução de mama	-	-	10
Total de Procedimentos em Mastologia				**263**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medica em Neurocirurgia	03	08	80
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurologia Clínica	02	08	60
04.03.03+	Cirurgia em neurologia	02	16	8
Total de Procedimentos em Neurologia e Neurocirurgia				**148**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM BUCO – MAXILO – FACIAL

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas com Buco-maxilo –facial	03	12	120
03 07 03 007-5	Laserterapia	-	-	20
04 03 03+	Cirurgia em buco-maxilo-facial	03	16	10
Total de Procedimentos em Buco Maxilo Facial				**150**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01 01 007-2	Consultas Medica em Cardiologia	01	08	130
02 05 01 003-2	Ecocardiografia transtoracica	-	-	90
02 11 02 003-5	Eletrocardiograma	-	-	120
Total de Procedimentos em Cardiologia				**340**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CÂNCER DE PELE E SARCOMA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médica em Câncer de Pele e sarcoma	03	12	80
02 01 01.002-0	Biopsia / punção de tumor superficial da pele	-	-	40
04.01.02+... 04 16 08+	Cirurgia em Dermatologia	-	-	09
Total de Procedimentos em Dermatologia				**129**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA VASCULAR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Parecer em Cirurgia Vascular	-	-	10
02 05 01 004-0	Diagnostico Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	-	-	12
04 08 05 001-2	Cirurgia Vascular	01	08	8
04 06 02 007-8	Implante Cateter	-	-	5
Total de Procedimentos em Cirurgia Vascular				**35**

7º TABELIONATO DE NOTAS

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ENDOCRINOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas em Endocrinologia	01	04	120

METAS DE PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007 2	Consultas Médicas com Otorrinolaringologista	01	10	12

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007 2	Consultas Médicas Urologicas	01	20	20

METAS DE PROCEDIMENTOS EM HEMATOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01.007 2	Consultas Médicas em Hematologia	04	40	500
Total de Procedimentos em Hematologia				**500**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CLINICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Medicas em Oncologia Clinica	08	64	800
03 01.01 007-2	Consultas médica em Oncologia Clinica - TRIAGEM		-	200
Total de Procedimentos em Oncologia Clinica				**1.000**



METAS DE PROCEDIMENTOS EM CLINICA DA DOR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas de Clinico da Dor	02	38	200
Total de Procedimentos em Clinica da Dor				**200**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM RADIOINTERVENÇÃO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Radiointervenção	02	08	55
	Procedimentos em Radiointervenção	02	18	55
02.02.09.019-1	Mielograma			24
02.01.01.030-6; 02.01.01.031-3; 02.01.01.032-1, 02.01.01.033-0	Coleta de material por meio de punção			10
Total de Procedimentos em Radiointervenção				**144**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Códigos	Procedimento	Meta
02.04.03+..	Mamografia	420
02.04+..	Radiologia	1200
02.05+..	Ultrassonografia	500
02.06+...	Tomografia	2700
02.07+..	Ressonância Magnética	20
02.06.01.009-5	PET-CT	20
	Diagnostico em Eletroencefalograma	36
	Diagnostico Punção Liquórica	10
	Diagnostico em Monitorização Intra Operatória	32
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**4240**

CLÓVIS DE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeli
CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. 475458 "0053"
Goiânia, 24 de setembro de 2024.
Marcelo Vinicius de Moraes Reis - Escrevente

TABELIONATO DE NOTAS

METAS DE URGENCIA E EMERGÊNCIA – SPA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 06 006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	-	-	700
03 01 06 002-9	Atendimento de Urgência com Observação até 24 horas em Atenção Especializada	-	-	700
03 01 06-011-8	Acolhimento com Classificação de Risco	-	-	700
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico				**2100**

METAS DE PROCEDIMENTOS QUIMIOTERAPICOS

Código	Procedimentos Programados	Meta
03 01.01.007-2	Consultas Medicas do protocolo Quimioterápicos	700
0304+.	Tratamento em Quimioterapia	1 100
	Total de Procedimentos Quimioterápicos	**1.800**

METAS FÍSICAS DA CASA DE APOIO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Equipe Multidisciplinar.	Carga Horária Semanal	Meta
0301010048	Psicologia	2	30	270
	Serviço Social	2	30	350
	Terapeuta Ocupacional	2	30	390
Total				**1010**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Código	Procedimentos Programados	Meta
02 02+	Exames Clinicos Laboratoriais	33 000
02 03.01+	Exames de Citopatologia	350
02 03 02+.	Exames de Anatomia Patologica	1 799
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**35.149**

2º TABELIONATO DE NOTAS

Diante do exposto **ATESTA-SE** que a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** vem executando e operacionalizando as ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho bem como possui experiência em: Gestão de Urgência,Emergencia Hemodiálise; Cirurgia Geral; Clinica Medica; Neuro/Cirurgia e Clinica Cardiologia Executa os protolocos: Assistencia de Identificação do Paciente e cumpre fielmente as metas internacionais de Segurança do Paciente. Realiza Rounds, Equipes Indisciplinares: Medica Horizontal e nos Serviços de Emergencia. Possui Núcleo de Interno de Regulaçac e Alta Progamada com transição de cuidados desde **01.02.2022** até a presente data de forma satisfatoria com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho, gerindo a mão de obra acima apresentada apresentando os Relatorios de Produtividade Mensal, a documentaçao pertinente a prestação de contas financeiras das competências, não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar tecnica e comercialmente sua conduta

São Luís, 27 de maio de 2024.

KÁTIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVÃO
Secretaria Adjunta de Assistência a Saúde

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ
São Luís, 24 de setembro de 2024

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM DIREÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SIMILAR À UNIDADE DESTE CHAMAMENTO.

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **WALDÉSIO VIEIRA DE MORAES,** brasileiro casado, Enfermeiro, devidamento registrado no Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Maranhão, sob o número 361.942 autorizo a apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento, bem como manifesto meu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse**, localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

Waldésio Vieira de Moraes

Enfermeiro

COREN/MA 361.942

...certifico e dou fé que a presente [illegible] reconhecida por semelhança [illegible] Poder Judiciário [illegible] Selo Digital [illegible] Serventia: CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TABOCÃO [illegible] Consulte a autenticidade em [illegible]

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL com sede na Rua Rio Paraíba nº 10, Centro, doravante designada EMPREGADORA e WALDESIO VIEIRA DE MORAES, portador da Carteira Profissional nº 065921/00040, a seguir chamado aqui de EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir da data de início da prestação de serviços, em acordo com as condições especificadas a seguir:

1 Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de DIRETOR ASSISTENCIAL com remuneração de R$ 10.000,00 (dez mil reais) por mês. A circunstância, porém, de ser a função especificada não impede na obrigatoriedade de EMPREGADO para outros serviços que demonstrar maior capacidade de adaptação desde que compatíveis com sua condição pessoal.

2 O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado observando o disposto no Parágrafo 1º do Art. 445 da CLT. Assim, ao findo, continuando a prestação do serviço este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 Opera-se a rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo supra ou por vontade de uma das partes, sujeitando-se o EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, perdendo a indenização e aviso; rescindindo-se antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar 50% dos salários devidos até o fim (metade do termo combinado restante), nos termos do artigo 479 da CLT, com a alteração introduzida pelo Decreto-Lei Nº 229 de 28 de Fevereiro de 1967, sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

4 Nos termos do § 2º do Artigo 62 da Consolidação das Leis do Trabalho, criada pela Lei 13467/2017, o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado tempo à disposição do EMPREGADOR, § 5º, será computado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapassar o limite de cinco minutos previsto no § 1º do art. 58 da CLT, cabendo o EMPREGADO, por escolha própria, bem como exercer atividade pessoal, em caso de inobservância nas vias públicas ou mesmo aberta

Termo de Prorrogação

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, ODU FÉ. 1475473 "0083"

Goiânia, 24 de setembro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Carteira de Trabalho Digital

Data de emissão: 04/10/2019

Dados Pessoais

Nome Civil: **WALDESIO VIEIRA DE MORAES**
CPF: **634.382.213-68**
Data de Nascimento: **26/02/1983**

Contratos de Trabalho

- 01/02/2022 - Aberto

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ RAIZ: 4547276
Endereço: RUA S 5 354 QUADRA8-19 LOTE 5 SALA
Ocupação: 131205 - DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAUDE
Tipo de contrato: Prazo Indeterminado
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: **R$ 16.000,00**
Remuneração oficial: **R$ 13.242,40**
Última remuneração informada: **R$ 16.264,00** (09/2023)
Relação de trabalho: **Empregado**
Fonte da Informação: **ESOCIAL**

Anotações:

31/02/2023 - Salário alterado para R$ 17.000,00
01/05/2022 - Salário alterado para R$ 13.520,00
01/05/2022 - Tipo de contrato alterado para Prazo Indeterminado
15/03/2022 - Salário alterado para R$ 13.000,00
15/03/2022 - Tipo de contrato alterado para Prazo Determinado. Definido em 0 dias
01/02/2022 - Admissão

Observações:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por [illegible]
Acesse em https://etabs.tjsp.jus.br/etabs/validacao.seam
Código de validação: [illegible]



CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Pelo presente ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL com sede na Rua São Pantaleão nº 7, Centro, doravante denominada EMPREGADORA e MARCELO VIEIRA DE MORAIS, portador da Carteira Profissional nº 066921/00040, e doravante chamado apenas EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir de data de admissão do trabalhador do presente, de acordo com as condições estabelecidas a seguir:

1 - O EMPREGADO será admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de DIRETOR ASSISTENCIAL com remuneração de R$ 11.000,00 (onze mil reais) por mês e o cumprimento, porém, de seu horário especial não impede na obrigatoriedade do EMPREGADO para outro serviço no qual demonstre melhor capacidade de adaptação mesma que com ele não com sua condição pessoal.

2 - O prazo do presente Contrato será de 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogado automaticamente por mais 45 (quarenta e cinco) dias, findo o prazo, continuando a prestação de serviço este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Durante sua vigência do presente Contrato pela empresa não poderá haver qualquer alteração na área das atividades exercidas pelo EMPREGADO, pela EMPREGADORA sem prévia anuência e concordância do EMPREGADO, sob pena de ser considerado rescindido o presente contrato por iniciativa da EMPREGADORA, hipótese em que deverá ser paga pela EMPREGADORA toda a multa rescisória prevista pelo artigo 479 da C.L.T., com a atualização introduzida pela Lei nº 8.177 de 1º de março de 1991, sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Nem um aviso prévio é devido nesta hipótese de acordo com a Súmula 163 do TST.

4 - Nos termos do § 2º do Artigo 443 da Consolidação das Leis do Trabalho, tratando-se de contrato de experiência, o empregado declara que ciência e concorda que não será considerado perante a Previdência Social como período automaticamente o que exceder o lapso de trabalho, dias que ultrapassar o não será considerado como período automaticamente o que exceder o lapso de trabalho, dias que ultrapassar o prazo de duração previsto no § 2º do art. 58 da CLT, ficando o EMPREGADO por exclusiva própria, privado de direitos previstos previstos

4

[illegible]

4 - O EMPREGADO manifesta sua concordância que as horas suplementares da jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior a de sua execução, sendo [illegible] autorização das horas remanescentes serão pagas [illegible] do salário. [illegible] A um convencionado

E, nos estarem de pleno acordo, as partes contratantes assinam o presente em Contrato em duas vias [illegible] a primeira em poder da EMPREGADORA e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

[illegible]

SÃO LUIS - MA, 01/02/2022

SECRETARIA ESTADUAL DE [illegible]

VALDELI VIEIRA DE MORAIS

Sérgio Caldas
Depart Geral
Chefe Geral
Hospital de Clínicas de Imperatriz

[illegible]

Termo de Prorrogação

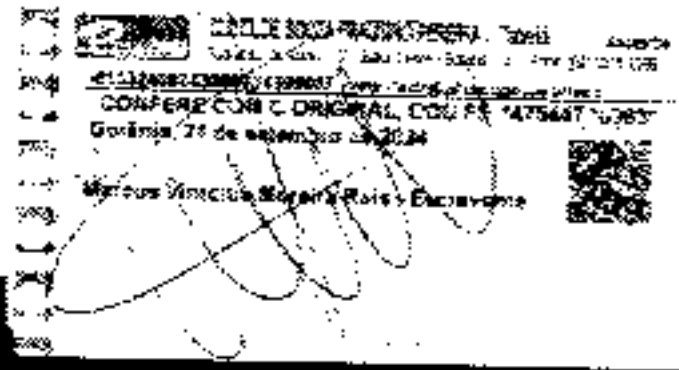
[illegible] DE 01/02/2022

SÃO LUIS - MA, _____ de _____ de _____

SECRETARIA ESTADUAL DE [illegible]

VALDELI VIEIRA DE MORAIS

Sérgio Caldas
Depart Geral
Chefe Geral
Hospital de Clínicas de Imperatriz



CONFERE COM O ORIGINAL

Goiânia, 21 de setembro de 2024

Marcus Vinicius Bueno Reis - Escrevente

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 04/10/2019

Nome Civil: **WALDESIO VIEIRA DE MORAES**
CPF: 634.362.213-68
Data de Nascimento: **26/02/1963**

Contratos de Trabalho

- [redacted] - Ativo

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ RAIZ: 4347273
Endereço: RUA S 5 554 QUADRA 28 LOTE 3 SALA
Ocupação: 131205 - DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Tipo de contrato: Prazo Indeterminado
Tipo de admissão: **Admissão**
Salário contratual: R$ 15.000,00
Remuneração inicial: R$ 13.242,45
Última remuneração (01/2024): R$ 15.264,60 - 05/2023
Relação de trabalho: Empregado
Fonte de informação: ESOCIAL

Anotações

- 02/2025 - Salário alterado para R$ 14.000,00
- 05/2023 - Salário alterado para R$ 13.303,00
- 01/2014 - Tipo de contrato alterado para Prazo Indeterminado
- 12/2012 - Salário alterado para R$ 13.000,00
- 11/2011 - Tipo de contrato alterado para Prazo Determinado (término em 2 a
- 01/2011 - Admissão

Observações: -

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ATESTADO DE CAPACIDADE TECNICA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE pessoa jurídica de direito público devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o nº [illegible] com sede na Avenida [illegible], [illegible], [illegible] CEP: 65.075-820 **ATESTA PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA TECNICA/PROFISSIONAL** que a S e Lopes Assessoria Pontes Cruzeiro Gerenciadora CNPJ 25.858.[illegible]/0001-51 UGSP/MA CRT: 801.048 São [illegible] Administradora Hospitalar presta serviços de Administrador [illegible] no cargo de Diretor do Ativo exercendo a Função de Gestão das Unidades Hospitalares através [illegible] Serviço de Nutrição e Dietética SND – Serviço de Higienização e Limpeza SHL – Serviço de Processamento de Roupa Hospitalar [illegible] e Logística Gerência de Gestão de Suprimentos Compras Armazenagem e Patrimônio no Hospital de Câncer do Maranhão – Dr. Tarquínio Lopes Filho – UNACON com [illegible] leitos [illegible] [illegible] Adulto e Casa de Apoio com 25 acomodações [illegible] de atividades [illegible] [illegible] Financeiro e Prestação de Contas no período de 01/01/2021 até a presente data [illegible] Havendo em nossos registros nada que possa desabonar a conduta.

Por ser a expressão da verdade firmamos o presente atestado de capacidade técnica

São Luís, 10 de agosto de 2022

Katia Trovão
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde

Certifico que os serviços são prestados conforme Atestado Capacidade Técnica
Sergio Eduardo
CRA 08276/MA
Responsável Técnico
ABEAS – Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social

Cartório [illegible]
AUTENTICAÇÃO DE CÓPIA POR MEIO DIGITAL
RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) DE [illegible]
Selo(s) [illegible]
Validar em [illegible]
SÃO LUÍS - MA, 10/08/2022 15:24:07 - [illegible]
NR SELO ELETRÔNICO: [illegible]
Em Testemunho [illegible]
Valdery Pires da Silva

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

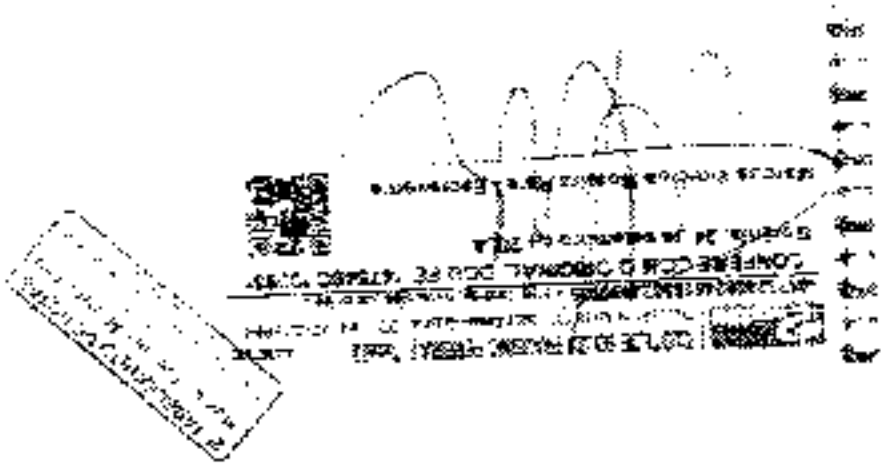
O **GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO,** por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES, ATESTA** que a Organização Social em Saúde OSS, **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – ABEAS,** pessoa jurídica de direito privado constituída na forma de associação civil, devidamente inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica sob o número 04.574.278/0001-34, estabelecida na Rua S-5, número 854, Quadra 19, Lote 5, Sala 8, 1º andar, Setor Bela Vista, Goiânia, Goiás, CEP: 74 823-460, **vem prestando os serviços de execução e operacionalização das ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho, através do Contrato de Gestão nº 01/2021 – SES/MA e Processo Administrativo nº 98.771/2021, decorrente do Chamamento Público nº 02/2021-CSL/SES desde 01.02.2022 até a presente data**, cujas características da unidade de saúde são abaixo descritas:

Desde o ano de 2014 o antigo Hospital Geral passou a ser um Hospital Especializado no diagnóstico e tratamento oncológico. Nesse sentido, desde 2011 o Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho é habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com serviço de Hematologia. Assim pelo Plano Oncológico do Estado e, como mencionado anteriormente, essa unidade de saúde é referência em oncologia para todo Estado do Maranhão.

Atualmente, a unidade possui 118 (cento e dezoito) leitos de internação hospitalar, sendo 44 (quarenta e quatro) leitos de oncologia clínica, 59 (cinquenta e nove) leitos de oncologia cirúrgica, 15 (quinze) leitos de terapia intensiva – UTI. O Hospital do Câncer do Maranhão conta também com 06 (seis) salas de atendimento ambulatorial em mais de 20 especialidades oncológicas e área específica para exames de imagem, com salas para tomografia, radiologia, mamografia e ultrassom. Há, ainda, um Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia e 05 (cinco) leitos de recuperação pós-anestésica. O Salão de Quimioterapia possui 21 (vinte e uma) poltronas para medicação e um leito em caso de intercorrências.

O Serviço de Pronto Atendimento, por sua vez, tem duas salas para atendimento médico de urgência e emergência, uma sala para curativos e outra para triagem, além de espaços com 06 (seis) poltronas para medicação, 10 (dez) leitos de observação, 01 (um) de estabilização com 02 (dois) leitos e 05 (cinco) poltronas de hemotransfusão.

A habilitação do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes na qualidade de Hospital Oncológico pressupõe o cumprimento de metas quantitativas de atendimento que deverão ser observadas pela contratada, em atenção à Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019.



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO

Na execução dos serviços de gestão e operacionalização de serviços de saúde do Hospital de Oncologia do Maranhão Dr Tarquinio Lopes filho a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, possui em seu quadro de empregados, os profissionais abaixo relacionados:

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
1	Agente de Portaria	27	220
2	Assistente Social	14	150
3	Aprendiz	6	150
4	Assistente Administrativo	74	220
5	Auxiliar de Farmácia	23	180
6	Bioquímico/Biomédico	5	150
7	Capelão	1	180
8	Comprador	1	200
9	Coordenador de Compras	1	200
10	Coordenador Financeiro	1	200
11	Coordenador Contratos	1	200
12	Coordenador Departamento Pessoal	1	200
13	Coordenador de Radiologia/Setor de Imagem	1	200
14	Coordenador Enfermagem NIR	1	200
15	Coordenação Enfermagem de Internação	1	200
16	Coordenação de Enfermagem de SCIRAS	1	200
17	Coordenação de Enfermagem COCEPE	1	200
18	Coordenação de Enfermagem de Vigilância	1	200
19	Coordenador Enfermagem Nefrologia	1	200
20	Coordenação de CIDOT	1	200
21	Coordenação Enfermagem Centro Cirúrgico	1	200
22	Coordenação de Enfermagem de SPA	1	200
23	Coordenação de Enfermagem da Clínica Oncológica 1	1	200
24	Coordenação de Enfermagem da Clínica Oncológica 2	1	200
25	Coordenação de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 1	1	200
26	Coordenação de Enfermagem da Clínica Cirúrgica 2	1	200
27	Coordenação de Enfermagem de UTI 1 e 2	1	200
28	Coordenação de Enfermagem do CME	1	200
29	Coordenação de Enfermagem Cirúrgicos	1	200

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
30	Coordenação Enfermagem NEP	1	200
31	Coordenação de Enfermagem no Ambulatório - SADT	1	200
32	Coordenação de Ambulatório	1	200
33	Coordenação de Enfermagem de Qualidade	1	200
34	Coordenação de Casa de Apoio	1	200
35	Coordenação de Atendimento	1	200
36	Coordenação de Registro Hospitalar de	1	200
37	Coordenação de Recursos Humanos	1	200
38	Coordenação de OPME	1	200
39	Coordenador Auditoria Enfermagem	1	200
40	Coordenador de Faturamento	1	200
41	Coordenador da Equipe Multiprofissional	1	200
42	Coordenador de Farmácia Ambulatorial	1	200
43	Supervisor de Manutenção	1	200
44	Coordenador da Farmácia Hospitalar	1	200
45	Coordenador Serviço de Nutrição	1	200
46	Coordenador Agencia Transfusional	1	200
47	Coordenador Tecnologia da Informação	1	200
48	Coordenador Serviço Social	1	200
49	Diretor Técnico	1	200
50	Diretor Assistencial	1	200
51	Diretor Administrativo	1	200
52	Diretor Geral	1	200
53	Odontologista	1	100
54	Digitador	2	200
55	Encarregado do Transporte	1	200
56	Encarregado dos Maqueiros	1	200
57	Enfermeiro	116	150
58	Enfermeiro do Trabalho	1	150
59	Farmacêutico	10	180
60	Fisioterapeuta Clinico	20	150
61	Fonoaudiologo	4	150
62	Maqueiro	23	200
63	Motorista	6	220
64	Nutricionista	12	180

	Descrição da Função	QTD	Carga Horária /sem
65	Psicólogo	10	150
66	Regente de Coral	1	180
67	Secretária	2	200
68	Supervisor Administrativo	6	200
69	Supervisor de Arquivo	1	200
70	Supervisor Fisioterapia da UTI	1	200
71	Supervisor Financeiro	1	200
72	Supervisor de Serviço Social	1	200
73	Supervisor de Farmácia Hospitalar	1	200
74	Supervisão de Portaria/Recepcionista	1	200
75	Supervisor de Transporte	1	200
76	Supervisor do Almoxarifado	1	200
77	Supervisor de Enfermagem	4	200
78	Supervisor de Tecnologia de Informática	1	200
79	Supervisor Ouvidoria	1	200
80	Supervisor Patrimônio	1	200
81	Técnico Administração	3	220
82	Técnico de Nível Superior	10	200
83	Técnico em Enfermagem	273	150
84	Técnico em Manutenção Predial	7	220
85	Técnico Tecnologia da Informação	3	220
86	Técnico em Nutrição	1	190
87	Técnico em Laboratório	5	150
88	Técnico em Segurança do Trabalho	3	220
89	Telefonista	4	150
90	Terapeuta Ocupacional	7	150
	TOTAL	**741**	

As metas contratualizadas, através do contrato de gestão acima elencado, vem sendo cumpridas mensalmente, através de quadro técnico, que conta com médicos especialistas para cada uma das especialidades abaixo descritas:



Leito/Especialidades	Qtd. Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetros	Internações
Cirurgia Oncológica	49	6,2	(30d – TMP) X Qtd Leitos X 85%	240
Clínica Oncológica	44	16,2	(30d – TMP) X Qtd Leitos X 85%	69
Clínica Geral	10	6,5	(30d – TMP) X Qtd Leitos X 85%	39
Total	**103**			**348**

METAS DE CIRURGIAS ONCOLOGICAS

ESPECIALIDADES	Nº DE CIRURGIAS/MÊS
Cirurgia Oncológica	288
Total	

Código	Procedimentos	META MENSAL
0702+...	CPME Oncológico	25

DIÁRIAS DA UTI

Código	Leito / Especialidade	Qtd Leitos	TMP (DIAS)	Parâmetro	Internações
0802010083	UTI I – Adulto – Tipo II	15	6,8	(30d – TMP) X Qtd Leitos X 85%	56
Total		**15**			

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA TORÁCICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas médica em Cirurgia Torácica	04	70
02.01.01.040-2	Diagnostico Biópsia de Pleura		20
02.09.04.001-7	Diagnostico por Broncoscopia		15
04.12+... 04.16.11+	Cirurgias Torácicas	04	10
Total de Procedimentos em Cirurgia Torácica		**115**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOPELVE

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Meta
03.01.01.007-2	Consultas em ginecologia cirúrgica	05	*20
03.01.01.007-2	Consultas em ginecologia clínica	03	*20
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Coloretal	03	120
02.11.04.002-9	Diagnóstico em Colposcopia	-	50
04.09.07 -	Cirurgias em Oncopelve	06	22
Total de Procedimentos em Ginecologia		**462**	

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Urologia	07	48	240
02.01.01.041-0	Biopsia de Prostata	-	-	40
04.09+ 04.16.01+	Cirurgias em Urologia	06	20	*6
Total de Procedimentos em Urologia		**296**		

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CIRURGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Cirurgião Oncologico	8	32	200
04.06.02.007-8	Implante de cateter	-	-	10
04.07.04.013-5	Paracentese Abdominal	-	-	5
04.16.04+	Desbridamento	-	-	10
04.16+	Cirurgias em Oncologia Cirúrgica	8	24	40
Total de Procedimentos em Oncologia Cirúrgica				**255**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA PLÁSTICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas com Cirurgião Plástico	01	06	10
04.16.08+	Cirurgia plástica em oncologia	01	08	4
Total de Procedimentos em cirurgia plástica				**14**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM GASTROENTEROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
02.09.01.003-7	Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia)	02	20	260
02.09.01.005-3	Diagnostico por Retossigmoidoscopia	02	10	20
02.09.01.002-9	Diagnostico em Colonoscopia	02	20	100
02.09.01.001-09	Colangiopancreatografia retrógrada (CPRE)	01	12	06
Total de Procedimentos em Gastroenterologia				**386**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CABEÇA E PESCOÇO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Cabeça e Pescoço	04	16	160
02.01.01+	Coleta de material por meio de punção	-	-	25
02.09.04.004-1	Videolaringoscopia	-	-	20
04.02+ 04.04+ 04.16.03+	Cirurgias em cabeça e pescoço	0	30	12
Total de Procedimentos em Cabeça e Pescoço				**217**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ORTOPEDIA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Ortopedia Oncológica	02	10	100
04.02+ 04.04+ 04.16.09+	Cirurgias em ortopedia	02	16	10
Total de Procedimentos em Ortopedia Oncológica				**110**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM MASTOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Mastologia	03	12	200
02.01.01.060-7	Punção de mama por agulha grossa	-	-	25
02.01.01.058-5	Punção aspirativa de mama por agulha fina	-	-	5
02.01.01.056-9	Biópsia / exérese de nódulo de mama	-	-	12
04.16.01+ 04.16.12+	Cirurgias em mastologia	03	20	16
04.16.01.007-3; 04.10.01.008-1	Cirurgias em reconstrução de mama	-	-	10
Total de Procedimentos em Mastologia				**263**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurocirurgia	03	36	80
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Neurologia Clínica	02	36	60
04.03.03+...	Cirurgia em neurologia	02	16	8
Total de Procedimentos em Naurologia e Neurocirurgia				**148**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM BUCO – MAXILO – FACIAL

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas com Buco-maxilo –facial	03	12	120
03 07 03 007-5	Laserterapia	-	-	20
04 03.03+	Cirurgia em buco-maxilo-facial	03	16	10
Total de Procedimentos em Buco Maxilo Facial				**150**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
33 01 01 007-2	Consultas Médica em Cardiologia	01	08	130
02 05 01 003-2	Ecocardiografia transtoracica	-	-	90
02 11 02 003-6	Eletrocardiograma	-	-	120
Total de Procedimentos em Cardiologia				**340**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CÂNCER DE PELE E SARCOMA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Consultas Médica em Câncer de Pele e sarcoma	03	12	80
02 01 01 002-0	Biopsia / punção de tumor superficial da pele	-	-	40
04.01.02+... 04.16.08+	Cirurgia em Dermatologia	-	-	09
Total de Procedimentos em Dermatologia				**129**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA VASCULAR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03 01 01 007-2	Parecer em Cirurgia Vascular			10
02 05 01 004-0	Diagnostico Ultrassonografia Doppler colorido de vasos		-	12
04 06 05.001-2	Cirurgia Vascular	01	08	8
04 06 02 007-8	Implante Cateter		-	5
Total de Procedimentos em Cirurgia Vascular				**35**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ENDOCRINOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Endocrinologia	01	04	120

METAS DE PROCEDIMENTOS EM OTORRINOLARINGOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas com Otorrinolaringologista	01	10	12

METAS DE PROCEDIMENTOS EM UROLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas Urologicas	01	20	20

METAS DE PROCEDIMENTOS EM HEMATOLOGIA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Hematologia	04	40	500
Total de Procedimentos em Hematologia				**500**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM ONCOLOGIA CLINICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Medicas em Oncologia Clinica	08	24	800
03.01.01.007-2	Consultas Médica em Oncologia Clinica - (TRIAGEM)	-	-	200
Total de Procedimentos em Oncologia Clinica				**1.000**

[illegible]

METAS DE PROCEDIMENTOS EM CLINICA DA DOR

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas de Clínica da Dor	02	08	200
Total de Procedimentos em Clínica da Dor				**200**

METAS DE PROCEDIMENTOS EM RADIOINTERVENÇÃO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.01.007-2	Consultas Médicas em Radiointervenção	02	08	56
	Procedimentos em Radiointervenção	02	08	88
02.02.06.019-1	Mielograma			24
02.01.01.030-5 02.01.01.031-3 02.01.01.032-1 02.01.01.033-0	Coleta de material por meio de punção			10
Total de Procedimentos em Radiointervenção				**144**

METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Códigos	Procedimento	Meta
02.04.03+	Mamografia	420
02.04+	Radiologia	1200
02.05+	Ultrassonografia	500
02.06+	Tomografia	2700
02.07+	Ressonância Magnética	20
02.06.01.009-5	PET-CT	20
	Diagnóstico em Eletroencefalograma	96
	Diagnóstico Punção Lombar	10
	Diagnóstico em Monitorização Intra Operatório	32
Total de Procedimentos em Apoio Diagnóstico e Terapêutico		**4240**

CONFERE COM O ORIGINAL DOU DE 17/04/15

METAS DE URGENCIA E EMERGENCIA – SPA ONCOLOGICA

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Médicos	Carga Horária Semanal	Meta
03.01.06.006-1	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada			700
03.01.06.002-9	Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada			700
03.01.06-011-8	Acolhimento com Classificação de Risco			700
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico				**2100**

METAS DE PROCEDIMENTOS QUIMIOTERAPICOS

Código	Procedimentos Programados	Meta
03.31.01.007-2	Consultas Medicas de atendimento Quimioterapicos	700
0334+	Tratamento em Quimioterapia	1.100
	Total de Procedimentos Quimioterápicos	**1.800**

METAS FÍSICAS DA CASA DE APOIO

Códigos	Procedimento	Número de Profissionais Equipe Multidisciplinar	Carga Horária Semanal	Meta
030101004-5	Psicologia	2	30	270
	Serviço Social	2	30	390
	Terapeuta Ocupacional	2	30	390
Total				**1010**

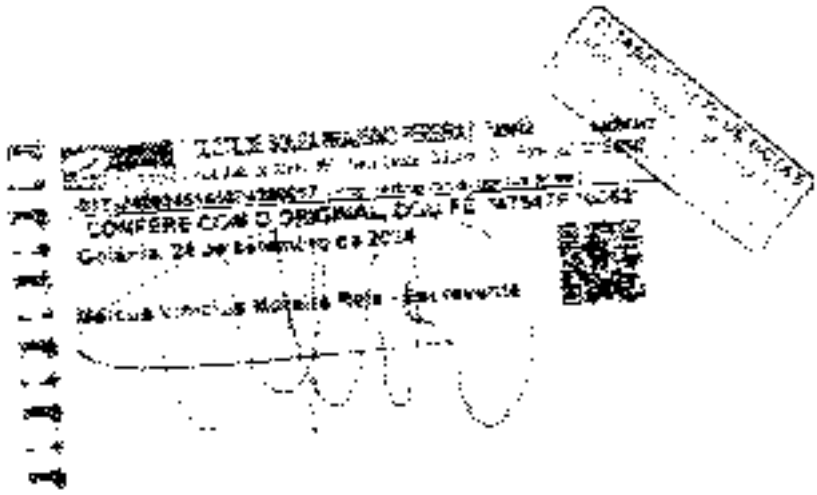
METAS DE SERVIÇO DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPÊUTICO (SAOT)

Código	Procedimentos Programados	Meta
02.02+	Exames Clínicos Laboratoriais	33.000
02.02.11+	Exames de Citopatologia	350
02.03.32+	Exames de Anatomia Patologica	1.796
Total de Procedimentos em Apoio Diagnostico e Terapêutico		**35.149**

Diante do exposto **ATESTA-SE** que a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** vem executando e operacionalizando as ações e serviços de saúde no Hospital de Oncologia do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho bem como possui experiência em: Gestão de Urgência/Emergência Hemodiálise; Cirurgia Geral; Clínica Médica; Neuro Cirurgia e Clínica Cardiológica. Executa os protolocos: Assistência de identificação do Paciente e cumpre fielmente as metas internacionais de Segurança do Paciente. Realiza Rounds; Equipes Indisciplinares, Medica Horizontal e nos Serviços de Emergência. Possui Núcleo de Interno de Regulação e Alta Programada com transição de cuidados desde **01.02.2022** até a presente data de forma satisfatória, com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho gerindo a mão de obra acima apresentada apresentando os Relatórios de Produtividade Mensal, a documentação pertinente à prestação de contas financeiras das competências, não havendo em nossos registros, até o presente momento, nada que possa desabonar técnica e comercialmente sua conduta.

São Luís 27 de maio de 2024

KATIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVÃO
Secretária Adjunta de Assistência à Saúde



POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE - POSSE. LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATORIOS DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM DIREÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SIMILAR À UNIDADE DESTE CHAMAMENTO.

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **LEYZA AZAMBUJA PATIÑO CRUZATTI GRAIEWSKA,** brasileira, casada, Administradora Hospitalar, devidamente registrada no Conselho Regional de Administração do Paraná, sob o número 25.855, autorizo a apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento, bem como manifesto meu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

LEYZA AZAMBUJA PATINO CRUZATTI GRAIEWSKA:66304890582

Assinado de forma digital por LEYZA AZAMBUJA PATINO CRUZATTI GRAIEWSKA:66304890582

Leyza Azambuja Patiño Cruzatti Graiewska

Administradora Hospitalar

CRA/PR MA 25.855

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Entre a empresa ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL com sede na Rua São Raimundo nº 0, Centro, doravante designada EMPREGADORA e LEYZA AZAMBUJA PEIXOTO CRUZ GRAIEWSKA, portadora da Carteira Profissional nº 0690488/0003, a seguir chamado apenas EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO de EXPERIÊNCIA, que terá vigência de 30 dias de acordo com as condições especificadas a seguir.

- Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de DIRETORIA DE APOIO com remuneração de R$ 13.000,00 (treze mil reais), por mês. A circunstância, porem, de ser a função especificada não importa na obrigatoriedade do EMPREGADO para com outras, para as quais demonstre aptidão e capacidade de adaptação desde que compatíveis com sua condição pessoal.

- O prazo do presente Contrato será de 45 dias, podendo ser prorrogado, observando o disposto no Parágrafo único do art. 445 da CLT. Após tal prazo, continuando a prestação de serviço, este contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

- Operar-se-á rescisão do presente Contrato uma decorrência do prazo supra ou com vencido de uma das partes, resultando do EMPREGADO ou pela EMPREGADORA, qualquer que seja, nenhuma indenização é devida, rescindindo-se antes do prazo, pela EMPREGADORA, fica esta obrigada a pagar ao EMPREGADO a importância correspondente a (metade do tempo contratado restante), nos termos do artigo 479 da CLT, com a redação introduzida pela Declaração Nr. 229, de 28 de Fevereiro de 1967, sem prejuízo do disposto no Regulamento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

Nos termos do § 2º do Artigo 4º da Consolidação das Leis do Trabalho, fica ajustado pelo presente instrumento que o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado como período extraordinário o que exceder a jornada de trabalho, ainda que ultrapasse o limite de cinco minutos previsto no § 1º do artigo da CLT, durante o qual o EMPREGADO por conta própria, ou para proteção pessoal, em caso de insegurança nas vias públicas ou meios condições climáticas, bem como aquele que permanecer nas dependências da empresa para serem realizados serviços particulares, tais como: higiene pessoal, descanso, lazer, estudo, alimentação, atividades de relacionamento social, higiene pessoal, bem como outras atividades, quando não houver obrigatoriedade de realizar a hora no empregador.

- Aos efeitos do § 2º do artigo 58 da Consolidação das Leis do Trabalho, fica ajustado pelo presente instrumento que o empregado declara sua ciência e concordância de que o tempo gasto pelo(a) empregado(a) para a efetiva atividade de ato de trabalho é parte do mesmo, compreendendo o tempo [illegible] disposição do(a) empregador(a).

- O EMPREGADO declara, neste ato, que concorda com a sua contratação para o cargo de Auxiliar de Cozinha, Cozinheiro(a), Ajudante de Cozinha, Garçom, Copeiro(a), Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de Limpeza, Auxiliar de Lavanderia, Auxiliar de Manutenção, Motorista, Recepcionista, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Enfermeiro(a), Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo(a), Assistente Social, Médico(a), Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar de Farmácia, Farmacêutico(a), Auxiliar de Laboratório, Técnico em Laboratório, Auxiliar de Radiologia, Técnico em Radiologia, Auxiliar de Fisioterapia, Técnico em Fisioterapia, Auxiliar de Nutrição, Técnico em Nutrição, Auxiliar de Psicologia, Técnico em Psicologia, Auxiliar de Serviço Social, Técnico em Serviço Social, Auxiliar de Medicina, Técnico em Medicina, Auxiliar de Odontologia, Técnico em Odontologia, Auxiliar de Farmácia, Técnico em Farmácia,

7 - O EMPREGADO manifesta sua concordância que as horas suplementares da jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior a de sua realização, sendo que a duração das horas remanescentes serão quitadas no folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam a presente em Contrato em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

São Luís - MA 01/02/2022

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL GRAENSKA

CLEITE DE SOUZA FRANCISCO PEREIRA | Tabelião

CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. 1438458 *0043*.

Goiânia, 25 de setembro de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

arrogação

Por mútuo acordo entre as partes, fica a presente contrato, com duração de [illegible] a data de [illegible] de [illegible].

São [illegible] de [illegible] de [illegible]

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de Consulta: 21/06/2023

Nome Civil: **LEYZA AZAMBUJA PATINO CRUZATTI GRAIEWSKA**
CPF: **683.048.906-82**
Data de Nascimento: 11/12/1973
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **MARIA AZAMBUJA PATINO CRUZATTI**

Contratos de Trabalho

- [redacted]

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL
CNPJ RAIZ: 4547278
Endereço: RUA S S 854 QUADRA S-8 LOTE S SALA
Ocupação: 123105 - DIRETOR ADMINISTRATIVO
Tipo de Contrato: Prazo Indeterminado
Tipo de Admissão: Admissão
Salário Contratual: R$ 16.000,00
Remuneração Atual: R$ 13.247,42
Última Remuneração Informada: R$ 16.264,20 (07/2023)
Vínculo de Trabalho: Empregado
Forma de Admissão: ESOCIAL
Anotações

01/12/2022 - Salário alterado para R$ 16.000,00

01/12/2022 - Tipo de contrato alterado para Prazo Indeterminado

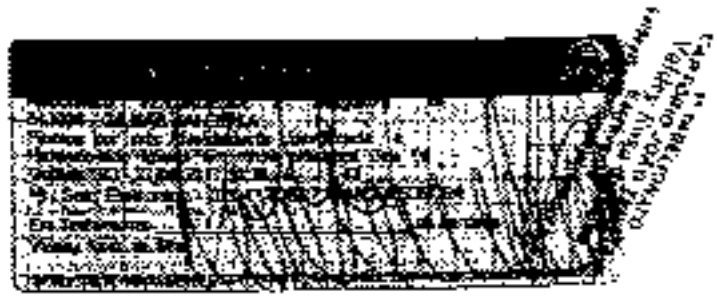
01/12/2022 - Admissão

Observações: -

CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ. [redacted]

Goiânia, 21 de setembro de 2023

[redacted]



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA PROFISSIONAL

Atestamos para os devidos fins que o Sr. Reginaldo Costa Biffe, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, CRA -GO nº 14928, RG 2000010376650 SSP/CE CPF/MF 111.956.673/68, domiciliado na Rua Tapajós nº 40, núcleo residencial de Carajás, na cidade de Parauapebas – PA, exerceu no período de 2004 a 2009 função de Diretor Geral, responsável pela gestão do Hospital Yutaka Yakeda, de propriedade da Companhia Vale do Rio Doce.

1 - **HOSPITAL YUTAKA TAKEDA - PARAUPEBAS – PA** , CNES: **2673886 CNPJ: 24.232.886/0013-96** – possui **53** leitos, média e baixa complexidade, com a colaboração de **256** profissionais, qualificados como porte médio. Hospital manteve em média, os seguintes números

Volume de internação: **8.562**
Volume de SADT: **805.746**
Volume de consultas ambulatoriais: **282.720**
Volume de cirurgias de baixa e média complexidade. **5.466**
Volume de atendimento no Pronto Socorro/Pronto Atendimento: **256.282**

Participou da gestão, operacionalização, organização e gerenciamento todos setores administrativos, assistenciais e de apoio.

O profissional demostrou capacidade de realizar as atividades e que se propôs e exerceu suas funções com natureza qualitativas satisfatória, além de cumprir regularmente os prazos a que se comprometeu.

Parauapebas 26 de dezembro de 2009

Gilmar Bandeira **CRA- GO 4982 RD**
Diretor Operacional
Pró Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO DA REGIÃO NORDESTE – POSSE, LOCALIZADA NA AVENIDA JUSCELINO K. DE OLIVEIRA, SETOR BUENOS AIRES, MUNICÍPIO DE POSSE, ESTADO DE GOIÁS.

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE E AUTORIZAÇÃO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM DIREÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SIMILAR À UNIDADE DESTE CHAMAMENTO.

ESTADO DE GOIÁS – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 08/2024-SES/GO

PROCESSO: 202400010036942

Eu, **REGINALDO COSTA SIFFE,** brasileiro, solteiro, Administrador Hospitalar, devidamente registrado no Conselho Regional de Administração de Empresas do Estado de Goiás, sob o número 14928-RS, autorizo a apresentação de atestados de capacidade técnica emitidos em meu favor, para fins de comprovação de experiência prévia em direção de unidade de saúde de atenção secundária similar à Unidade deste Chamamento, bem como manifesto meu interesse em atuar na **Policlínica Estadual da Região Nordeste - Posse,** localizada no Município de Posse, Estado de Goiás.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Goiânia, Goiás, 07 de outubro de 2024.

Reginaldo Costa Siffe

Administrador Hospitalar

CRA 14928-RS/GO

Rua S-5 nº 854 Quadra N - 19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP. 74.823-460 Goiânia - GO
Fone: (62) 9944-9666 - E-mail: abeas@abeas.org.br www.abeas.org.br

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

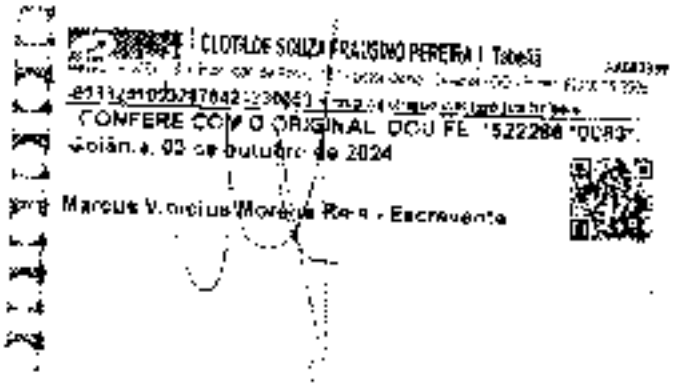
Entre a empresa ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL com sede na Rua 5 [illegible], [illegible] - Setor Industrial - doravante designada EMPREGADORA e REGINALDO COSTA BISPO doravante denominado EMPREGADO, é celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá a vigência a partir da data de início de prestação de serviços, de acordo com as normas legais aplicáveis e cláusulas abaixo:

1 - O (a) EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA para a função de DIRETOR DE OPERAÇÕES com remuneração de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) por mês à qual [illegible] acrescido de 30% a título de função especificada não incorre na inadimplência do EMPREGADO para outra semelhante, [illegible] maior vulto desde de acordado desde que convencionado com sua contratação inicial.

2 - O prazo do presente contrato será de 45 dias podendo ser prorrogado automaticamente a depender do Relatório de [illegible] após tal prazo renovando a prestação de serviço aqui contrato passará a vigorar por prazo indeterminado.

3 - Operando-se rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo acima ou por vontade de uma das partes, [illegible] EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com justa causa, nem uma indenização e direitos respectivos [illegible] relativos ao prazo de 8 EMPREGADORA. Fica esta obrigada o pagar 50% dos salários devidos até o final [illegible] ao tempo como nada restante, nos termos do artigo 479 da CLT, com a alteração introduzida pela Declaração [illegible] nº 910, de 23 de fevereiro de 1967, sem prejuízo do pagamento do Saque/Levantamento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

4 - Nos termos do § 2º do artigo 68 da Consolidação das Leis do Trabalho [illegible] Lei 13.467/2017 o empregado declara sua ciência e concordância que não será considerado tempo à disposição do EMPREGADOR, [illegible] não será considerado como tempo extraordinário o que exceder à jornada de trabalho, ainda que [illegible] [illegible] de tinta minutos [illegible] do § 1º do art. 58 da CLT, quando o EMPREGADO por escolha própria, [illegible] proteção pessoal, em caso de inadequação nas vestimentas ou mais condições [illegible] para com o EMPREGADOR permanecer nas dependências da empresa para exercer atividades particulares, entre outras [illegible] [illegible] [illegible]


CLOTILDE SOUZA FRANCISCO PEREIRA | Tabeliã
CONFERE COM O ORIGINAL DOU FE 522288 "DOU FE".
Goiân.a, 03 de outubro de 2024
Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

7 - O EMPREGADO manifesta sua concordância que as horas suplementares de jornada de trabalho normal serão compensadas diretamente até a semana imediatamente posterior à de sua execução, sendo que a quitação das horas remanescentes serão quitadas na folha de pagamento do mês subsequente, caso não sejam compensadas.

E por estarem de pleno acordo, as partes contratantes, assinam a presente em Contrato em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, que dela dará o competente recibo.

CONFERE COM O ORIGINAL DOU/PE

Goiânia, 14 de maio de 2024.

Marcus Vinicius Moreira Reis - Escrevente

Goiânia - GO, 01/07/2023.

ASSOC NACIONAL BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

REGINALDO COSTA SILVA

ABEAS
Associação Brasileira de Entidades
de Assistência Social
Gênesis Bandeira

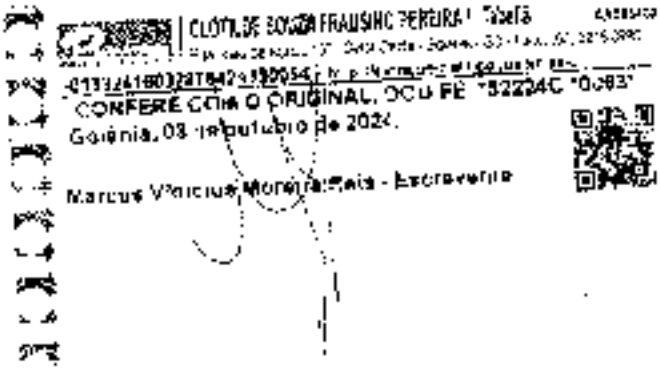
Termo de Prorrogação

Por mútuo acordo entre as partes, o presente contrato, que deveria vencer nesta data prorrogado até 29/30/2023.

Goiânia - GO, ____ de _____ de _____

ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

REGINALDO COSTA SILVA


CONFERE COM O ORIGINAL, OCU FE
Goiânia, 03 de outubro de 2024.
Marcus Vinicius Monteiro Reis - Escrevente

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO



CLOTILDE SOUZA FONSÊCA PEREIRA | 19/03/1958

-01324199328784230055 - Para conferência acesse www.tjgo.jus.br

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *522256 "0053".

Goiânia, 03 de outubro de 2024.

Marcus Vinicius Rafaeli Reis - Escrevente

CLOTILDE SOUZA FONSÊCA PEREIRA | 19/03/1958

-01324199119139024230106 - Para conferência acesse www.tjgo.jus.br

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. *428758F "0053".

Goiânia, 14 de maio de 2024.

Marcus Vinicius Rafaeli Reis - Escrevente

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Data Nasc.

Filiação

Doc. Nº

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil

Data Nat.

Ora.

Data Emissão

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

CNPJ: 61.317.278/0001-04

Endereço: Rua S-1 nº 351

Município: Goiania - GO

Data Admissão: 01/10/2024

Cargo: DIRETOR DE RELACOES

CBO: 1425-25

Data Adm. 01/10/2024

ABEAS

Carteira Profissional Nº

Gilmar Sandeio

ABEAS - ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENTIDADES DE ASSISTENCIA SOCIAL

Assinatura do empregador ou seu preposto

Data saída

Assinatura do empregador ou seu preposto

Cont. Disposta CD

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "4287706 "0063"

Goiânia, 13 de maio de 2024.

Marcus Vinicius Morelia Reis - Escrevente

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "4493882 "0063".

Goiânia, 26 de agosto de 2024.

Marcus Vinicius Morelia Reis - Escrevente

CLOTILDE SOUZA FRAUSINO PEREIRA | Tabeliã

CONFERE COM O ORIGINAL, DOU FÉ. "5222855 "0063".

Goiânia, 03 de outubro de 2024.

Marcus Vinicius Morelia Reis - Escrevente

ANEXO VIII

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS MÉDICOS

SEGURANÇA DO PACIENTE DURANTE PROCEDIMENTOS

Objetivo

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelece as diretrizes e passos necessários para garantir a segurança do paciente durante a realização de procedimentos médicos na instituição de saúde, visando prevenir incidentes e promover uma assistência de qualidade.

Aplicação

- Equipe de Enfermagem
- Equipe Médica
- Gerente de Qualidade ou Segurança do Paciente
- Setor de Controle de Infecções

Documento de Referência

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Materiais Necessários

- Equipamentos de proteção individual (EPI)
- Material estéril e descartável
- Soluções antissépticas e desinfetantes
- Instrumentos médicos e dispositivos necessários para o procedimento
- Checklist de segurança do paciente

Descrição / Execução

Preparação do Ambiente:

- Assegura-se que o ambiente onde o procedimento será realizado esteja limpo, organizado e livre de qualquer risco ou obstrução que possa prejudicar a segurança do paciente.

Identificação do Paciente:

- Verifica-se a identidade do paciente utilizando dois identificadores, como nome completo e data de nascimento, conforme as diretrizes institucionais de segurança do paciente.

Consentimento Informado:

- Obtém-se o consentimento informado do paciente ou seu representante legal para a realização do procedimento, explicando os objetivos, riscos, benefícios e alternativas disponíveis.

Preparação do Paciente:

- Prepara-se o paciente para o procedimento, fornecendo informações relevantes, posicionando-o confortavelmente e preparando a área do corpo onde o procedimento será realizado.

Higienização das Mãos:

- Todos os profissionais envolvidos no procedimento realizam a higienização adequada das mãos com água e sabão ou solução alcoólica a 70%, seguindo as diretrizes de controle de infecções.

Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI):

- Os profissionais utilizam os EPI necessários para o procedimento, como luvas estéreis, máscaras, aventais, óculos de proteção e gorros, conforme as recomendações específicas para cada caso.

Preparação e Verificação de Materiais e Equipamentos:

- Verifica-se a disponibilidade e funcionamento adequado de todos os materiais, instrumentos e equipamentos necessários para o procedimento, realizando uma checagem prévia conforme o checklist de segurança do paciente.

Identificação do Local de Incisão ou Acesso:

- Identifica-se e marca-se claramente o local de incisão ou acesso no corpo do paciente, evitando erros de identificação durante o procedimento.

Monitoramento e Controle da Anestesia (se aplicável):

- Monitora-se continuamente os sinais vitais do paciente durante a administração de anestesia, mantendo um controle rigoroso da dosagem e resposta do paciente.

Comunicação e Coordenação da Equipe:

- Mantém-se uma comunicação clara e eficaz entre os membros da equipe durante todo o procedimento, coordenando as ações e compartilhando informações relevantes para garantir a segurança do paciente.

Registro e Documentação:

- Registram-se todas as etapas do procedimento, incluindo datas, horários, profissionais envolvidos, materiais utilizados e eventuais complicações ou intercorrências, garantindo uma documentação precisa e completa.

Pós-procedimento:

- Após a conclusão do procedimento, monitora-se o paciente durante o período de recuperação, fornecendo os cuidados necessários e avaliando qualquer sinal de complicações ou reações adversas.

Follow-up e Acompanhamento:

- Realiza-se um acompanhamento do paciente após o procedimento, verificando sua evolução, fornecendo orientações pós-operatórias e agendando consultas de retorno conforme necessário.

Referências Bibliográficas

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia para a Implementação de um Programa Multimodal de Higienização das Mãos. OMS, 2009. Disponível em: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/system_change/pt/.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_seguranca_prescricao_medicamentos.pdf.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM n° 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP). Segurança do Paciente: Estratégias para Redução de Erros. São Paulo, 2017. Disponível em: https://www.segurancadopaciente.com.br/.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boas Práticas em Processamento de Produtos para Saúde – RDC n° 15, de 15 de março de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-15-de-15-de-marco-de-2012-4224979.

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Introdução

O acolhimento com classificação de risco (ACR) é uma estratégia essencial para organizar o atendimento em serviços de urgência e emergência, garantindo que os pacientes sejam atendidos conforme a gravidade de seu quadro clínico, e não pela ordem de chegada. Este protocolo visa estabelecer um fluxo eficiente e seguro para a triagem dos pacientes, promovendo um atendimento humanizado e ágil, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Objetivos

- Garantir a priorização dos atendimentos de acordo com o risco clínico dos pacientes.
- Assegurar um atendimento ágil e eficiente, minimizando o tempo de espera para os casos mais graves.
- Promover a humanização do atendimento em serviços de urgência e emergência.
- Identificar, monitorar e prevenir agravamento dos quadros clínicos.

3. Metodologia

A classificação de risco será realizada utilizando cores que indicam o nível de urgência, baseadas nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. A avaliação será conduzida por profissionais de saúde capacitados (enfermeiros, médicos e técnicos), com base nos protocolos de triagem reconhecidos internacionalmente, como o Manchester Triage System (MTS) e o Protocolo de Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

4. Fluxo do Atendimento

4.1. Recepção Na chegada ao serviço de urgência, o paciente é recebido por um profissional de saúde que realiza uma breve identificação, verifica sinais vitais iniciais (como frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio e temperatura) e o encaminha para a triagem.

4.2. Triagem e Classificação de Risco A classificação de risco é feita com base em uma avaliação objetiva e rápida do estado clínico do paciente, utilizando os seguintes parâmetros:

- Queixa principal
- História clínica relevante
- Sinais vitais
- Exame físico sumário
- Utilização de escalas padronizadas (Glasgow, EVA, etc.)

Após a avaliação, o paciente é classificado em uma das seguintes categorias:

COR	NÍVEL DE RISCO	TEMPO MÁXIMO DE ESPERA	AÇÃO
Vermelho	Emergência (Risco iminente de morte)	Imediato	Atendimento médico imediato.
Laranja	Muito urgente (Alto risco de complicação)	Até 10 minutos	Atendimento prioritário.
Amarelo	Urgente (Necessidade de avaliação rápida)	Até 60 minutos	Observação e atendimento conforme agravamento.
Verde	Pouco urgente (Baixo risco)	Até 120 minutos	Monitoramento intermitente e avaliação médica conforme disponibilidade.
Azul	Não urgente (Sem risco iminente)	Até 240 minutos	Atendimento não prioritário.

abeas | SAÚDE SUS

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE			
Nome social		Nome civil	
CPF	Data de nascimento	Sexo	Raça/cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Ignorado
Endereço do paciente			
Bairro	Município	CEP	Telefone

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
Queixa:
Fluxograma (sinais e sintomas):
Discriminadores / Características:
Prioridade (cor):

PARÂMETROS		
Temperatura	Sat O_2	FC
P.A.	Glicemia capilar	Glasgow
Regra da dor		

OBSERVAÇÕES

5. Critérios de Classificação

Os critérios para a classificação de risco são baseados em sintomas apresentados, conforme os sistemas corporais afetados. A seguir, destacamos alguns exemplos de sinais e sintomas que podem orientar a classificação de risco.

5.1. Critérios Respiratórios

- Dispneia severa: Vermelho
- Taquipneia com SpO2 < 92%: Laranja
- Tosse persistente, sem dispneia: Amarelo
- Sintomas leves de infecção respiratória: Verde

5.2. Critérios Cardiovasculares

- Dor torácica severa com sinais de infarto: Vermelho
- Pressão arterial > 180/120 mmHg com cefaleia intensa: Laranja
- Hipertensão sem sinais de comprometimento agudo: Amarelo

5.3. Critérios Neurológicos

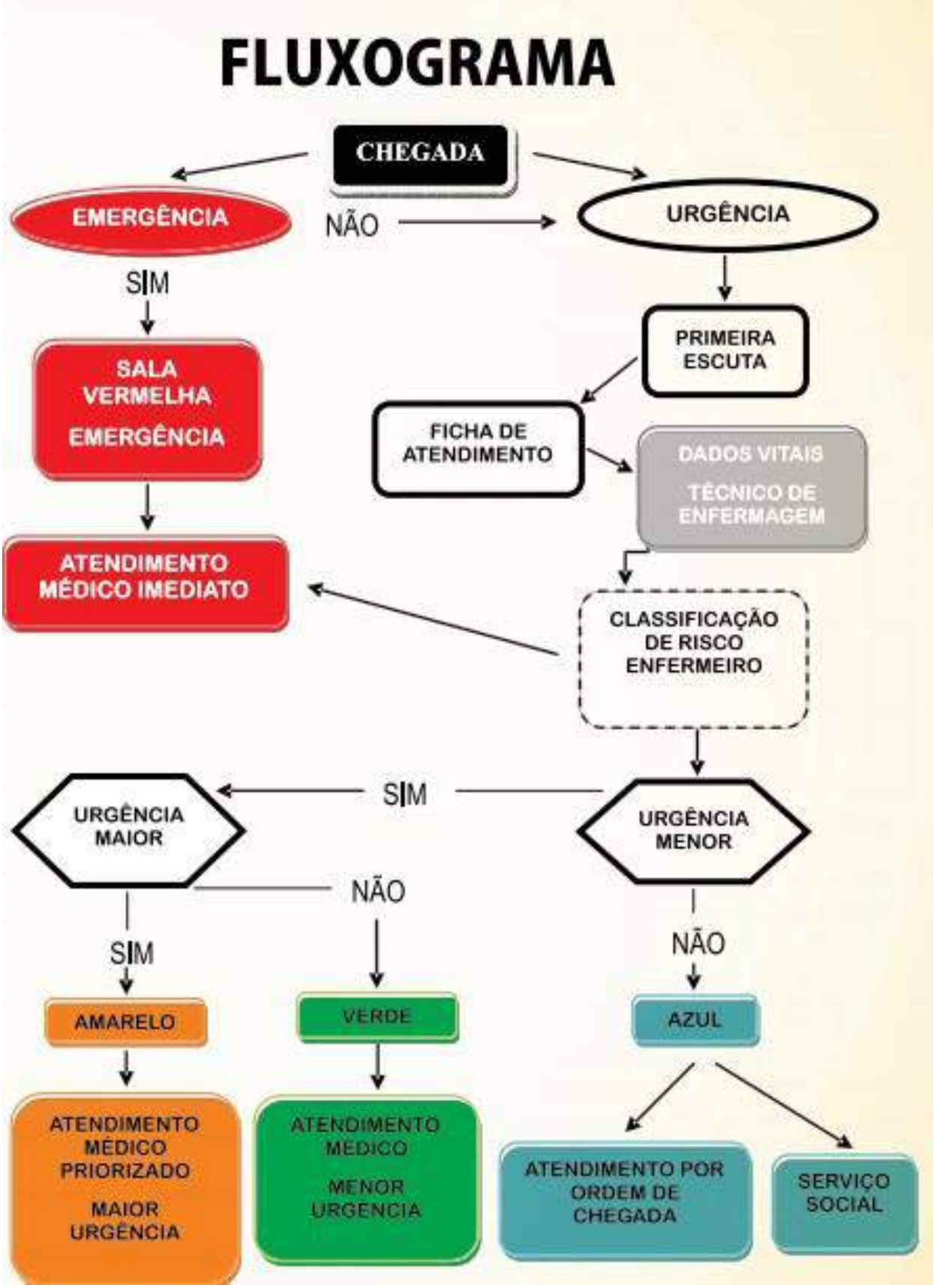
- Estado mental alterado ou Glasgow < 8: Vermelho
- Convulsão com recuperação: Laranja
- Cefaleia intensa sem déficits neurológicos: Amarelo

5.4. Critérios de Trauma

- Hemorragia ativa ou fratura exposta: Vermelho
- Trauma significativo sem comprometimento hemodinâmico: Laranja
- Trauma leve sem sinais de complicação: Amarelo

6. Gestão de Fluxo de Pacientes

Os pacientes devem ser continuamente monitorados enquanto aguardam atendimento, com reavaliação periódica para garantir que a condição clínica não se agrave. Caso isso ocorra, a classificação de risco pode ser reavaliada e ajustada.


FLUXOGRAMA
CHEGADA
EMERGÊNCIA
NÃO
URGÊNCIA
SIM
SALA VERMELHA
EMERGÊNCIA
PRIMEIRA ESCUTA
FICHA DE ATENDIMENTO
DADOS VITAIS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
ATENDIMENTO MÉDICO IMEDIATO
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ENFERMEIRO
SIM
URGÊNCIA MAIOR
URGÊNCIA MENOR
NÃO
SIM
NÃO
AMARELO
VERDE
AZUL
ATENDIMENTO MÉDICO PRIORIZADO
MAIOR URGÊNCIA
ATENDIMENTO MÉDICO
MENOR URGÊNCIA
ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA
SERVIÇO SOCIAL

7. Capacitação da Equipe

Todos os profissionais envolvidos na triagem devem receber treinamento adequado e contínuo para garantir a aplicação correta dos critérios de classificação de risco. A utilização de simulações e estudos de caso faz parte do processo de capacitação.

8. Ferramentas e Sistemas de Apoio

O uso de prontuários eletrônicos com módulos de triagem e protocolos de risco integrados facilita o registro, a padronização e o acompanhamento da classificação de risco em tempo real. A adoção de sistemas de gestão do fluxo de pacientes permite otimizar a organização do serviço e a alocação de recursos.

9. Monitoramento e Avaliação de Indicadores

Indicadores como o tempo de espera por cor de risco, taxa de retorno de pacientes e taxa de mortalidade serão monitorados para a avaliação contínua da eficácia do protocolo.

Obs.: Este protocolo pode ser ajustado conforme as particularidades do serviço de urgência e emergência em questão, sempre levando em conta os recursos disponíveis e as necessidades da população atendida.

10. Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de Classificação de Risco. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. Manchester Triage Group. Emergency Triage. 3rd ed. London: BMJ Books, 2014.
3. Política Nacional de Humanização. Acolhimento com Classificação de Risco. Ministério da Saúde. Brasília: 2010.
4. Junqueira, Luiz Carlos. "Acolhimento e Classificação de Risco: Práticas no Sistema Único de Saúde." Revista Brasileira de Enfermagem, 71(1), 2018.
5. Emergency Nurses Association. Emergency Nursing Core Curriculum. 7th ed. St. Louis: Saunders, 2015.

AVALIAÇÃO INICIAL RÁPIDA ABCE

A Avaliação Inicial Rápida: ABCE é um protocolo sistemático utilizado na triagem e atendimento de pacientes em situações de urgência e emergência. Ele segue uma abordagem simplificada e focada nos aspectos mais críticos da condição clínica do paciente, priorizando o reconhecimento de ameaças à vida e o atendimento imediato. A sigla ABCE refere-se às áreas principais a serem avaliadas:

1. A - Via Aérea (Vias Aéreas)

Objetivo : Verificar se as vias aéreas estão abertas e desobstruídas.

Avaliação :

O paciente está falando? Se sim, as vias aéreas estão provavelmente desobstruídas.

Sons perigosos anormais, como estridores, sibilos ou roncos, podem indicar obstrução parcial.

Verifique se há presença de corpos estranhos, vômitos, sangue ou secreções que possam obstruir as vias aéreas.

Em caso de interferência, proceda imediatamente com a liberação das vias aéreas (manobras como inclinação da cabeça, elevação do queixo ou uso de dispositivos como cânulas orofaríngeas).

2. B - Respiração (Respiração)

Objetivo : Avaliar a eficácia da respiração e da oxigenação do paciente.

Avaliação :

Verifique a frequência respiratória: está muito rápida (taquipneia) ou muito lenta (bradipneia)?

Observe se há uso de musculatura acessória (sinais de esforço excessivo).

Checar a expansibilidade torácica: ambos os lados do tórax estão se expandindo de forma simétrica?

Ausculta pulmonar: identifica presença de ruídos anormais, como sibilos, roncos ou estertores.

Avaliar a saturação de oxigênio (se disponível) e verificar cianose (lábios, extremidades).

Administrar oxigênio suplementar, se necessário, e, em casos graves, considerar ventilação assistida.

3. C - Circulação (Circulação)

Objetivo : Avaliar a perfusão e circulação sanguínea para identificar sinais de choque ou colapso circulatório.

Avaliação :

Verifique o pulso: está rápido (taquicardia), lento (bradicardia) ou ausente?

Medir a pressão arterial: hipertensão ou hipotensão.

Observe o coro da pele (pálida, fria, cianótica) e os sinais de perfusão (tempo de enchimento capilar).

identificar possíveis fontes de sangramento visível.

Tratar rapidamente qualquer sinal de choque com infusão de líquidos intravenosos e correção de possíveis causas (hemorragias, desidratação).

4. E - Exposição/Ambiente (Exposição e Controle do Ambiente)

Objetivo : Expor o paciente especificamente para identificar lesões ocultas e controlar o ambiente.

Avaliação :

Remova roupas com cautela para funcionar completamente o paciente em busca de lesões, fraturas, queimaduras ou outras anormalidades.

Proteger a privacidade e a dignidade do paciente ao expor as áreas do corpo.

Controlar a temperatura corporal, especialmente em casos de hipotermia ou hipertermia.

Mantenha o ambiente seguro e preparado para as intervenções.

Observações Adicionais:

A desobstrução rápida das vias aéreas e o suporte ventilatório são críticos em pacientes com comprometimento de "A" e "B".

Monitoramento contínuo : A avaliação deve ser dinâmica, com constante reavaliação das funções exigidas do paciente, especialmente em situações de mobilidade clínica.

Intervenções precoces em "A", "B" ou "C" são fundamentais para garantir a estabilização do paciente antes de avançar para avaliações secundárias mais desenvolvidas.

Este método de avaliação rápida pode ser adaptado conforme as necessidades do paciente e o contexto clínico, sendo aplicado em diversas situações de emergência, como traumas, paradas cardiorrespiratórias e doenças graves.

Referências:

1. Colégio Americano de Cirurgiões. Suporte Avançado de Vida em Trauma (ATLS): Manual do Curso do Estudante . 10ª ed. Colégio Americano de Cirurgiões, 2018.
2. Nolan JP, Soar J, Cariou A, et al. Diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação para Ressuscitação 2021. Ressuscitação, 2021.
3. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Atendimento de Urgência e Emergência . Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
4. Este protocolo pode ser utilizado em ambiente de urgência e emergência para fornecer uma avaliação rápida, priorizando intervenções específicas em situações críticas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG)

A **Escala de Coma de Glasgow (ECG)** é uma ferramenta padronizada utilizada mundialmente para avaliar o nível de consciência de pacientes com suspeita de lesão cerebral, trauma cranioencefálico, ou qualquer outra condição que afete o estado neurológico. O ECG é utilizado para monitorar a gravidade do quadro neurológico e pode ser aplicado tanto em ambientes de emergência quanto em acompanhamento clínico.

A escala avalia três respostas motoras principais:

I. Abertura ocular (A)
II. Resposta verbal (V)
III. Resposta motora (M)

Cada uma dessas áreas recebe uma pontuação com base na resposta observada, variando de um total de 3 a 15 pontos, sendo que a pontuação mais baixa (3) indica o pior prognóstico, enquanto a pontuação mais alta (15) sugere um nível normal de consciência.

1. Abertura Ocular (A)

Pontuação	Resposta
4	Espontânea (abre os olhos sem estímulo)
3	Ao som (abre os olhos quando solicitado ou em resposta à fala)
2	À pressão (abre os olhos em resposta a estímulo doloroso)
1	Não abra os olhos (mesmo após estímulo sonoro ou doloroso)

2. Resposta Verbal (V)

Pontuação	Resposta
5	Orientada (responder corretamente a perguntas sobre si, local, andamento, etc.)
4	Confusa (responde, mas de forma incoerente ou desorientada)
3	Palavras inapropriadas (fala frases desconexas ou inapropriadas)
2	Sons incompreensíveis (gemidos ou murmúrios, sem fala articulada)
1	Nenhuma resposta verbal

3. Resposta Motora (M)

Pontuação	Resposta
6	Obedecer comandos (movimentos adequados em resposta a pedidos simples)
5	Localiza dor (tenta localizar o estímulo doloroso aplicado)
4	Flexão normal (retirada rápida ao estímulo doloroso)
3	Flexão anormal (decorticação – flexão de braços e extensão de pernas em resposta à dor)
2	Extensão anormal (descerebração – extensão de braços e pernas em resposta à dor)
1	Sem resposta motora (nenhum movimento em resposta à dor)

Interpretação dos Resultados

Pontuação total: 3 a 15 pontos

I. 15 : Paciente com consciência plena e respostas normais.
   I. 13 a 14 : Trauma leve ou desorientação temporária.
   II. 9 a 12 : Trauma craniano moderado.
   III. 8 ou menos : Estado de coma ou inconsciência grave. Geralmente, uma pontuação ≤ 8 indica necessidade de intubação e suporte avançado de vida.
   IV. 3 : Indicativo de coma profundo ou morte cerebral.
   V. Aplicações de ECG

- Trauma cranioencefálico : Avaliação imediata e contínua da gravidade do dano cerebral.
- Monitoramento em UTI : Controle do estado neurológico de pacientes críticos, incluindo aqueles sob ventilação mecânica.
- Neurologia : Avaliação de condições como AVC, lesões perigosas, intoxicações ou outras disfunções neurológicas agudas.
- Limitações da Escala de Coma de Glasgow
- Fatores confusos : O ECG pode ser influenciado por outras condições, como sedação, uso de álcool ou drogas, intubação, paralisia ou traumatismos faciais.
- Pacientes intubados : A avaliação da resposta verbal não pode ser realizada corretamente, sendo antecipada pela escala modificada com a sigla "T" (Ex.: "ECG 8T" em pacientes intubados).

Obs.: O ECG é uma ferramenta indispensável na prática clínica, proporcionando uma avaliação rápida e objetiva do estado neurológico de pacientes com trauma ou outras condições de comprometimento cerebral.

Referências:

1. Teasdale G, Jennett B. Avaliação do coma e da consciência prejudicada: Uma escala prática . Lancet, 1974.
2. Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE). Lesão na cabeça: avaliação e tratamento precoce . 2019.
3. Maas AIR, Stocchetti N, Bullock R. Lesão cerebral traumática moderada e grave em adultos . Lancet Neurol, 2008.

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PARADA PRIORIDADE ZERO

1. Introdução:

A Prioridade Zero refere-se a situações de emergência em que o paciente se encontra em estado de parada cardiorrespiratória (PCR) ou apresenta risco iminente de morte. Este protocolo é aplicado para garantir atendimento imediato e intervenções rápidas, evoluindo para a reversão do quadro clínico e a preservação da vida.

2. Definição

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a cessação súbita e inesperada da atividade cardíaca e respiratória, levando à perda da circulação e oxigenação dos tecidos. A PCR é uma emergência médica e requer manobras imediatas de reanimação cardiopulmonar (RCP) e suporte avançado de vida.

3. Objetivo

O protocolo de visto Prioridade Zero:

I. Rápida identificação de PCR.
II. Início imediato das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP).
III. Intervenções avançadas para reverter a PCR e estabilizar o paciente.
IV. Minimização de danos corporais e outros danos orgânicos.

4. Reconhecimento da Parada Cardiorrespiratória

Um paciente em Prioridade Zero é aquele que:

- Está inconsciente.
- Não responda a estímulos.
- Não apresenta movimentos respiratórios prejudiciais (apneia ou respiração agônica).
- Não apresenta pulso palpável nas grandes artérias (carótida ou femoral).

Ações Imediatas:

- Chamar por ajuda: Solicite suporte médico avançado imediatamente.
- Início das manobras de RCP: Enquanto o suporte não chega, o socorrista ou profissional de saúde capacitado deve iniciar a tensão torácica e ventilação.

4. Intervenções de Prioridade Zero

a) Reanimação Cardiopulmonar (RCP)

- Compressões torácicas: Realize compressões a uma profundidade de 5-6 cm e uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
- Ventilação: Se disponível, utilize máscara com bolsa-válvula ou ventilação mecânica. Para profissionais treinados, a ventilação deve ser realizada a cada 30 compressões com 2 ventilações.

b) Desfibrilação (se indicada)

- Verifique o ritmo cardíaco utilizando um desfibrilador externo automático (DEA) ou desfibrilador manual.
- Ritmos chocáveis (fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso) devem ser tratados com choque elétrico .
- Após a desfibrilação, continue com as manobras do RCP por 2 minutos antes da nova reavaliação.

c) Administração de medicamentos

O uso de medicamentos em Prioridade Zero deve seguir o protocolo de suporte de vida avançado, incluindo:

- Adrenalina: 1 mg intravenosa a cada 3-5 minutos durante uma PCR.

- Amiodarona ou lidocaína : Para tratar ritmos chocáveis persistentes após o terceiro choque.

d) Via aérea avançada

- Inserção de tubo endotraqueal ou dispositivo supraglótico (máscara laríngea) para garantir ventilação eficaz.

e) Correção das causas reversíveis:

❖ **Identificar e tratar rapidamente as causas potenciais da PCR, conhecidas como 5 Hs e 5 Ts:**

5 Hs:

- Hipovolemia:
  - Descrição: Redução do volume sanguíneo circulante, geralmente causada por hemorragia ou desidratação grave.
  - Tratamento: Administração de fluidos intravenosos (cristaloides) ou transfusão de sangue, se houver hemorragia.
- Hipóxia:
  - Descrição: Insuficiência de oxigenação dos tecidos, levando à falência orgânica.
  - Tratamento: Garantir a via aérea e administrar oxigênio suplementar. Se necessário, utilize ventilação assistida ou intubação.
- Hidrogênio (acidose metabólica):
  - Descrição: Acúmulo excessivo de íons de hidrogênio no sangue, levando à acidose, geralmente secundária a choque, insuficiências renais ou outros distúrbios metabólicos.
  - Tratamento: Administração de bicarbonato de sódio (se acidose severa), correção da causa subjacente (ex.: choque). 5. Cessação da RCP.
- Hipo/hipercalemia:
  - Descrição: Desequilíbrios nos níveis de potássio no sangue. A hipocalemia (baixos níveis de potássio) pode causar arritmias, enquanto a hipercalemia (altos níveis de potássio) pode causar bradiarritmias ou assistência.

- Tratamento:
  - Hipocalemia: Administração de reposição de potássio intravenoso.
  - Hipercalemia: Administração de cálcio (antagoniza os efeitos no coração), insulina com glicose (desloca o potássio para dentro das células), bicarbonato de sódio e diuréticos, ou terapia dialítica se necessária.

- Hipotermia:
  - Descrição: Temperatura corporal abaixo de 35°C. A hipotermia grave pode levar à falência de múltiplos órgãos e PCR.
  - Tratamento: Aquecimento passivo (cobertores, roupas secas) e ativo (aquecedores, fluidos quentes intravenosos). Em casos severos, utilizar reanimação extracorpórea para reaquecimento.

5 Ts:

- Tensão no pneumotórax:
  - Descrição: Acúmulo de ar no espaço pleural, causando colapso pulmonar e posicionamento das estruturas mediastinais, ou que comprime o coração e os grandes vasos, causando choque obstrutivo e PCR.
  - Tratamento: Descompressão imediata do tórax com punção (toracocentese) utilizando agulha ou orientação torácica.
- Tamponamento cardíaco:
  - Descrição: Acúmulo de líquido (sangue, por exemplo) no saco pericárdico, impedindo o enchimento adequado do coração, levando à redução do subsídio cardíaco e PCR.
  - Tratamento: Realização de pericardiocentese (drenagem do líquido no pericárdio) para aliviar a pressão no coração.
- Trombose pulmonar (Embolia pulmonar) :
  - Descrição: Obstrução de uma ou mais artérias pulmonares por coágulos sanguíneos, levando a insuficiências respiratórias agudas e PCR possível.
  - Tratamento: Administração de trombolíticos (medicamentos para dissolver coágulos), anticoagulantes ou, em casos graves, intervenção cirúrgica.
- Trombose coronariana (Infarto agudo do miocárdio - IAM) :

- Descrição: Obstrução de uma ou mais artérias coronárias por um coágulo sanguíneo, levando à interrupção do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco e resultando em isquemia, arritmias graves ou PCR.
- Tratamento: Realização de trombólise (administração de medicamentos para dissolver o coágulo), angioplastia de emergência ou revascularização cirúrgica (como cirurgia de bypass coronariano) para restaurar o fluxo sanguíneo.

- Toxinas (Intoxicações):
  - Descrição: Envenenamento por substâncias tóxicas (medicamentos, drogas ou venenos) que podem levar à falência orgânica, arritmias ou PCR.
  - Tratamento: Administração de antídotos específicos (quando disponíveis), medidas de suporte como ventilação mecânica, correção de desequilíbrios eletrolíticos e, se necessário, hemodiálise para remoção de substâncias tóxicas do sangue.

As manobras de reanimação devem ser continuadas até:

I. O paciente retorna à circulação espontânea (RCE).
II. O paciente será considerado sem precauções, e a decisão de interromper as manobras será tomada pela equipe médica, de acordo com os protocolos éticos e clínicos.

6. Pós-Parada

Após o retorno da circulação espontânea (RCE), o paciente deverá ser imediatamente estabilizado e transferido para uma unidade de cuidados intensivos (UTI) para monitoramento e cuidados contínuos. A fase pós-PCR inclui:

I. Suporte hemodinâmico .
II. Controle da ventilação e oxigenação .
III. Monitoramento de sinais neurológicos .
IV. Hipotermia terapêutica (se indicada).

7. Importância do Treinamento

Todos os profissionais de saúde que atuam em unidades de urgência e emergência devem ser treinados periodicamente em suporte básico e avançado de vida, incluindo as manobras de RCP, desfibrilação e administração de medicamentos. Simulações regulares e atualizações de protocolos são essenciais para garantir a eficácia das intervenções.

Referências Bibliográficas:

1. American Heart Association. Diretrizes para ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência . Circulação, 2020.
2. Nolan JP, Soar J, Cariou A, et al. Diretrizes do Conselho Europeu de Ressuscitação para Ressuscitação 2021. Ressuscitação, 2021.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de Atendimento às Urgências . Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ATENDIMENTO AO TRAUMA

O atendimento a pacientes vítimas de trauma deve ser rápido e organizado para garantir a sobrevida e minimizar complicações. O Protocolo de Atendimento ao Trauma é uma sequência de avaliações e intervenções, baseadas nos princípios do Advanced Trauma Life Support (ATLS), que visa a estabilização inicial do paciente, o diagnóstico precoce das lesões e o tratamento adequado.

Este protocolo de atendimento ao trauma tem como base um sistema organizado e sistemático de avaliação, intervenção e estabilização, permitindo uma abordagem eficiente e rápida, essencial para o manejo de vítimas de trauma, especialmente em situações de emergência.

1. Objetivo

O objetivo deste protocolo é fornecer uma abordagem sistemática para o manejo inicial de pacientes vítimas de trauma, priorizando intervenções que possam salvar vidas e garantir um transporte seguro para uma unidade de atendimento especializada, quando necessário.

2. Fases do Atendimento ao Trauma

2.1. Avaliação Primária (ABCD do trauma)

A Avaliação Primária tem como objetivo identificar e tratar imediatamente condições que ameaçam a vida.

A - Via aérea (Vias aéreas com controle da coluna cervical):

I. Certifique-se de que as vias aéreas estejam desobstruídas.

II. Estabilização cervical: Aplique colar cervical ou método manual de estabilização para evitar lesões na coluna vertebral.
III. Em caso de interferência ou insuficiência respiratória, proceda com intubação ou uso de dispositivos avançados.

B - Respiração (Respiração e ventilação):

I. Avaliar se há respiração adequada.
II. Inspeção e palpação do exame para identificar sinais de pneumotórax, hemotórax, fraturas de costelas ou insuficiências respiratórias.

Tratamento imediato: Em caso de pneumotórax sob tensão, descompressão com agulha e direção torácica; em casos de ventilação atmosférica, fornecer suporte ventilatório com suporte ventilatório com máscara com bolsa-valva ou intubação endotraqueal, conforme necessário.

C - Circulação (Circulação com controle de hemorragia) :

I. Verifique a presença de pulso e pressão arterial, observando sinais de choque (hipotensão, taquicardia, pele fria e pálida).
II. identificar e controlar sangramentos externos com especificações diretas, torniquetes ou curativos compressivos.
III. Acesso venoso : Estabelece acesso venoso de grande calibre (2 vias de 14 ou 16G) para administração de fluidos intravenosos (cristaloides) e sangue, conforme necessário.
IV. Tratar choque hemorrágico com reposição de volume e hemoderivados, conforme indicado.

D - Deficiência (Estado neurológico) :

I. Avaliar o nível de consciência utilizando a Escala de Coma de Glasgow (ECG) .
II. Verifique a resposta pupilar para avaliar possíveis lesões neurológicas.
III. Se houver alteração do nível de consciência ou sinais de traumatismo cranioencefálico, considere intervenções neurológicas precoces, como intubação para proteção das vias aéreas.

E - Exposição/Ambiente (Exposição e controle ambiental) :

I. Exponha completamente o paciente para avaliar possíveis lesões ocultas (fraturas, hemorragias internas ou queimaduras), mantendo o controle de privacidade e aquecimento para prevenir hipotermia.
II. Aqueça o paciente com cobertores e, se necessário, utilize aquecedores ou infusão de fluidos térmicos.

2.2. Avaliação Secundária

Após a estabilização inicial e correção de condições ameaçadoras à vida, realiza-se a Avaliação Secundária, que consiste em uma avaliação completa de corpo inteiro e a história clínica detalhada (utilizando o mnemônico AMPLA).

- A - Alergias: Verifique se o paciente tem alergias conhecidas.
- M - Medicamentos: identificar medicamentos de uso contínuo ou recentes.
- P - Passado médico: Histórico de doenças, cirurgias ou condições prévias relevantes.
- L - Líquidos e alimentos ingeridos: Tempo da última refeição (importante para anestesia e cirurgia).
- A - Ambiente e eventos relacionados ao trauma: Detalhes sobre o mecanismo do trauma (acidentes de trânsito, quedas, explosões etc.).

Durante essa fase, exames complementares podem ser realizados, como radiografias, ultrassonografia (FAST - Focused Assessment with Sonography for Trauma), tomografia computadorizada (TC) e outros exames de imagem, conforme necessário, para identificar lesões internas.

2.3. Exames Diagnósticos

- Radiografias: A radiografia de tórax e bacia deve ser realizada na maioria dos pacientes com trauma significativo, principalmente em vítimas de politrauma.
- FAST (Avaliação Focada com Sonografia para Trauma): Ultrassonografia realizada à beira do leito para identificar a presença de líquido livre no abdômen, tórax (hemotórax) ou ao redor do coração (tamponamento cardíaco).
- Tomografia Computadorizada (TC): Exame de imagem detalhado para

diagnóstico de lesões em órgãos internos, crânios, coluna, tórax, abdômen e pelve. A TC é frequentemente indicada para pacientes resultantes após avaliação primária e estabilização inicial.

2.4. Avaliação e Tratamento de Lesões Específicas

- Trauma cranioencefálico: Monitorar sinais de aumento da pressão intracraniana e considerar intervenções como transferência cirúrgica de hematomas.
- Trauma torácico: Pneumotórax sob tensão deve ser tratado com descompressão torácica imediata. Hemotórax ou lesões pulmonares extensas podem exigir desvio torácico e cirurgia de emergência.
- Trauma abdominal: Lesões em órgãos sólidos (fígado, baço, enxágue) podem exigir cirurgia exploratória ou laparotomia para controle de hemorragias.
- Fraturas pélvicas: Fraturas instáveis da pelve podem resultar em sangramentos graves e devem ser estabilizadas com dispositivos de contenção e, possivelmente, cirurgia.

3. Transporte para Unidade Especializada

Após a estabilização inicial, os pacientes com lesões graves deverão ser transferidos para um Centro de Trauma, conforme os critérios de severidade. O transporte deve ser feito de maneira segura, com monitoramento contínuo dos sinais específicos e administração de instruções de suporte (oxigênio, fluidos intravenosos, etc.).

4. Tratamento Definitivo

O tratamento definitivo de lesões traumáticas depende da extensão e natureza do trauma. Isso pode incluir cirurgias para reparar fraturas, lesões de órgãos internos ou revascularização em casos de traumas vasculares. Os pacientes também podem necessitar de suporte intensivo em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para monitoramento contínuo e recuperação.

5. Revisão e Monitoramento Contínuo

O monitoramento do paciente deve ser contínuo durante todo o processo, incluindo a observação de sinais específicos, estado neurológico e hemodinâmico. Uma reavaliação

constante permite detectar complicações emergentes e ajustar o tratamento conforme necessário.

6. Documentação

Todo o atendimento, desde a avaliação inicial até as intervenções realizadas, deve ser documentado detalhadamente, incluindo os resultados clínicos, exames complementares e tratamentos aplicados. A documentação adequada é fundamental tanto para continuidade do cuidado quanto para revisão do atendimento.

7. Referências Bibliográficas

1. Colégio Americano de Cirurgiões. Suporte Avançado de Vida em Trauma (ATLS): Manual do Curso do Estudante. 10ª ed. Colégio Americano de Cirurgiões, 2018.
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Atendimento ao Trauma. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
3. Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE). Trauma grave: avaliação e gerenciamento inicial. Diretrizes do NICE, 2020.

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA COM DISPNEIA E ASMA

A insuficiência respiratória é uma condição crítica que exige atenção imediata em ambientes de urgência e emergência. Pacientes com insuficiência respiratória associada à dispneia e asma abordam abordagem rápida e eficiente para evitar o agravamento da situação. A seguir está um protocolo sugerido com base em diretrizes internacionais e revisões clínicas.

1. Avaliação Inicial

História clínica e avaliação rápida: identificar possíveis fatores desencadeantes como exposição a alérgenos, infecções respiratórias, exercício, ou frio.

Sinais de gravidade:

- Frequência respiratória > 30 movimentos por minuto.
- Saturação de oxigênio (SpO2) < 90%.
- Uso de musculatura acessória.
- Dificuldade para falar.
- Alteração do nível de consciência.
- Frequência cardíaca > 120 bpm.
- 2. Intervenções Imediatas

Oxigenoterapia:

- Administrar oxigênio suplementar para manter SpO2 ≥ 92%.
- Em pacientes com suspeita de insuficiência respiratória hipercápnica, titule a oxigênio cuidadosamente para evitar a retenção de CO2, mantendo a saturação entre 88% e 92%.

Avaliação de vias aéreas e ventilação:

- Avaliar o paciente para sinais de obstrução de vias aéreas.
- Monitore esforços e sinais de fadiga muscular.

3. Tratamento Farmacológico Imediato

Broncodilatadores de ação rápida (Beta2-agonistas):

- Salbutamol (albuterol): Nebulização com 5 mg (adultos) ou 2,5 mg (crianças) de salbutamol a cada 20 minutos, nas primeiras horas, conforme resposta clínica.
- Alternativa: Fenoterol na mesma dosagem ou em uso contínuo, se disponível.

Anticolinérgicos:

- Brometo de ipratrópio : Adicione 0,5 mg por nebulização a cada 20 minutos nas primeiras horas, caso haja resposta insuficiente ao beta2-agonista.

Corticosteroides sistêmicos:

- Prednisona via oral ou metilprednisolona intravenosa (IV):
- Adultos: 40-60 mg de prednisona VO ou metilprednisolona IV 1 mg/kg.
- Crianças: 1-2 mg/kg de prednisona VO ou metilprednisolona IV.
- Início precoce (dentro da primeira hora) para reduzir a inflamação das vias aéreas.

4. Monitoramento Contínuo

- Monitorização de SpO2 e sinais específicos a cada 15-30 minutos, dependendo da gravidade do quadro.
- Gases arteriais: Realizar em pacientes com suspeita de insuficiência respiratória grave ou hipercápnica, para avaliar a acidose respiratória.

5. Ventilação Mecânica

Ventilação não invasiva (VNI):

- Indicado em pacientes com insuficiência respiratória moderada a grave, com sinais de fadiga muscular, acidose respiratória (Ph < 7,35), ou hipoxemia persistente.

Ventilação mecânica invasiva:

- Indicado em pacientes com falha na ventilação não invasiva, rebaixamento do nível de consciência, ou hipoxemia grave e persistente apesar do tratamento máximo.

6. Conduta para Pacientes Refratários

- Sulfato de magnésio: Infusão IV de 1,2-2 g em 20 minutos para pacientes com asma grave refratária ao tratamento inicial.
- Adrenalina: Uso subcutâneo ou intramuscular em casos de broncoespasmo grave que não respondem aos broncodilatadores ocasionais.

7. Admissão e Seguimento

Critérios de internação:

- Persistência da hipoxemia (SpO2 < 92%) após tratamento inicial.
- Necessidade de VNI ou ventilação invasiva.
- Paciente com múltiplas exacerbações recentes ou resposta condicional ao tratamento.

Critérios de alta:

- Estabilidade clínica com SpO2 > 92% em ambiente.
- Resolução da dispneia e melhora do pico de fluxo expiratório (> 60% do previsto).
- Adesão ao plano de tratamento com broncodilatadores e corticosteróides inalatórios.

8. Educação do Paciente e Plano de Ação para Asma

- Reforçar a importância do uso correto dos medicamentos inalatórios.

- Revisar o plano de ação para asma com o paciente e os familiares.
- identificar e evitar fatores desencadeantes da crise.

Considerações Finais

Essa abordagem é baseada nas melhores práticas descritas em diretrizes internacionais e deve ser adaptada de acordo com a realidade de cada serviço e individualidade do paciente.

Referências Bibliográficas:

1. Iniciativa Global para a Asma (GINA). Estratégia Global para Gestão e Prevenção da Asma . 2023. Disponível em : https://ginasthma.org
2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Diretrizes para o Manejo da Asma . 2022. Disponível em : http://www.sbpt.org.br
3. National Heart, Lung , and Blood Institute (NHLBI). Relatório do Painel de Especialistas 3: Diretrizes para o Diagnóstico e Gestão da Asma . 2020. Disponível em : https://www.nhlbi.nih.gov

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DA DOR TORÁCICA

A dor torácica é uma das queixas mais comuns em serviços de urgência e emergência, sendo um sintoma que pode estar associado a condições graves, como síndromes coronarianas agudas (SCA), dissecção aórtica, embolia pulmonar, pneumotórax e outras doenças que exigem avaliação rápida e abordagem eficaz. A seguir está um protocolo para avaliação inicial e manejo da dor torácica em ambiente de emergência.

1. Avaliação Inicial: Triagem e Classificação da Dor

Classificação da dor torácica:

- Anginosa (isquêmica): Dor opressiva, retroesternal, que pode irradiar para ombro, mandíbula, ou braço esquerdo; associada a náuseas, sudorese e dispneia.
- Pleurítica: Dor relacionada à respiração, localizada, em pontada, geralmente exacerbada por tosse ou respiração profunda.
- Musculoesquelética: Dor localizada, geralmente exacerbada por palpação ou movimento.
- Gastrointestinal: Dor em queimação, aliviada com antiácidos, pode estar associada ao refluxo gastroesofágico.

Avaliar sinais de alarme (suspeita de condições graves):

I. Dor torácica de início súbito, muito intensa.
II. Hipotensão, taquicardia ou bradicardia.
III. Dispneia, síncope ou alterações neurológicas.
IV. Sinais de insuficiência cardíaca ou choque.

2. Anamnese e Exame Físico

História detalhada:

I. Início e características da dor: Localização, intensidade, duração, fatores de intervalo e piora.
II. História prévia: Doenças cardiovasculares, fatores de risco como hipertensão, diabetes, tabagismo, dislipidemia.
III. Sintomas associados: Dispneia, náuseas, vômitos, tontura, palpitações, síncope.

Exame físico:

I. Sinais compostos: Frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, frequência respiratória, temperatura.
II. Exame cardiovascular: Inspeção e ausculta cardíaca, busca por sopros, ritmo cardíaco irregular ou abafamento de sons cardíacos.
III. Exame respiratório: Ausculta pulmonar, identificando presença de ésteres, sibilos ou murmúrio vesicular reduzido.
IV. Exame abdominal e musculoesquelético: Avaliar sinais de desconforto gastroesofágico ou dor reprodutível à palpação.

3. Investigação Imediata

Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações:

- Deve ser realizado em até 10 minutos da admissão, especialmente se houver suspeita de SCA.
- Procurar por sinais de infarto agudo do miocárdio (IAM), como elevação do segmento ST, inversão da onda T ou presença de bloqueio de ramo novo.

Marcadores cardíacos:

- Troponina cardíaca: Marcador sensível para necrose miocárdica. Elevação confirma lesão miocárdica, mesmo na ausência de alterações no ECG.
- CK-MB: Pode ser utilizado, mas tem menor especificidade em comparação com a troponina.

Radiografia de tórax:

- Útil para avaliação de pneumotórax, dissecção aórtica, congestão pulmonar ou pneumonia.

Gasometria arterial (se necessário):

- Indicado em pacientes com hipoxemia ou acidose metabólica, para avaliação da função respiratória.

Dímero-D (se embolia pulmonar por suspeitada):

- Útil para exclusão de tromboembolismo pulmonar em pacientes com baixa probabilidade clínica.

4. Estratificação de Risco

Score de TIMI ou HEART score (para síndromes coronarianas):

- Ferramentas de estratificação de risco para determinar a necessidade de intervenção imediata.
- Os parâmetros incluem idade, fatores de risco, alterações no ECG, elevação de biomarcadores e gravidade dos sintomas.

Critérios de Wells (para embolia pulmonar):

- Pontuação que ajuda a estratificar a probabilidade de embolia pulmonar, levando em conta história clínica e resultados do exame físico.

5. Tratamento Imediato

- Suspeita de Síndrome Coronariana Aguda (Infarto do Miocárdio)
- Oxigenoterapia: Se SpO2 < 90%.

Antiagregação plaquetária:

I. AAS (ácido acetilsalicílico): 160-325 mg VO, mastigado.
II. Clopidogrel: Em pacientes com suspeita de SCA sem contraindicações.
III. Nitroglicerina sublingual: 0,4 mg a cada 5 minutos, até um total de 3 doses, se não houver hipotensão.
IV. Morfina IV: Em caso de dor intensa não responsiva à nitroglicerina, administrada com cautela.
V. Heparina: Heparina não fracionada ou enoxaparina SC, conforme protocolos de anticoagulação.
VI. Trombólise ou angioplastia primária: Deve ser considerada em pacientes com elevação do segmento ST ou equivalentes de infarto.

Suspeita de Embolia Pulmonar

- Anticoagulação imediata: Heparina não fracionada ou enoxaparina.
- Terapia trombolítica: Indicada em casos de embolia pulmonar máxima com instabilidade hemodinâmica.

Suspeita de Dissecção Aórtica

- Controle rigoroso da pressão arterial: Beta-bloqueadores IV (ex: labetalol) para reduzir a força de cisalhamento.
- Cirurgia emergencial: Indicada para dissecção aórtica tipo A (envolvendo a aorta ascendente).

Pneumotórax

- Descompressão imediata com agulha ou desvio torácica, especialmente em pneumotórax hipertensivo com comprometimento respiratório e hemodinâmico.

6. Monitoramento e Admissão

Monitorização contínua:

- ECG contínuo e monitoramento de sinais específicos, principalmente em pacientes de alto risco.

Critérios para internação:

I. Alterações significativas no ECG ou elevação de biomarcadores cardíacos.
II. Presença de fatores de risco cardiovascular e dor persistente.
III. Necessidade de anticoagulação contínua ou tratamento trombolítico.

Critérios para alta:

- Pacientes com baixa probabilidade de síndrome coronariana aguda (SCA), sem alterações no ECG, biomarcadores normais e ausência de fatores de risco significativos.

7. Acompanhamento e Educação do Paciente

Educação sobre os sinais de alerta:

- Informar o paciente sobre os sinais que indicam a necessidade de retorno ao hospital, como dor persistente ou recorrente, dispneia, ou sintomas novos.

Agenda de acompanhamento com cardiologista:

- Para pacientes com fatores de risco cardiovascular, mesmo se faz uma avaliação inicial para eventos negativos para eventos agudos.

Referências Bibliográficas:

1. American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association (AHA). 2020. Diretrizes para o Manejo de Pacientes com Síndromes Coronárias Agudas. Disponível em : https://www.acc.org
2. Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC). 2022. Diretrizes sobre o Diagnóstico e Manejo da Embolia Pulmonar Aguda. Disponível em : https://www.escardio.org
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). 2020. Diretriz de Síndrome Coronária Aguda com Supradesnivelamento do Segmento ST. Disponível em : http://www.cardiol.br

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA INTOXICAÇÃO EXÓGENA OU TENTATIVA DE SUICÍDIO

A intoxicação exógena e a tentativa de suicídio por ingestão de substâncias tóxicas são emergências médicas que desativam uma abordagem rápida, eficaz e segura. A correta identificação do material envolvido, a estabilização inicial do paciente e a administração de antídotos específicos são essenciais para o manejo adequado. A seguir, apresento um protocolo para a abordagem inicial dessas situações.

1. Avaliação Inicial

Triagem e Classificação de Gravidade

I. Avaliação da gravidade da intoxicação: identificação da substância envolvida, da quantidade ingerida, da via de exposição e do tempo da exposição.
II. Sinais compostos: Frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, frequência respiratória e temperatura.
III. Avaliação da consciência: Escala de Coma de Glasgow (ECG) para determinar o nível de consciência.
IV. Exposição aberta: Avaliar pele e mucosas para verificar possíveis queimaduras ou sinais de exposição química.

Anamnese e História Clínica

I. identificar o agente tóxico (medicamento, pesticida, produto de limpeza, álcool, drogas ilícitas).
II. Quantidade estimada e via de exposição (ingestão, inalação, intravenosa, acessível).
III. Tempo transcorrido desde a exposição.
IV. Histórico médico, incluindo doenças preexistentes, tentativas anteriores de

suicídio ou transtornos psiquiátricos.

V. Verifique a presença de embalagens ou rótulos de substância ingerida.

2. Estabilização Inicial do Paciente

Suporte Básico de Vida (ABCD)

I. A (Airway): Garantir a permeabilidade das vias aéreas. Realizar manobras de proteção da via aérea, como a intubação traqueal em pacientes com rebaixamento da consciência ou risco de aspiração.
II. B (Respiração): Administrar oxigênio suplementar para manter a saturação de oxigênio > 92%. Em casos de insuficiência respiratória, considere ventilação assistida ou mecânica.
III. C (Circulação): Monitora a pressão arterial, frequência cardíaca e pulso. Corrigir hipotensão com reposição volêmica (soro fisiológico ou Ringer lactato).
IV. D (Incapacidade): Avaliar nível de consciência com a Escala de Coma de Glasgow e verificar glicemia capilar para identificar hipoglicemia.

3. Diagnóstico e Investigação

Exames Laboratoriais

- Gasometria arterial: Avaliar acidose metabólica, alcalose ou distúrbios adversos.
- Eletrólitos: Níveis de sódio, potássio, cálcio e magnésio.
- Função renal e hepática: Creatinina, ureia, bilirrubina, enzimas hepáticas.
- Glicemia: Monitora hipoglicemia, especialmente em intoxicação por insulina ou hipoglicemiantes orais.
- Eletrocardiograma (ECG): Realizar para monitorar arritmias, prolongamento de intervalos (ex.: QT prolongado), bloqueios cardíacos.

Exames Específicos

- Níveis séricos de drogas/medicamentos: Paracetamol, salicilatos, etanol, metanol, lítio, entre outros.
- Radiografia de tórax e abdome: Em casos de suspeita de ingestão de

substâncias radiopacas (como ferro ou metais pesados).

- Toxicologia urinária ou sanguínea: Testes rápidos para drogas de abuso (ex.: opiáceos, anfetaminas, benzodiazepínicos).

4. Medidas de Descontaminação

Em até 1 hora da Ingestão:

- Carvão ativado: Administração de 1 g/kg por via oral ou sonda nasogástrica, indicado para intoxicações por medicamentos e outras substâncias que possam ser adsorvidas. Contraindicado em pacientes com risco de aspiração ou inconsciência sem proteção adequada das vias aéreas.
- Lavagem gástrica: Pode ser realizada em situações específicas, especialmente nas primeiras 1-2 horas pós-ingestão, principalmente para substâncias com risco de vida em doses pequenas (ex.: antidepressivos tricíclicos, metanol). Não é indicado rotineiramente.

Descontaminação Cutânea/Ocular:

- Lavagem abundante de pele com água em caso de exposição a substâncias corrosivas ou irritantes.
- Irrigação ocular contínua com soro fisiológico ou água estéril em casos de exposição ocular.

5. Tratamento Específico: Antídotos e Terapias

- Paracetamol:
  - N-acetilcisteína (NAC): Deve ser administrada precocemente (idealmente nas primeiras 8 horas). Dose inicial: 150 mg/kg IV, seguida por doses subsequentes.
- Opioides:
  - Naloxona: Dose inicial de 0,4 a 2 mg IV. Repita se necessário até a reversão dos sintomas de depressão respiratória.
- Benzodiazepínicos:
  - Flumazenil: 0,2 mg IV, podendo repetir até o máximo de 1 mg. Deve ser utilizado com cautela em pacientes com risco de convulsões.
- Organofosforados (pesticidas):

- Atropina: 2-5 mg IV repetido a cada 5-15 minutos até a resolução dos sinais de intoxicação colinérgica (sialorreia, broncorreia).
- Pralidoxima (2-PAM): Administrar junto com atropina em intoxicações graves.

- Metanol ou Etilenoglicol:
  - Fomepizol: 15 mg/kg IV como dose inicial, seguido de doses de manutenção.
  - Alternativa: Etanol IV ou VO, se fomepizol não estiver disponível.
  - Hemodiálise : Indicada em intoxicações graves.
- Antidepressivos Tricíclicos:
  - Bicarbonato de sódio IV: Para pacientes com arritmias ou alargamento do complexo QRS no ECG. Dose: 1-2 mEq/kg em bolus IV.
- Anticolinérgicos/Antimuscarínicos:
  - Fisostigmina: Administrar 0,5-1 mg IV lentamente, indicado para reversão dos efeitos antimuscarínicos graves (ex.: delírio, arritmias).

6. Monitoramento e Suporte Continuado

- Monitoramento contínuo dos sinais específicos, ECG e sintomas clínicos. Reavaliar a necessidade de antídotos ou intervenções adicionais.
- Controle de complicações: Insuficiência renal aguda, arritmias, insuficiências respiratórias ou convulsões devem ser gerenciadas de acordo com os protocolos específicos.

7. Encaminhamento e Internacção

Critérios de internação:

- Pacientes com intoxicação grave, depressão respiratória, instabilidade hemodinâmica ou alterações laboratoriais graves.
- Intoxicação por agentes com ação prolongada ou retardada.
- Tentativa de suicídio que envolve ingestão de doses tóxicas, independentemente da resposta inicial ao tratamento.

Critérios de alta:

Pacientes resultados, com normalização de parâmetros clínicos e laboratoriais.

Acompanhamento psiquiátrico e social obrigatório para todos os casos de tentativa de suicídio.

8. Acompanhamento Psiquiátrico

- Todos os pacientes com tentativa de suicídio devem ser avaliados por um psiquiatra antes da alta hospitalar.
- Instituir acompanhamento psicológico e suporte social adequado.

Considerações Finais

Este protocolo tem como objetivo orientar a abordagem inicial da intoxicação exógena em ambientes de urgência e emergência, com ênfase na estabilização precoce e no tratamento específico, dependendo da substância envolvida.

Referências Bibliográficas:

1. Sociedade Brasileira de Toxicologia (SBTox). Diretrizes para o Manejo de Intoxicações. 2022. Disponível em : https://www.sbtox.org.br
2. Associação Americana de Centros de Controle de Envenenamentos (AAPCC). Diretrizes de Gestão para Envenenamento e Overdose. 2023. Disponível em : https://www.aapcc.org
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretrizes para o manejo de intoxicações. 2021. Disponível em : https://www.who.int

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA ANAFILAXIA, REAÇÃO ALÉRGICA

A anafilaxia é uma ocorrência alérgica grave, de início súbito, potencialmente fatal e que requer intervenção imediata. A rápida identificação e o tratamento são essenciais para prevenir a progressão do choque anafilático. Reações alérgicas leves a moderadas também podem evoluir para anafilaxia, o que torna a avaliação e o manejo cauteloso imprescindíveis.

1. Avaliação Inicial: Identificação da Anafilaxia

Critérios Diagnósticos de Anafilaxia

A anafilaxia é altamente provável se alguns dos seguintes critérios estiverem presentes após exposição a um alérgeno suspeito:

Critério 1: Início agudo (minutos a horas) de uma ocorrência que envolve:

I. Pele/mucosas : Urticária generalizada, prurido, edema de lábios, língua ou úvula.
II. Comprometimento de infecções : Dispneia, sibilos, estridor, diminuição do murmúrio vesicular.
III. Hipotensão ou choque circulatório : Tontura, síncope, colapso cardiovascular.

Critério 2: Dois ou mais dos seguintes sinais após exposição ao alérgeno:

I. Comprometimento de infecções.
II. Hipotensão ou sintomas associados (tontura, síncope).
III. Comprometimento gastrointestinal (vômito, dor abdominal).
IV. Envolvimento cutâneo (urticária, angioedema).

Critério 3: Hipotensão após exposição a um alérgeno conhecido (queda de pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg ou 30% menor que a basal).

2. Tratamento Imediato: Medidas de Suporte

A (vias aéreas), B (respiração), C (circulação)

Via Aérea:

- Avaliar comprometimento da via aérea por edema de laringe ou língua.
    - Mantenha a permeabilidade das vias aéreas.
    - Intubação orotraqueal precoce, se necessária, para evitar obstrução completa da via aérea.

Respiração:

- Administração imediata de oxigênio em alto fluxo (10-15 L/min), mantendo a saturação de oxigênio > 94%.

Circulação:

- Monitorar sinais específicos (frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio) e iniciar regime volêmico com soro fisiológico 0,9% (1 a 2 litros em adultos e 20 mL/kg em crianças) para corrigir a hipotensão.

3. Administração de Adrenalina (Epinefrina)

- Adrenalina IM (Via intramuscular): É o tratamento de primeira linha para anafilaxia e deve ser administrado o mais rápido possível.
    - Dose em adultos: 0,3 a 0,5 mg (0,3 a 0,5 mL de solução 1:1000) IM na face lateral da coxa, repetir a cada 5-15 minutos se necessário.
    - Dose em crianças: 0,01 mg/kg (máximo de 0,3 mg) IM na face lateral da coxa, repetir a cada 5-15 minutos conforme resposta clínica.

- Adrenalina IV (para pacientes em choque refratário): Apenas em ambientes de UTI ou emergência, sob monitoramento rigoroso.
    - Dose: Bolus de 0,1 mg (1 mL de solução 1:10.000) IV, diluído, para

pacientes em choque ou em parada cardiorrespiratória.

4. Medidas Adicionais

Anti-histamínicos

- Difenidramina (ou equivalente): 25-50 mg IV ou IM (adultos) ou 1 mg/kg IV (crianças), máximo 50 mg, para controle dos sintomas cutâneos e prurido. Deve ser usado como coadjuvante e nunca substituir a adrenalina.

Corticosteróides

- Hidrocortisona IV 200 mg (adultos) ou 2-4 mg/kg (crianças), ou metilprednisolona 1-2 mg/kg, pode ser administrada para reduzir o risco de recidiva tardia (fase bifásica da anafilaxia), embora o efeito seja tardio.

Broncodilatadores (para broncoespasmo)

- Salbutamol (albuterol): Nebulização de 2,5 a 5 mg (adultos) ou 2,5 mg (crianças), repetição conforme necessário para interrupção do broncoespasmo.

Reposição Vol.

- Se a hipotensão persistir após a administração de adrenalina IM, inicie o procedimento volêmico com solução cristaloide isotônica (soro fisiológico 0,9%) 1-2 L em adultos ou 20 mL/kg em crianças.

Vasopressores (se hipotensão refratária)

- Se a pressão arterial não responder à regulação volêmica e à adrenalina, considere uma infusão de noradrenalina (norepinefrina) ou dopamina , conforme protocolos de choque anafilático.

5. Monitoramento e Cuidados Contínuos

I. Monitoramento contínuo dos sinais específicos: Frequência cardíaca, pressão

arterial, saturação de oxigênio e estado mental a cada 5 minutos durante o tratamento agudo.

II. Pacientes com anafilaxia grave: Devem ser internados em unidades de terapia intensiva (UTI) para monitoramento e observação contínua.

III. Pacientes com resposta favorável: Devem ser distribuídos por pelo menos 4-6 horas, uma vez que respostas bifásicas podem ocorrer em até 20% dos casos.

6. Critérios para Alta e Seguimento

Critérios para Alta

- Estabilidade clínica com normalização dos sinais específicos.
- Ausência de sintomas respiratórios, cardiovasculares ou cutâneos persistentes.
- Os pacientes devem receber prescrição de adrenalina autoinjetável e instruções sobre seu uso adequado em caso de recorrência de anafilaxia.

Seguimento Ambulatorial

- Encaminhamento para alergista/imunologista para investigação específica dos alérgicos responsáveis e tratamento preventivo.
- Orientação sobre medidas de prevenção, como evitar a exposição a alérgenos identificados e uso de medicamentos preventivos, se necessário.

7. Reação Alérgica Leve a Moderada (sem anafilaxia)

- Sintomas: Urticária localizada, rinite, prurido leve, sem comprometimento respiratório ou cardiovascular significativo.

Tratamento

- Anti-histamínicos: Difenidramina 25-50 mg VO ou IV (adultos) ou 1 mg/kg (crianças), máximo 50 mg.
- Corticosteróides: Prednisona 1-2 mg/kg VO, se os sintomas forem moderados e persistirem por mais de 24 horas.

Observação

- Monitore por 2-4 horas em observação para garantir a não progressão da anafilaxia.

Considerações Finais

Este protocolo visa fornecer uma abordagem estruturada e prática para o manejo de pacientes com anafilaxia ou reações alérgicas em ambiente de urgência e emergência.

Referências Bibliográficas:

1. Organização Mundial de Alergia (WAO). 2022. Diretrizes para o Gerenciamento de Anafilaxia. Disponível em : https://www.worldallergy.org

2. Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAAI). 2023. Anaphylaxis Emergency Action Plan. Disponível em: https ://www .aaaai .org

3. Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI). Diretrizes para o manejo da anafilaxia. 2022. Disponível em : http://www.asbai.org.br

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA HEMIPARESIA AGUDA (PARALISIA)

A hemiparesia aguda (fraqueza ou paralisia em um lado do corpo) é frequentemente associada a condições neurológicas graves, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesões neurológicas. A abordagem imediata de pacientes com hemiparesia aguda é fundamental para reduzir danos permanentes e melhorar o prognóstico, particularmente em casos de AVC isquêmico, onde o tratamento precoce pode reverter ou minimizar os danos.

1. Avaliação Inicial: Triagem e Estabilização

Triagem Rápida

- Início da Hemiparesia: Pergunte sobre o início exato dos sintomas. A hora exata do início é crucial para determinar a elegibilidade para terapia trombolítica.
- Tempo de início : Os sintomas ocorrem em menos de 4,5 horas aumentam as chances de tratamento com trombólise (se indicado).

Sinais vitais:

- Pressão arterial : Monitore cuidadosamente, pois a hipertensão é comum em pacientes com AVC, e a hipotensão pode sugerir outra causa.
- Frequência cardíaca, saturação de oxigênio, glicemia capilar : Avaliar e corrigir a hipoglicemia, que pode simular AVC.

Avaliação Neurológica Inicial:

I. Escala de AVC do National Institutes of Health (NIHSS) : Realizar rapidamente para avaliar a gravidade do déficit neurológico.

II. Escala de Coma de Glasgow (ECG) : Avaliar o nível de consciência do paciente.
III. Estabilização
IV. A (Aerovia): Garantir que as vias aéreas estejam abertas e protegidas. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência podem precisar de intubação.
V. B (Respiração): Administrar oxigênio suplementar se a saturação estiver < 94%. Monitore a respiração para sinais de hipoventilação ou aspiração.
VI. C (Circulação): Corrigir a pressão arterial se necessário, seguindo diretrizes específicas para AVC.
VII. Glicose: Corrigir imediatamente a hipoglicemia (se glicemia capilar < 60 mg/dL).

2. Diagnóstico Imediato: Investigação por Imagem

- Tomografia Computadorizada (TC) de Crânio sem contraste: Deve ser realizada imediatamente (idealmente em até 20 minutos após a chegada) para diferenciar AVC isquêmico de AVC hemorrágico e outras condições, como tumor cerebral ou abscesso.
- Ressonância Magnética (RM): Opcional, pode ser realizada se disponível rapidamente, especialmente em casos de AVCs isquêmicos pequenos, ou quando um TC for normal e houver forte suspeita clínica.

Exames laboratoriais urgentes:

- Hemograma completo, eletrólitos, creatinina, glicemia, coagulograma (TP, TTPa, INR).
- Troponina e ECG para avaliar doenças cardíacas associadas, como arritmias ou infarto do miocárdio, que podem ser causas de embolia cerebral.

3. Tratamento Inicial: AVC Isquêmico versus Hemorrágico

AVC Isquêmico:

- Terapia trombolítica (Alteplase/rtPA):

Critérios de inclusão:

I. Início dos sintomas em até 4,5 horas.
II. TC de crânios sem visível.
III. Dose: Alteplase 0,9 mg/kg (dose máxima de 90 mg), sendo 10% da dose administrada em bolus IV e o restante infundido ao longo de 60 minutos.
IV. Monitoramento rigoroso da pressão arterial (manter PA < 180/105 mmHg) antes, durante e após a infusão.

Trombectomia mecânica:

- Indicado em pacientes com oclusão de grandes vasos (ex.: artéria cerebral média, carótida) dentro de 6 horas do início dos sintomas, e em alguns casos, até 24 horas.

Controle da pressão arterial:

- Não trate hipertensão de forma prejudicial a menos que PAS > 220 mmHg ou PAD > 120 mmHg ou se estiver indicado para trombólise (objetivo: PA < 185/110 mmHg).

Anticoagulação e antiagregação:

- AAS (ácido acetilsalicílico): Administrar 160-325 mg após exclusão de hemorragia intracraniana. A trombólise pode ser retardada quando utilizada.

AVC Hemorrágico:

Controle rigoroso da pressão arterial:

- Recomenda-se reduzir a pressão arterial para < 140 mmHg de pressão arterial sistólica em pacientes com hemorragia intracerebral.

Neurocirurgia:

- Consulte a neurocirurgião imediatamente em caso de hematomas volumosos, desvios neurológicos ou sinais de hérnia.
- Controle de coagulopatia: Administrar plasma fresco congelado (PFC) ou vitamina K se houver uso de anticoagulantes orais.

- Drenagem ventricular externa (DVE): Pode ser necessária em casos de hidrocefalia associada.

4. Monitoramento e Tratamento Adicional

AVC Isquêmico e Hemorrágico:

- Monitoramento neurológico contínuo : Avaliar déficits neurológicos a cada 15 minutos durante a fase aguda, com monitoramento contínuo da escala NIHSS e sinais elétricos.
- Controle da glicemia: Manter glicemia entre 140 e 180 mg/dL.

Prevenção de complicações:

- Tromboprofilaxia: Uso de heparina de baixo peso molecular ou atualização pneumática intermitente para prevenir trombose venosa profunda, especialmente em pacientes acamados.
- Proteção gástrica: Uso de inibidores da bomba de prótons em pacientes com risco de úlcera de estresse.
- Controle da temperatura: Evitar hipertermia (> 37,5 °C), que pode agravar uma lesão cerebral.

5. Encaminhamento e Seguimento

I. Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de AVC (Stroke Unit)
II. Pacientes que receberam trombólise ou que apresentem déficits graves deverão ser internados em unidades de cuidados intensivos para monitoramento contínuo.
III. Reabilitação precoce
IV. Iniciar mobilização e reabilitação assim que o paciente estiver clinicamente estável.
V. Avaliar necessidade de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

6. Critérios para Alta Hospitalar

I. Estabilidade clínica: Sinais estruturais específicos e déficit neurológico estabilizado.

II. Plano de reabilitação: Deve ser elaborado um plano de reabilitação e acompanhamento ambulatorial, incluindo consultas com neurologista, fisioterapeuta e outros profissionais da saúde.

Considerações Finais

Este protocolo fornece uma abordagem prática para o manejo de pacientes com hemiparesia aguda, priorizando a identificação rápida de AVC e tratamento eficaz para melhorar os resultados.

Referências Bibliográficas:

1. American Heart Association (AHA) / American Stroke Association (ASA). 2023. Diretrizes para o manejo precoce de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo . Disponível em : https://www.ahajournals.org
2. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV). Diretrizes Brasileiras para o Tratamento do Acidente Vascular Cerebral. 2022. Disponível em : http://www.sbdcv.org.br
3. Organização Europeia de AVC (ESO). 2021. Diretrizes para o Manejo da Hemorragia Intracerebral. Disponível em: https://www.eso-stroke.org

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA CEFALÉIA

A cefaleia (dor de cabeça) é uma das queixas mais comuns nos serviços de urgência. Embora a maioria das cefaleias sejam benignas, algumas podem ser sintomas de condições graves, como hemorragia subaracnoide, meningite, trombose venosa cerebral ou tumores. A avaliação imediata e precisa é essencial para distinguir cefaleias primárias (como enxaqueca e cefaleia tensional) de cefaleias secundárias, que podem ser potencialmente fatais.

1. Avaliação Inicial: Anamnese e Exame Físico

Anamnese: Perguntas Chave

Início e duração da cefaleia:

- Início súbito ("pior dor de cabeça da vida") sugere hemorragia subaracnoide.
- Cefaleia de início gradual pode indicar enxaqueca ou cefaleia tensional.

Característica da dor:

- Intensidade: Avaliar a intensidade (leve, moderada, severa).
- Tipo de dor: Pulsátil, latejante (enxaqueca); pressiva ou tensional (cefaleia tensional).
- Localização: Unilateral (enxaqueca); bilateral (cefaleia tensional).

Sinais de alerta ("bandeiras vermelhas"):

I. Início súbito, explosivo (hemorragia subaracnoide).
II. Cefaléia com febre (meningite ou infecção).
III. Déficits neurológicos : Alterações de consciência, convulsões, perda de força, fala arrastada (AVC, tumor).
IV. Cefaleia com vômitos sem náuseas (sinal de hipertensão intracraniana).

V. Paciente com histórico de câncer, HIV, imunossupressão .
VI. Cefaleia nova em pacientes > 50 anos (suspeita de arterite temporal ou tumor).
VII. Piora com esforço ou posição (sugere aumento da pressão intracraniana).

Exame Físico e Neurológico

- Sinais necessários : Avaliar febre, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória.

Avaliação neurológica completa:

I. Nível de consciência: Usar Escala de Coma de Glasgow (ECG) tem comprometimento.
II. Exame de pares cranianos : Verifica déficits neurológicos focais.
III. Fundoscopia: Procurar sinais de papiledema (sinal de hipertensão intracraniana).
IV. Rigidez da nuca: Suspeita de meningite ou hemorragia subaracnoide.
V. Reflexos, força muscular, progressiva : Para avaliar possíveis sinais de AVC ou outras lesões neurológicas.

2. Investigação Complementar

Exames de Imagem

Tomografia Computadorizada (TC) de Crânio sem contraste:

- Indicado para pacientes com sinais de alerta ("red flags").
- Detecta hemorragia subaracnoide, AVC isquêmico ou hemorrágico, e lesões expansivas.

Ressonância Magnética (RM) de Crânio:

- Útil para investigar causas de cefaleia com déficit neurológico que não foram esclarecidas pela TC (ex.: trombose venosa cerebral, lesões tumorais).

Punção Lombar (PL):

- Indicada em casos de suspeita de meningite ou hemorragia subaracnoide com TC normal.
- Avaliar a pressão do licor e realizar análises bioquímicas e microbiológicas.

Exames Laboratoriais

- Hemograma completo, eletrólitos, glicemia, função renal e hepática : Avaliar infecções, distúrbios metabólicos e anemias.
- PCR e VHS : Suspeita de arterite temporal (especialmente em pacientes > 50 anos com cefaleia e dor na região temporal).
- Cultura de licor e hemoculturas : Se meningite por suspeitada.

3. Tratamento Inicial com Base na Etiologia

- Cefaleia Primária: Enxaqueca
- Sintomas típicos: Cefaleia unilateral, pulsátil, de moderada a severa intensidade, associada a náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia.

Tratamento farmacológico :

- Analgesia: AINEs (ibuprofeno 400-800 mg, naproxeno 500 mg), paracetamol 1 g.
- Triptanos (se não houver contraindicações): Sumatriptano 50-100 mg VO ou SC.
- Antieméticos: Metoclopramida 10 mg IV ou VO para controlar náuseas e vômitos.
- Hidratação venosa: necessária para pacientes com vômitos intensos.

Cefaleia Tensional

- Sintomas típicos: Dor bilateral, em pressão ou abertura, leve a moderado, não agravado por esforço físico, geralmente sem náuseas ou vômitos.

Tratamento farmacológico:

- Analgésicos simples: Paracetamol 500-1000 mg, dipirona 500 mg ou AINEs

(ibuprofeno, naproxeno).

- Relaxantes musculares (opcional): Ciclobenzaprina 5-10 mg VO, se houver componente muscular importante.
- Terapias não farmacológicas: Relaxamento, fisioterapia, técnicas de alongamento.

Cefaleia em Salvas

- Sintomas típicos: Dor excruciante, unilateral, periorbital, com duração de 15 a 180 minutos, acompanhado de lacrimejamento, congestão nasal, e inquietação.

Tratamento agudo:

I. Oxigênio 100% em máscara facial (12-15 L/min) por 15-20 minutos.
II. Sumatriptano 6 mg SC ou zolmitriptano 5 mg intranasal .
III. Profilaxia (tratamento preventivo): Verapamil, corticoides (curto prazo).
IV. Cefaleia Secundária (Sinais de Alerta)
V. Hemorragia Subaracnoide

Sintomas típicos: Início súbito, explosivo, com "pior dor de cabeça da vida", desconforto de nuca, perda de consciência.

Tratamento:

- Neurocirurgia Imediata: Em casos de sangramento subaracnoide, deve-se entrar em contato com uma equipe de neurocirurgia para intervenção urgente.
- Controle da pressão arterial: Manter PA sistólica < 160 mmHg (labetalol, nicardipina IV).
- Analgésicos opióides para dor intensa, se necessário.

Meningite

- Sintomas típicos: Cefaleia associada a febre, dor de garganta, fotofobia, vômitos, estado mental alterado.

Tratamento:

- Antibioticoterapia empírica imediata antes da confirmação por punção lombar (ex.: ceftriaxona + vancomicina).
- Dexametasona IV pode ser administrada como adjuvante, principalmente em casos de meningite bacteriana.

Trombose Venosa Cerebral

- Sintomas típicos: Cefaleia progressiva, pode ser acompanhada de sintomas neurológicos focais ou crises convulsivas.

Tratamento:

- Anticoagulação: Heparina de baixo peso molecular ou heparina não fracionada, seguida de anticoagulação oral (varfarina, NOAC).

Tumor ou Lesão Expansiva

- Sintomas típicos: Cefaleia progressiva, pior pela manhã, associada a vômitos em jato, convulsões ou déficits neurológicos.

Tratamento :

- Neurocirurgia : Dependendo do diagnóstico de imagem, o planejamento cirúrgico pode ser necessário.
- Corticosteroides : Dexametasona para reduzir o edema cerebral.

Cefaléia por Hipertensão Intracraniana

- Sintomas típicos: Cefaleia com piora progressiva, especialmente ao se deitar, associada a vômitos sem náuseas.

Tratamento:

- Acetazolamida ou orientação de licor em casos graves, sob supervisão de neurocirurgia.

4. Monitoramento e Critérios para Internação

Monitoramento contínuo dos sinais específicos e do estado neurológico, especialmente em pacientes com sinais de alerta.

Critérios de internação:

I. Causa secundária de Cefaleia (hemorragia, meningite, tumor).
II. Pacientes com déficits neurológicos persistentes.
III. Pacientes com crises convulsivas associadas.
IV. Cefaleia com evolução rápida e refratária ao tratamento.

Considerações Finais

Este protocolo visa fornecer uma abordagem prática para a avaliação e manejo de cefaleias em ambiente de urgência, com foco na identificação de cefaleias secundárias que podem representar condições graves.

Referências Bibliográficas:

1. International Headache Society (IHS). 2022. Classificação e Critérios Diagnósticos para Distúrbios de Cefaleia. Disponível em: https ://ichd -3 .org
2. Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe). 2021. Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento das Cefaleias Primárias. Disponível em : http://www.sbce.org.br
3. American Headache Society (AHS). 2023. Diretrizes para o Manejo da Cefaleia Aguda em Departamentos de Emergência. Disponível em : https://americanheadachesociety.org

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA QUEIMADURAS

As queimaduras são lesões graves que podem afetar a pele e outras tecidos do corpo, sendo causadas por diversos agentes, como calor, eletricidade, produtos químicos e radiação. O manejo inicial correto de queimaduras em ambiente de urgência e emergência é crucial para minimizar complicações, prevenir infecções e melhorar o prognóstico. Este protocolo visa guiar a abordagem, triagem, tratamento e estabilização de pacientes com queimaduras.

1. Avaliação Inicial: Classificação e Gravidade

ABCD da Reanimação em Pacientes com Queimaduras Graves

A (Airway - vias aéreas):

- Verifique a presença de queimaduras físicas, inalatórias (fuligem, escarro carbonáceo), edema de laringe, ou dificuldade respiratória. Considerar intubação orotraqueal precoce em caso de queimadura de vias aéreas superiores ou sinais de interferência iminente.

B (Respiração - respiração):

- Avaliar a função respiratória e administrar oxigênio suplementar (15 L/min com máscara com reservatório) se houver sinais de insuficiência respiratória ou suspeita de lesão inalatória.
- Gasometria arterial e monitoramento da saturação de oxigênio são necessários, especialmente se houver inalação de fumaça.

C (Circulação - circulação):

- Monitorar a pressão arterial, frequência cardíaca, e início imediato de aplicação volêmica para prevenir choque hipovolêmico.

- A reposição volêmica deve ser iniciada em queimaduras de grande extensão (ver Fórmula de Parkland).

D (Deficiência - estado neurológico):

- Avalie o nível de consciência com a Escala de Coma de Glasgow . Hipóxia, hipovolemia ou intoxicação por monóxido de carbono podem causar alterações no nível de consciência.

Classificação das Queimaduras

Quanto à profundidade:

I. Primeiro grau (superficial): Atinge apenas a epiderme. Caracterizada por ocorrência, dor, e ausência de bolhas. Exemplo: queimaduras solares leves.
II. Segundo grau (parcial):
III. Superficial: Afeta epiderme e parte da derme. Presença de bolhas, dor intensa, pele vermelha e umidade.
IV. Profunda: Danos mais profundos à derme, bolhas rotativas, pele pálida, menor sensibilidade à dor.
V. Terceiro grau (total): Destruição de todas as camadas da pele, com aspecto branco, acinzentado ou carbonizado. Sem dor (lesão de terminações nervosas).
VI. Quanto à extensão:
    a. Avaliar a área afetada pela Regra dos Nove (em adultos):
        i. Cabeça e pescoço: 9%.
        ii. Cada braço: 9%.
        iii. Cada perna: 18%.
        iv. Tronco anterior: 18%.
        v. Tronco posterior: 18%.
        vi. Área genital/períneo: 1%.
        vii. Lactentes e crianças: A cabeça representa uma proporção maior da área de superfície corporal (18%).

Gravidade das Queimaduras

I. Leves: Menos de 10% da área de superfície corporal queimada em adultos,

ou menos de 5% em crianças, sem envolvimento de áreas críticas.

II. Moderadas: 10-20% da área de superfície corporal queimada em adultos, 5-10% em crianças, ou queimaduras de segundo grau com bolhas extensas.

III. Graves: Mais de 20% da superfície corporal queimada, ou queimaduras de terceiro grau, lesão inalatória, envolvimento de áreas críticas (face, mãos, pés, genitais), queimaduras elétricas ou químicas.

2. Tratamento Inicial Imediato

Cuidados nas Primeiras Horas

Interrompe o processo de queimadura:

- Remove roupas e joias que podem reter calor, mas evita remover tecido aderido à pele queimada.
- Lavar a área queimada com água corrente fria (não gelada) por 10-20 minutos. Evitar gelo direto na pele.

Cobertura das queimaduras:

- Cobrir as queimaduras com compressas limpas e estereis, evitando coberturas aderentes.
- Não aplique pomadas, unguentos ou soluções caseiras nas primeiras horas.

Reposição volêmica em queimaduras de grande extensão:

- Fórmula de Parkland (para queimaduras > 20% da área de superfície corporal):
- Volume total nas primeiras 24 horas = 4 mL de solução cristaloide (Ringer Lactato) × peso (kg) × % da superfície corporal queimada.
- Metade do volume nas primeiras 8 horas, e o restante nas próximas 16 horas.

Analgesia adequada:

- Administração de opioides (morfina IV 0,1 mg/kg) para dor intensa.
- Analgésicos não opioides (paracetamol ou AINEs) para queimaduras leves.

Profilaxia antitetânica:

- Aplicar vacina antitetânica em pacientes que não receberam doses adequadas nos últimos 5 anos ou em queimaduras profundas e contaminadas.

3. Tratamento Específico

- Queimaduras Térmicas (por calor)
- Tratar conforme a extensão e profundidade da queimadura.
- Monitoramento contínuo da via aérea em pacientes com queimaduras físicas e suspeita de inalação de fumaça.

Queimadores Elétricos

- Monitoramento cardiológico contínuo (ECG), pois há risco de arritmias, lesão miocárdica e rabdomiólise.
- Monitore eletrólitos, função renal e creatinofosfoquinase (CPK) para avaliar danos físicos.

Queimaduras Químicas

- Remova a roupa e lave a área afetada com grandes volumes de água corrente por pelo menos 20-30 minutos.
- Identificar o produto químico envolvido e tratar com neutralizantes específicos, disponíveis ou direcionados ao centro de intoxicações.

4. Monitoramento e Cuidados Contínuos

Monitoramento hemodinâmico e alterações contínuas:

- Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, diurese (alvo de 0,5-1 mL/kg/h em adultos).

Controle de infecção:

- Realizar curativos estéticos e trocas regulares.
- Considerar antibioticoterapia profilática em casos de queimaduras extensas

ou contaminadas (embora o uso profilático de antibióticos seja controverso e indicado apenas em certas situações).
- Avaliar sinais de sepse ou infecção local (febre, aumento de leucócitos, desvio purulento).

Nutrição precoce:

- Pacientes com grandes áreas queimadas possuem altos requisitos metabólicos. Iniciar nutrição enteral precoce, se possível.

Imobilização e reabilitação:

- Inicie fisioterapia precoce para prevenir contraturas articulares e perda de função nas áreas afetadas.

5. Critérios de Internação em Unidade de Queimados ou Terapia Intensiva

- Escaras de Queimaduras:

20% da superfície corporal queimada em adultos, > 10% em crianças.

Queimadores de terceiro grau.

- Queimaduras que envolvem áreas críticas (face, mãos, pés, genitais, grandes articulações).
- Queimaduras elétricas, químicas ou por radiação.
- Suspeita de lesão inalatória ou edema de vias aéreas superiores.

Complicações associadas:

- Pacientes com instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, rabdomiólise ou insuficiência renal.

6. Alta Hospitalar e Seguimento

Critérios para alta:

- Estabilidade clínica e hemodinâmica.
- Áreas de queimadura melhoradas cicatrizadas ou em processo controlado de cicatrização.
- Plano de reabilitação e curativos domiciliares previstos.

Seguimento:

- Acompanhamento ambulatorial com equipe de cirurgia plástica e fisioterapia.
- Avaliação da necessidade de exercícios cutâneos, terapias de reabilitação e prevenção de cicatrizes hipertróficas e contraturas.

Considerações Finais

Este protocolo visa fornecer uma abordagem estruturada para o manejo inicial de queimaduras em ambiente de urgência, com foco na estabilização, tratamento específico e prevenção de complicações.

Referências Bibliográficas:

1. American Burn Association (ABA). 2023. Diretrizes para o gerenciamento de lesões por queimadura. Disponível em : https://ameriburn.org
2. Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ). 2022. Diretrizes para o Tratamento de Queimaduras. Disponível em : http://www.sbqueimaduras.org.br
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Diretrizes para Cuidados e Tratamento de Queimaduras. 2021. Disponível em : https://www.who.int

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DA DOR ABDOMINAL

A dor abdominal é uma das principais queixas nos serviços de urgência e emergência e pode ser causada por uma ampla gama de condições, desde causas benignas e autolimitadas até emergências cirúrgicas que ameaçam a vida. Uma abordagem estruturada e rápida é essencial para o diagnóstico correto e o tratamento adequado.

1. Avaliação Inicial: Triagem e Estabilização

Sinais vitais

- Medir frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura.
- Sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica: Hipotensão, taquicardia, taquipneia ou febre devem ser incluídos imediatamente, evitando uma emergência cirúrgica ou infecção grave.

Anamnese Focada

- Início da dor: Gradual ou súbito. Dor súbita e intensa pode indicar condições como ruptura de aneurisma, úlcera perfurada ou pancreatite aguda.

Localização da dor:

- Dor epigástrica: Pode estar relacionada ao estômago, pâncreas ou coração (ex.: úlcera péptica, pancreatite, infarto do miocárdio).
- Dor no quadrante inferior direito: Pode indicar apendicite.
- Dor no quadrante inferior esquerdo: Pode sugerir diverticulite.
- Dor em quadrantes superiores : Pode estar associado a colecistite, hepatite

ou cálculos biliares.

- Dor difusa: Pode sugerir peritonite, isquemia intestinal ou obstrução intestinal.

Irradiação da dor:

- Dor irradiada para as costas pode sugerir pancreatite ou aneurisma de aorta.
- Dor que migra para o ombro pode estar associada à exaustão diafragmática (colecistite, ruptura esplênica).

Qualidade da dor:

- Descrever se a dor é cólica, aguda, contínua ou pulsátil.

Sintomas associados:

- Febre: Pode indicar infecção, como apendicite, colecistite ou pielonefrite.
- Náuseas, vômitos: Comuns em obstrução intestinal, apendicite ou pancreatite.
- Alteração do trânsito intestinal: Constipação, diarreia ou ausência de evacuação/gases podem causar interferência ou condições inflamatórias intestinais.
- Hematêmese ou melena: Sugerem hemorragia gastrointestinal alta.
- Disúria ou hematúria: Sugere envolvimento urinário, como infecção urinária ou cálculo renal.

História prévia e fatores de risco:

- Cirurgias abdominais prévias (risco de aderência e obstrução intestinal).
- Doenças crônicas, como diabetes, hipertensão ou doenças cardíacas (importantes para pancreatite, isquemia mesentérica).
- Uso de medicamentos (AINEs, anticoagulantes, antibióticos).

2. Exame Físico Detalhado

Inspeção

- Avaliar distensão abdominal, cicatrizes cirúrgicas, hérnias, hematomas (sinal de Cullen ou Grey-Turner, que indicam hemorragia intra-abdominal).

Ausculta

- Ruídos hidroaéreos:
  - Ausência de ruídos pode sugerir íleo paralítico ou peritonite.
  - Ruídos aumentados e metálicos podem sugerir interferência intestinal.

Palpação

- Palpação superficial e profunda para identificação de sensibilidade, dor à descompressão (sinal de Blumberg para peritonite), massas abdominais, ou hérnias.
- Defesa abdominal: Pode sugerir inflamação peritoneal.
- Sinal de Murphy positivo: Dor abrupta à palpação do hipocôndrio direito durante inspiração profunda sugere colecistite.

Percussão

- Timpanismo: Pode sugerir interferência intestinal ou distensão gasosa.
- Macicez: Pode indicar ascite ou massa abdominal.

Toque Retal e Exame Pélvico

- Toque retal: Importante para avaliar a presença de massa, dor localizada, fezes com sangue.
- Exame pélvico (em mulheres): Essencial para diferenciar causas ginecológicas, como gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, ou torção ovariana.

3. Investigação Diagnóstica

Exames Laboratoriais

- Hemograma completo: Avaliar leucocitose (sugestiva de infecção ou infecção), anemia (sangramento gastrointestinal).
- Amilase e lipase: Indicadas em casos de suspeita de pancreatite.

- Função renal e eletrólitos: Avaliar distúrbios eletrolíticos e função renal, especialmente em pacientes com vômitos, diarreia ou desidratação.
- Exames de função hepática (TGO, TGP, bilirrubina, FA): Para avaliação de causas hepáticas ou biliares.
- Enzimas cardíacas e ECG: Em pacientes com dor epigástrica ou suspeita de infarto agudo do miocárdio.
- Exame de urina: Para avaliar infecções urinárias, cálculos renais ou envolvimento renal.
- Beta-hCG (em mulheres com idade fértil): Para excluir gravidez ectópica.

Exames de Imagem

- Radiografia de abdome em pé e decúbito: Útil para detectar intromissões intestinais, perfurações (ou livres sob o diafragma), ou presença de exames urinários.
- Ultrassonografia abdominal: Primeiro exame em suspeitas de causas biliares (colecistite, cálculos), gravidez ectópica ou patologias pélvicas, além de ascite.
- Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome: Indicada para avaliar causas graves, como apendicite, diverticulite, perfurações, aneurismas ou abscessos.
- Ressonância Magnética (RM): Em casos específicos, como suspeita de patologias ginecológicas ou hepáticas não esclarecidas pelos outros exames.

4. Manejo Inicial

Dor Abdominal Leve a Moderada (Causas Não Emergenciais)

- Analgésicos simples e antiinflamatórios: Paracetamol ou dipirona. Evite antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) em pacientes com suspeita de úlcera péptica ou insuficiência renal.
- Antiespasmódicos: Buscopan (escopolamina) pode ser útil em cólicas abdominais leves.

Dor Abdominal Grave (Causas Emergenciais)

- Analgésicos opióides: Morfina 2-4 mg IV (adultos) para dor intensa, com monitoramento cuidadoso.

- Reposição volêmica : Iniciar com solução cristaloide (soro fisiológico ou Ringer Lactato) se o paciente estiver desidratado, hipovolêmico ou em choque.
- Antieméticos : Metoclopramida ou ondansetrona para controle de náuseas e vômitos.
- Antibióticos empíricos : Iniciar em casos de infecção grave ou suspeita de hemorragia (ex.: apendicite complicada, diverticulite com peritonite). Exemplos:
    - Ceftriaxona + Metronidazol.
    - Piperacilina-tazobactam ou meropenem em casos graves.

Intervenção Cirúrgica

- Emergência cirúrgica: Apendicite aguda, perfuração de vísceras, interferência intestinal, gravidez ectópica rota, e torção de ovário geralmente extraordinária de intervenção cirúrgica urgente.
- Consulta com cirurgia: Todos os pacientes com suspeita de causas cirúrgicas devem ser avaliados por um cirurgião.

5. Critérios para Internação

I. Pacientes com dor abdominal intensa e instabilidade hemodinâmica.
II. Necessidade de intervenção cirúrgica urgente.
III. Dor abdominal de causa indefinida que não melhora com o tratamento inicial.
IV. Complicações como peritonite, sepse ou choque.
V. Pacientes idosos ou com múltiplas comorbidades, especialmente se houver sinais de trânsito clínico.

Referências Bibliográficas:

1. American College of Gastroenterology (ACG). Diretrizes para o tratamento da dor abdominal aguda. 2022. Disponível em : https://gi.org
2. Sociedade Brasileira de Cirurgia Digestiva (SBCD). Diretrizes para o Tratamento da Dor Abdominal Aguda. 2023. Disponível em : http://www.sbcd.org.br
3. World Society of Emergency Surgery (WSES). Diretrizes para o Manejo do Abdome Agudo. 2023. Disponível em : https://www.wses.org

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA HEMORRAGIAS HEMORRAGIA DIGESTIVA, HEMOPTISE, EPISTAXE

Hemorragias, dependendo de sua origem e gravidade, podem representar emergências médicas que podem ser interrompidas com intervenção imediata. Uma abordagem correta e sistemática pode reduzir a mortalidade e as complicações associadas a essas condições. A seguir, um protocolo para avaliação e manejo de três tipos comuns de hemorragias: hemorragia digestiva, hemoptise e epistaxe.

1. Hemorragia Digestiva

Definição:

- A hemorragia digestiva pode ser dividida em alta (origem acima do ângulo de Treitz, geralmente esôfago, estômago ou duodeno) e baixa (origem a partir do intestino delgado, cólon ou reto).

Avaliação Inicial:

I. Sinais de alerta: Hematêmese (vômito com sangue), melena (fezes negras) ou enterorragia (sangramento retal com sangue vivo).
II. Estabilização hemodinâmica: Avaliar frequência cardíaca, pressão arterial e sinais de hipovolemia (tontura, confusão, sudorese fria).

Exame Físico:

I. Avaliação abdominal completa: Palpação, ausculta e verificação de sinais de

dor, distensão ou massas.

II. Toque retal: Verifique a presença de sangue nas fezes e na cor (fezes com sangue vermelho vivo ou escuro).

Condutas Imediatas:

I. Reposição volêmica: Se houver choque hipovolêmico ou sinais de instabilidade hemodinâmica, inicie a reposição com cristaloides (soro fisiológico ou Ringer lactato), 500-1000 mL em bolus, e avalie a necessidade de transfusão sanguínea.
II. Monitoramento contínuo: Monitora sinais específicos a cada 15 minutos em casos de instabilidade.
III. Hemograma completo, função hepática e coagulograma: Avaliar o grau da anemia, coagulopatias e função hepática.
IV. Transfusão de concentração de hemácias: Se hemoglobina < 7 g/dL, ou < 9 g/dL em pacientes com doenças cardíacas ou instabilidade hemodinâmica.

Tratamento Específico:

Hemorragia digestiva alta:

I. Inibidores de bomba de prótons (IBPs): Omeprazol 80 mg em bolus IV, seguido de infusão contínua de 8 mg/h em suspeita de úlcera péptica.
II. Terapia endoscópica: Realizar endoscopia digestiva alta em até 24 horas, idealmente nas primeiras 12 horas em casos de sangramento ativo.
III. Variações esofágicas:
IV. Terlipressina ou octreotida: Terlipressina 2 mg IV a cada 4 horas, ou octreotida 50 mcg em bolus seguido de infusão contínua de 50 mcg/h.
V. Ligadura metálica ou escleroterapia: procedimento endoscópico.

Hemorragia digestiva baixa:

- Colonoscopia ou arteriografia: Pode ser indicada para diagnóstico e tratamento.

2. Hemoptise

Definição:

- A hemoptise é a expectoração de sangue proveniente do trato respiratório abaixo das cordas vocais. Pode variar de mínimo (estrias de sangue sem escarro) a ilimitada (≥ 100-600 mL em 24 horas).

Avaliação Inicial:

I. História clínica detalhada: identificação de causa (tuberculose, bronquiectasia, câncer de pulmão, insuficiência cardíaca).
II. Sinais de gravidade: Saturação de oxigênio < 90%, taquipneia, cianose ou hemoptise significativa com risco de comprometimento respiratório.

Exame Físico:

I. Ausculta pulmonar: Verifique a presença de roncos, sibilos, estertores ou murmúrio vesicular reduzido.
II. Inspeção torácica: Verificar sinais de trauma, infecções ou anormalidades estruturais.

Condutas Imediatas:

Estabilização das vias aéreas:

I. Oxigenoterapia: Administrar oxigênio suplementar (máscara com reservatório 15 L/min) para manter SpO2 ≥ 92%.
II. Posicionamento: Se possível, coloque o paciente em decúbito lateral com a ventilação afetada para baixo, para evitar aspiração de sangue.
III. Monitoramento contínuo.

Controle da hemorragia:

- Broncoscopia de urgência: Procedimento diagnóstico e terapêutico para localizar a fonte de sangramento e, se necessário, realizar cauterização ou

tamponamento.

- Reposição volêmica: Se houver sinais de hipovolemia ou choque, inicie a reposição com cristais e, se necessário, transfusão de concentrado de hemácias.

Tratamento Específico:

Hemoptise secundária:

- Embolização arterial brônquica: Procedimento radiológico para interromper a fonte de sangramento.
- Broncoscopia terapêutica: Para cauterizar ou tamponar uma área de sangramento.

Tratamento medicamentoso:

- Ácido tranexâmico: Pode ser utilizado em casos de hemoptise significativa (1 g IV em bolus).

3. Epistaxe

Definição:

- A epistaxe é o sangramento nasal, e pode ser classificada como anterior (mais comum e menos grave) ou posterior (mais grave, podendo necessitar de intervenção especializada).

Avaliação Inicial:

I. Identificação da fonte do sangramento: Sangramentos anteriores geralmente são visíveis na parte anterior da cavidade nasal (área de Kiesselbach), enquanto os sangramentos posteriores têm origem mais profunda e podem drenar pela faringe.
II. Causas possíveis: Trauma nasal, hipertensão, uso de anticoagulantes, distúrbios de coagulação, infecções, tumores nasais.

Exame Físico:

I. Rinoscopia anterior: Avaliar a localização do sangramento e sua intensidade.
II. Pressão arterial: verifica hipertensão, que pode agravar a epistaxe.

Condutas Imediatas:

I. Compressão nasal: Aplique pressão manual contínua nas narinas (parte macia do nariz) por 10-15 minutos enquanto o paciente está sentado, com a cabeça levemente inclinada para frente.
II. Vasoconstritores tópicos: Aplique lidocaína com adrenalina ou oximetazolina (em forma de spray) para vasoconstrição local.
III. Tamponamento nasal anterior: Se a extremidade final do manual, realizar tamponamento nasal anterior com olhar ou materiais específicos (Merocel, Rapid Rhino).
IV. Tamponamento nasal posterior: Nos casos de epistaxe posterior, pode ser necessário tamponamento com balão ou outros dispositivos específicos, sendo importante a avaliação de um especialista (otorrinolaringologista).

Tratamento Específico:

- Cauterização química ou elétrica: Em sangramentos recorrentes ou persistentes, pode-se realizar cauterização química com nitrato de prata ou cauterização elétrica das áreas sangrantes.
- Reposição volêmica: Em casos de epistaxe grave com instabilidade hemodinâmica, atualização cristaloides e consideração transfusão sanguínea.

Monitoramento e Critérios para Internação

I. Internação em UTI: Pacientes com hemorragia digestiva grave, hemoptise progressiva ou epistaxe posterior que requerem tamponamento e monitoramento contínuo.
II. Internação em enfermaria: Pacientes que necessitam de monitoramento após estabilização inicial, com controle da hemorragia, mas que ainda serão realizadas notificações de acompanhamento próximo.
III. Alta hospitalar: Pacientes com controle adequado de sangue, sem sinais de instabilidade, com plano de seguimento definido.

Considerações Finais

Este protocolo tem o objetivo de orientar o manejo inicial de pacientes com hemorragias em ambiente de urgência, diferenciando as abordagens para hemorragia digestiva, hemoptise e epistaxe. A identificação rápida da causa e a intervenção imediata são essenciais para melhorar os resultados clínicos.

Referências Bibliográficas:

1. American College of Gastroenterology (ACG). Diretrizes para o tratamento de sangramento gastrointestinal agudo. 2022. Disponível em : https://gi.org

2. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Diretrizes para o Manejo da Hemoptise. 2023. Disponível em : https://sbpt.org.br

3. Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (SBO). Diretrizes para o Tratamento da Epistaxe. 2023. Disponível em : https://www.aborlccf.org.br

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL

Pacientes com doenças psiquiátricas ou alterações comportamentais em ambiente de urgência e emergência exigem uma abordagem cuidadosa e sistemática para garantir sua segurança e a de outras pessoas, além de promover o manejo adequado da condição subjacente. Este protocolo visa orientar a abordagem inicial, estabilização e intervenções terapêuticas para pacientes com transtornos psiquiátricos ou comportamentais.

1. Avaliação Inicial

1.1 Estabilização da Segurança

Ambiente Seguro:

- Garantir que o ambiente de atendimento seja seguro tanto para o paciente quanto para a equipe. Remover objetos perigosos e, se necessário, pedir auxílio de segurança.
- Se o paciente estiver agitado ou violento, considere contenção física ou química.

Contenção Física (se necessária):

- Utilização contenção física de maneira ética e adequada, respeitando os princípios de dignidade. A contenção deve ser sempre o último recurso e aplicada por equipe treinada.

Contenção Química (se necessária):

- Medicamentos sedativos: Administrar benzodiazepínicos, como diazepam (5-

10 mg IM/IV) ou midazolam (5-10 mg IM/IV), para melhorar grave.

- Alternativa: Haloperidol 5-10 mg IM ou IV (especialmente em psicose aguda).

1.2 História Clínica Rápida e Avaliação Inicial

Anamnese Rápida (quando possível):

- Identificar se há história prévia de transtorno psiquiátrico (esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, ansiedade, entre outros).
- Pergunte sobre o uso de substâncias psicoativas (álcool, drogas ilícitas).
- Tentativa de suicídio ou autoagressão: Avaliar ideação suicida, prévia prévia e fatores de risco.
- História de agressividade ou riscos para terceiros.

Estado Mental e Comportamento:

- Avaliar o estado de consciência, desorientação, discurso incoerente, delírios, alucinações ou paranóia
- Observe sinais de melhorias psicomotoras, ansiedade severa, agressividade ou apatia extrema.

1.3 Exame Físico Completo

- Sinais componentes: Avaliar temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, e saturação de oxigênio. Verifique sinais de desidratação ou intoxicação.
- Exame neurológico rápido: Avaliar pupilas, reflexos, progressivamente, e sinais de trauma ou convulsões.
- Avaliação para condições médicas agudas: Exclui causas orgânicas, como infecções, intoxicações, desequilíbrios metabólicos (ex.: hipoglicemia), ou traumatismos.

2. Investigação Diagnóstica

Exames Complementares para Exclusão de Causas Orgânicas

- Hemograma completo, eletrólitos, glicemia capilar, função hepática e renal:

- Avaliar distúrbios metabólicos, infecciosos ou desidratação.

- Exame toxicológico (urina e sangue):
  - Avaliar intoxicação por álcool, drogas ilícitas (cocaína, anfetaminas, maconha), benzodiazepínicos ou outras substâncias psicoativas.
- Gasometria arterial:
  - Avaliar distúrbios ácido-básicos ou hipóxia, que podem causar confusão ou toxicidade.
- Eletrocardiograma (ECG):
  - Para pacientes com alterações cardíacas ou suspeita de intoxicação.
- Imagem cerebral (TC ou RM de crânios):
  - Indicada em pacientes com sinais neurológicos focais, trauma cranioencefálico, ou suspeita de lesão estrutural (ex.: tumor cerebral).

3. Diagnóstico Diferencial

Causas Psiquiátricas

I. Transtorno de Ansiedade: Ataques de pânico podem mimetizar sintomas físicos graves (dispneia, dor torácica, taquicardia).
II. Esquizofrenia: Presença de delírios, alucinações e comportamento desorganizado.
III. Transtorno Bipolar: Episódios de mania ou depressão grave. A mania pode incluir confusão, insônia e delírios de grandeza.
IV. Depressão Grave: Presença de ideação suicida, lentidão psicomotora ou sintomas psicóticos em casos graves.

Causas Não Psiquiátricas

I. Intoxicações (drogas/álcool): Pacientes intoxicados podem apresentar confusão, toxicidade, delírios ou depressão respiratória.
II. Infecções: Infecções sistêmicas (sepse, meningite, encefalite) podem causar alterações no estado mental.
III. Transtornos metabólicos: Hipoglicemia, hiponatremia, hipocalcemia, insuficiência renal ou hepática.
IV. Traumas cranianos: Especialmente se houver história de trauma recente ou sinais neurológicos focais.

4. Intervenções Terapêuticas

Agitação Psicótica ou Psicose Aguda

- Haloperidol (antipsicótico típico): 5-10 mg IM ou IV, repetir após 30 minutos se necessário. Pode ser combinado com benzodiazepínicos (ex.: diazepam 5-10 mg IM/IV).
- Olanzapina (antipsicótico atípico): 5-10 mg IM, principalmente em pacientes com delírios ou alucinações.

Transtornos de Ansiedade ou Ataque de Pânico

- Benzodiazepínicos (diazepam ou midazolam): 5-10 mg IM/IV para sedação leve ou moderação de ansiedade grave.
- Betabloqueadores (ex.: propranolol): 10-40 mg VO para redução de sintomas somáticos (taquicardia, tremores).

Depressão Grave com Ideação Suicida

- Internação psiquiátrica: Pacientes com alto risco de suicídio devem ser internados e monitorados de perto.
- Antidepressivos (tratamento de manutenção): ISRS (fluoxetina, sertralina) são indicados a longo prazo, mas não têm efeito imediato na urgência.

Intoxicação ou Abstinência de Substâncias

- Abstinência isolada: Pode ser tratada com benzodiazepínicos (diazepam ou lorazepam) para prevenir convulsões e melhorias.
- Intoxicação por opioides: Administrar naloxona 0,4-2 mg IV ou IM, podendo repetir se necessário.
- Intoxicação por benzodiazepínicos: Considerar flumazenil em casos graves de intoxicação por benzodiazepínicos, mas com cautela devido ao risco de convulsões.

Suporte para Tentativa de Suicídio

- Avaliação psiquiátrica completa: Todo paciente com tentativa de suicídio ou

ideação suicida deve ser avaliado por um psiquiatra para avaliação de internação ou acompanhamento ambulatorial.

- Monitoramento intensivo: Pacientes com risco imediato de suicídio devem ser interrompidos sob supervisão constante.

5. Monitoramento e Critérios de Internação

Critérios de Internação Psiquiátrica

I. Ideação suicida ou tentativa de suicídio recente.
II. Agitação psicomotora grave ou psicose aguda que não responde ao tratamento inicial.
III. Risco de autoagressão ou agressão a terceiros.
IV. Delírios, alucinações ou comportamento desorganizado , especialmente em pacientes sem diagnóstico psiquiátrico prévio.
V. Pacientes com comorbidades clínicas graves ou intoxicações associadas que requerem monitoramento clínico contínuo.

Critérios para Alta Hospitalar

I. Estabilização do comportamento: Paciente com redução da melhoria ou comportamento suicida.
II. Acompanhamento garantido: Plano de tratamento e encaminhamento a serviços de saúde mental para seguimento ambulatorial.
III. Acompanhamento familiar: Orientar familiares e responsáveis sobre a importância da vigilância e continuidade do tratamento após a alta.

6. Acompanhamento e Encaminhamento

- Encaminhamento para psiquiatria: Todos os pacientes devem ser orientados para acompanhamento psiquiátrico após alta para continuidade do cuidado.
- Intervenção psicossocial: Envolver equipes de apoio psicossocial e serviços de assistência social em casos de prova de suicídio, abuso de substância ou questões familiares.
- Acompanhamento multidisciplinar: Pacientes com transtornos psiquiátricos atuais ou que interrompem tratamento prolongado devem ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, incluindo psicólogos, psiquiatras e

assistentes sociais.

Considerações Finais

Este protocolo visa fornecer uma abordagem estruturada e prática para o manejo inicial de pacientes com doenças psiquiátricas ou comportamentais em ambiente de urgência e emergência, garantindo a segurança e o tratamento adequado de cada caso.

Referências Bibliográficas

1. Associação Psiquiátrica Americana (APA). Diretrizes para Avaliação e Gestão de Emergências Psiquiátricas. 2023. Disponível em : https://www.psychiatry.org

2. Sociedade Brasileira de Psiquiatria (SBP). Diretrizes para o Manejo de Emergências Psiquiátricas. 2022. Disponível em : https://www.psiquiatria.org.br

3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde Mental em Situações de Emergência: Diretrizes para Intervenção. 2020. Disponível em : https://www.who.int

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA DIABETES

Pacientes diabéticos podem apresentar diversas complicações agudas que requerem intervenção imediata, como hipoglicemia, cetoacidose diabética (CAD) e estado hiperosmolar hiperglicêmico (EHH). O manejo rápido e preciso dessas condições é essencial para reduzir a morbidade e a mortalidade.

1. Avaliação Inicial

História Clínica e Sintomas

História médica prévia

- Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2, controle glicêmico habitual, medicamentos em uso (insulina, hipoglicemiantes orais), e fatores desencadeantes (infecções, suspensão de medicamentos, estresse).

Sinais e sintomas:

I. Hipoglicemia: Sudorese, tremores, confusão mental, atualização, visão turva, perigo, convulsões ou coma.
II. Hiperglicemia: Sede excessiva (polidipsia), micção frequente (poliúria), cansaço, confusão, náuseas, vômitos, respiração rápida e profunda (respiração de Kussmaul).
III. Cetoacidose diabética (CAD): Dor abdominal, vômitos, hálito cetônico (cheiro de frutas), desidratação.
IV. Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH): Fraqueza, desidratação grave, alteração do estado mental, convulsões.

Sinais vitais

- Frequência cardíaca: Taquicardia pode indicar desidratação ou infecção.
- Pressão arterial: Pode estar elevada devido à desidratação ou infecção.
- Frequência respiratória: O aumento da frequência pode indicar respiração compensatória em CAD.
- Temperatura: Verifica sinais de infecção.

Exame Físico

- Estado de hidratação: Avaliar sinais de desidratação (mucosas secas, turgor da pele reduzido, olhos encovados).
- Avaliação neurológica: Verificar o nível de consciência, confusão ou perda (particularmente em hipoglicemia ou EHH).
- Exame de proteção: Respiração de Kussmaul em CAD e sinais de infecção pulmonar, como estertores ou roncos.
- Avaliação abdominal: Dor abdominal em CAD.

2. Investigação Diagnóstica

Exames Imediatos

I. Glicemia capilar (dextro):
II. Hipoglicemia: Glicose < 70 mg/dL.
III. Hiperglicemia: Glicose > 250 mg/dL (para CAD) ou > 600 mg/dL (para EHH).

Gasometria arterial ou venosa:

I. Acidose metabólica em CAD: pH < 7,3, bicarbonato < 15 mEq/L.
II. EHH :Ausência de acidose significativa (pH > 7,3).

Corpos cetônicos:

I. Urina: Presença de corpos cetônicos (CAD).
II. Sangue: Corpos cetônicos elevados (beta-hidroxibutirato).

Osmolaridade plasmática:

- EHH: Osmolaridade plasmática > 320 mOsm/kg.

Eletrólitos séricos:

- Potássio (K+): Pode estar elevado inicialmente no CAD devido à acidose, mas pode cair durante o tratamento com insulina. Hipocalemia grave (< 3,3 mEq/L) requer correção antes da administração de insulina.
- Sódio (Na+): Pode estar baixo devido à hiperglicemia e desidratação.
- Função renal : Ureia e creatinina para avaliar insuficiências renais associadas.
- Hemograma completo : Para verificar sinais de infecção.

3. Tratamento de Condições Agudas

3.1 Hipoglicemia

Objetivo: Elevar rapidamente a glicemia para níveis seguros e evitar complicações neurológicas.

Glicose via oral (em pacientes conscientes):

- Administre 15-20 g de glicose (suco, comprimidos de glicose, açúcar) e repita a glicemia em 15 minutos. Se ainda < 70 mg/dL, repetir uma dose.
- Glicose intravenosa (em pacientes inconscientes ou incapazes de ingerir líquidos) :
- Administrar glicose hipertônica 20% ou 50% IV (10-25 g de glicose, o que equivale a 50 mL de glicose 50%).

Glucagon:

- Em ambiente pré-hospitalar ou quando a via intravenosa não estiver disponível, administre glucagon 1 mg IM ou SC .

Monitoramento contínuo :

- Reavaliar a glicemia a cada 15 minutos até a estabilização. Após a estabilização, ofereça um lanche com carboidratos de absorção lenta para prevenir nova queda de glicemia.

3.2 Cetoacidose Diabética (CAD)

Objetivo: Corrigir a desidratação, acidose e hiperglicemia.

Reposição volêmica:

- Iniciar com soro fisiológico 0,9%: 1-2 litros nas primeiras 1-2 horas, seguido de 500-1000 mL/h conforme avaliação do estado de hidratação e eletrólitos.
- Após estabilização inicial e correção parcial da hiperglicemia, substitua por soro fisiológico 0,45% se som corrigido estiver atualizado.

Insulina intravenosa:

- Bolus inicial de insulina regular: 0,1 U/kg IV, seguido de infusão contínua de 0,1 U/kg/h.
- Meta de redução da glicose: 50-100 mg/dL por hora . Quando a glicemia atingir 200-250 mg/dL, inicie a infusão de glicose a 5% para evitar hipoglicemia.

Correção de potássio:

- Se potássio < 3,3 mEq/L , combine antes de iniciar a insulina (20-40 mEq/L de KCl na solução de solução).
- Se o potencial estiver entre 3,3-5,2 mEq/L, adicione 20-30 mEq/L de KCl à reposição de fluidos.

Monitoramento constante:

- Glicemia capilar a cada 1-2 horas.
- Eletrólitos e gasometria arterial a cada 2-4 horas até estabilização.

3.3 Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH)

Objetivo: Reverter a desidratação severa, corrigir hiperglicemia e distúrbios eletrolíticos.

Reposição volêmica:

- Iniciar com soro fisiológico 0,9%: 1-2 litros nas primeiras 1-2 horas, depois 500-1000 mL/h conforme o estado de hidratação e sódio.
- Após estabilização inicial, pode ser necessário trocater para soro fisiológico 0,45% para evitar hipernatremia.

Insulina intravenosa:

- Iniciar infusão de insulina regular a 0,1 U/kg/h (não é necessário bolus inicial).
- Quando a glicemia atingir 250-300 mg/dL, inicie a infusão de glicose a 5% para evitar hipoglicemia.

Correção de eletrólitos:

- Monitorar e corrigir o possível conforme descrito para CAD.

Monitoramento constante:

- Glicemia capilar, eletrólitos e osmolaridade plasmática a cada 2-4 horas até a resolução da hiperglicemia e estabilização clínica.

4. Monitoramento e Critérios para Internação

Critérios de Internação na UTI

I. Instabilidade hemodinâmica ou choque.
II. Alteração do nível de consciência (confusão, coma).
III. Distúrbios graves eletrolíticos (hipocalemia, hiponatremia, sepultura acidosa).
IV. Falência orgânica associada (insuficiência renal aguda, infecção grave).

Critérios de Alta

I. Correção completa de hipoglicemia ou hiperglicemia.
II. Paciente alerta, hidratado e com controle glicêmico estável.
III. Plano de acompanhamento ambulatorial e ajuste da terapêutica diabética (insulina, hipoglicemiantes orais).

5. Acompanhamento e Encaminhamento

- Acompanhamento ambulatorial com endocrinologista para ajuste da terapia insulinotrópica e monitoramento contínuo do diabetes.
- Educação sobre manejo domiciliar do diabetes: Orientações sobre monitoramento de glicemia capilar, sinais de alerta para hipoglicemia e hiperglicemia, e ajuste de medicamentos durante doenças intercorrentes.
- Planejamento de alta e cuidados preventivos: Definir estratégias para prevenir novas descompensações, como revisão de dieta, adesão ao tratamento e controle de fatores desencadeantes (infecções, estresse).

Considerações Finais

Este protocolo visa fornecer uma abordagem prática e rápida para o manejo de emergências relacionadas ao diabetes, como hipoglicemia, cetoacidose diabética e estado hiperosmolar hiperglicêmico, garantindo a estabilização clínica e o tratamento adequado.

Referências Bibliográficas:

1. Associação Americana de Diabetes (ADA). Padrões de atendimento médico em diabetes. 2023. Disponível em : https://diabetes.org
2. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes para o Manejo do Diabetes Mellitus. 2023. Disponível em : https://diabetes.org.br
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Gestão do Diabetes em Situações de Emergência. 2022. Disponível em : https://www.who.int

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA SINTOMAS GRIPAIS

Os sintomas gripais são comuns em serviços de urgência e podem ser causados por uma variedade de patógenos, incluindo vírus respiratórios como o vírus da influenza, o SARS-CoV-2 (COVID-19), rinovírus, adenovírus, entre outros. A maioria dos casos é autolimitada, mas em alguns pacientes, especialmente aqueles com fatores de risco, podem haver complicações graves como pneumonia, insuficiência respiratória ou sepse. Este protocolo visa orientar a abordagem, triagem, diagnóstico e manejo de pacientes com sintomas gripais.

1. Avaliação Inicial

1.1. História Clínica

I. Início dos sintomas: Quando surgiram os sintomas gripais (febre, tosse, coriza, dor de garganta, fadiga, mialgia, dor de cabeça)?
II. Sintomas associados: Presença de febre, calafrios, tosse produtiva ou seca, dispneia, dor torácica, congestão nasal, fadiga, e sintomas gastrointestinais (vômitos, diarreia).
III. História de contato: Contato recente com pessoas doentes ou com diagnóstico confirmado de gripe ou COVID-19.
IV. História vacinal: Verifique se o paciente recebeu a vacina contra a gripe sazonal ou a vacina contra COVID-19.
V. Fatores de risco: Doenças crônicas (diabetes, hipertensão, DPOC, insuficiência cardíaca), imunossupressão, gravidez, idade avançada (> 60 anos).

1.2. Sinais vitais

I. Frequência respiratória: Avaliar sinais de taquipneia (FR > 20/min) ou respiração dificultada.
II. Saturação de oxigênio: Monitorar SpO_2, especialmente em pacientes com

dispneia. Saturação < 92% é um sinal de alerta.

III. Temperatura: Verifique febre (> 37,8°C) ou hipotermia (< 36°C).

IV. Frequência cardíaca: Taquicardia (FC > 100 bpm) pode indicar febre ou comprometimento respiratório.

V. Pressão arterial: Hipotensão pode sugerir sepse.

1.3. Exame Físico

I. Ausculta pulmonar: Avaliar a presença de roncos, sibilos, estertores, ou diminuição do murmúrio vesicular, redução de consequências respiratórias, como pneumonia ou bronquite.

II. Exame de orofaringe: Verifica sinais de faringite (hiperemia, exsudato) ou amigdalite.

III. Avaliação geral: Inspecionar sinais de desidratação, cianose periférica e esforços adversos.

2. Investigação Diagnóstica

Exames Laboratoriais

I. Hemograma completo: Pode revelar leucocitose com desvio à esquerda em infecções bacterianas ou linfocitose em infecções virais.

II. PCR e outros marcadores inflamatórios: Procalcitonina ou proteína C-reativa (PCR) podem ser úteis para diferenciar infecção viral de bacteriana.

III. Teste de detecção de vírus respiratórios:

IV. Teste rápido de antígeno ou PCR para Influenza e COVID-19, conforme protocolos locais.

V. O painel de infecções virais por PCR pode ser indicado em pacientes graves ou hospitalizados.

Exames de Imagem

I. Radiografia de tórax: Indicada em pacientes com dispneia, tosse produtiva ou febre persistente para descartar pneumonia, alveolar consolidado ou opacidades intersticiais.

II. Tomografia Computadorizada (TC) de tórax: Em casos graves, ou quando houver suspeita de complicações pulmonares como pneumonia viral grave ou

tromboembolismo pulmonar.

3. Diagnóstico Diferencial

I. Gripe: Febre alta, calafrios, mialgia intensa, tosse seca, dor de garganta, cefaleia.
II. COVID-19: Tosse seca, febre, dispneia, fadiga, perda de olfato (anosmia) e/ou paladar (ageusia), sintomas gastrointestinais em alguns casos.
III. Infecção bacteriana secundária: tosse produtiva, expectoração purulenta, febre persistente e piora clínica após um período de melhora inicial.
IV. Pneumonia viral ou bacteriana: tosse, febre alta, dor torácica, crepitações ausculta, hipoxemia.
V. Faringite viral ou bacteriana: dor de garganta com ou sem exsudato amigdaliano, febre, linfadenopatia cervical.

4. Tratamento

4.1. Tratamento Geral

I. Repouso e hidratação: Incentivar a tolerância e a ingestão adequada de líquidos.
II. Antitérmicos e analgésicos:
III. Paracetamol 500-1000 mg VO a cada 6-8 horas ou dipirona 500-1000 mg VO/IV a cada 6-8 horas para controle de febre e dor.
IV. Evite o uso de AINEs (como ibuprofeno) em infecções virais, especialmente na suspeita de COVID-19, devido a relatos de piora do quadro em alguns casos.

4.2. Tratamento Específico

Gripe:

- Iniciar oseltamivir (Tamiflu) 75 mg VO 2x/dia por 5 dias para pacientes de alto risco (idosos, imunossuprimidos, gestantes) ou com sintomas graves, idealmente nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas.

COVID 19:

- Seguir protocolos locais e diretrizes atualizadas.
- Tratamento sintomático: Antitérmicos e hidratação.
- Oxigenoterapia: Administrar oxigênio suplementar se saturação < 92%.
- Antivirais específicos e corticóides (como dexametasona): Para casos graves ou em ambiente hospitalar, conforme indicação clínica e diretrizes.

Infecções bacterianas secundárias:

- Antibioticoterapia empírica em casos de suspeita de pneumonia bacteriana secundária:
- Amoxicilina-clavulanato 875/125 mg VO 2x/dia ou levofloxacino 500 mg VO 1x/dia.
- Avaliar necessidade de antibioticoterapia intravenosa em pacientes internados.

4.3. Complicações Respiratórias

- Broncoespasmo ou asma exacerbada:
- Salbutamol (albuterol) 2,5 mg por nebulização ou 4-8 jatos de 100 mcg em aerossol a cada 4 horas, conforme necessidade.
- Corticosteróides sistêmicos : Prednisona 40-60 mg VO/dia em pacientes com exacerbação de asma ou DPOC.

5. Monitoramento e Critérios para Internação

Monitoramento Ambulatorial

- Pacientes com sintomas gripais leves a moderados, sem comorbidades, podem ser tratados ambulatorialmente com orientações para monitoramento dos sintomas em casa.

Critérios de Internação

- Instabilidade hemodinâmica: Hipotensão ou taquicardia persistente.
- Hipoxemia: Saturação de oxigênio < 92% no ar ambiente.
- Dispneia grave ou trabalho contrariamente aumentado.

- Piora clínica rápida , como febre persistente, desidratação ou confusão mental.
- Pacientes de alto risco : Idosos, imunossuprimidos, gestantes, e pacientes com comorbidades (diabetes, DPOC, doenças cardíacas).

Monitoramento em UTI

- Pacientes com ventilação respiratória grave (necessidade de ventilação mecânica ou suporte com oxigênio em alto fluxo).
- Sepse ou choque séptico secundário a infecções respiratórias.

6. Acompanhamento e Alta

- Alta hospitalar pode ser considerada para pacientes que recuperaram a estabilidade clínica, com controle adequado dos sintomas e que não apresentaram sinais de complicações.
- O acompanhamento ambulatorial deve ser agendado em 7 a 10 dias ou conforme necessidade clínica.

Educação e prevenção:

- Incentivar a vacinação contra gripe sazonal e COVID-19, especialmente em pacientes de alto risco.
- Orientar sobre medidas de higiene respiratória e isolamento domiciliar, quando necessário.

Referências Bibliográficas

1. Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). Diretrizes de Gestão da Influenza. 2023. Disponível em : https://www.cdc.gov
2. Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI). Diretrizes para o Manejo de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG). 2023. Disponível em : https://www.infectologia.org.br
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Gestão Clínica de Infecções Respiratórias Agudas Graves (SARI) quando COVID-https://www.who.int

abeas	Procedimento Operacional		
	PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO		ORIGINAL
	Emissão:	Próxima Revisão:	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM ACOMPANHAMENTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

O acompanhamento de gestação de alto risco exige uma abordagem sistemática e criteriosa para minimizar complicações materno-fetais. A gestação de alto risco inclui condições preexistentes ou adquiridas durante a gravidez que podem aumentar a morbidade e mortalidade tanto para a mãe quanto para o feto. Este protocolo visa orientar o atendimento ambulatorial de gestantes de alto risco, com ênfase na avaliação contínua, monitoramento e condutas específicas.

1. Definição de Gestação de Alto Risco

A gestação de alto risco é definida pela presença de fatores maternos, fetais ou placentários que podem complicar o curso normal da gravidez, como:

- Idade materna < 18 anos ou > 35 anos.
- Doenças crônicas maternas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardíacas, renais, ou autoimunes.
- Histórico obstétrico: pré-eclâmpsia/ eclâmpsia prévia, abortos recorrentes, parto prematuro anterior, restrição de crescimento fetal intrauterino (RCIU).
- Complicações na gravidez atual: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, placenta prévia, síndrome HELLP, gemelaridade ou outras anomalias.

2. Avaliação Inicial no Primeiro Atendimento

2.1 História Clínica Completa

- História obstétrica: Número de gestações anteriores (G), partos (P), abortos (A) e filhos nascidos vivos (NV). Histórico de complicações em gestações anteriores (eclâmpsia, RCIU, prematuridade, óbito fetal).
- História clínica pessoal: Identificação de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, lúpus eritematoso sistêmico, doença cardíaca, DPOC, etc.).
- História familiar: Condições hereditárias (diabetes, hipertensão, malformações congênitas).
- Medicamentos em uso: Avaliar o uso de medicamentos que possam representar risco para o feto (como anti-hipertensivos, anticoagulantes, antiepilépticos).

2.2 Exame Físico

- Sinais necessários: Pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, frequência respiratória.
- Peso e altura: Cálculo do IMC e avaliação da curva de ganho ponderal.
- Exame obstétrico:
- Altura uterina: Avaliar o crescimento uterino adequado para a idade gestacional.
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais: A partir de 10-12 semanas com doppler.
- Exame das mamas e abdômen: Avaliar condições mamárias e sinais de distensão ou dor abdominal.

3. Condutas de Acompanhamento Regular

3.1 Exames de Rotina

Primeira consulta (até 12 semanas):

- Hemograma completo: Anemia avaliada, leucocitose ou plaquetopenia.
- Tipagem sanguínea e fator Rh: identificar incompatibilidades sanguíneas.
- Glicemia de jejum: Avaliar risco para diabetes gestacional (caso haja fator de risco, realizar teste oral de tolerância à glicose entre 24-28 semanas).
- Sorologias: HIV, hepatite B e C, sífilis (VDRL), toxoplasmose (IgG e IgM).
- EAS e urocultura: Diagnóstico de bacteriúria assintomática.
- Exame citopatológico do colo uterino (não realizado no último ano).

- Ultrassonografia obstétrica inicial: Confirmar a idade gestacional, avaliar a vitalidade fetal e detectar possíveis anomalias.

3.2 Exames Complementares para Condição de Alto Risco

Hipertensão crônica ou pré-eclâmpsia:

- Monitoramento frequente da pressão arterial.
- Proteinúria: Realizar proteinúria de 24 horas ou fita reagente a cada consulta.
- Função renal e hepática: Creatinina, ureia, enzimas hepáticas (TGO, TGP), bilirrubina total e frações.
- Ultrassonografia obstétrica com Doppler das artérias uterinas: Avaliar perfusão placentária e risco de pré-eclâmpsia ou RCIU.

Diabetes gestacional ou pré-existente:

- Monitoramento glicêmico regular: Controle glicêmico rigoroso (capilar ou exames laboratoriais, HbA1c).
- Teste de tolerância à glicose (TTGO): Repetir após diagnóstico de diabetes gestacional.
- Ultrassonografia obstétrica com avaliação do crescimento fetal e líquido amniótico: Monitora sinais de macrossomia fetal ou polidrâmnio.

Histórico de RCIU ou prematuridade:

- Avaliação frequente do crescimento fetal com ultrassonografia e Doppler.
- Corticoterapia pré-natal (betametasona) em casos de risco iminente de prematuridade entre 24-34 semanas.

Gestação gemelar:

- Monitoramento mais frequente da vitalidade fetal e complicações específicas, como síndrome de transfusão feto-fetal (STFF).

4. Condutas Específicas para Complicações

4.1 Hipertensão Arterial e Pré-eclâmpsia

Conduta ambulatorial:

- Prescrição de seguros anti-hipertensivos na gravidez (metildopa, labetalol ou nifedipina).
- Acompanhamento regular de pressão arterial e proteinúria.

Conduta em casos de pré-eclâmpsia grave:

- Internacional Imediata para controle rigoroso.
- Sulfato de magnésio: Em casos de pré-eclâmpsia grave para prevenir a eclâmpsia.
- Avaliação da maturidade fetal: Considerar antecipação do parto se > 34 semanas.

4.2 Diabetes Gestacional

Conduta ambulatorial:

- Controle glicêmico rigorosamente com dieta, atividade física e, se necessário, insulinoterapia.
- Ultrassonografia com Doppler para avaliação de macrossomia e polidrâmnio.

4.3 Restrição de Crescimento Fetal (RCIU)

- Avaliação frequente com ultrassonografia:
    - Monitoramento do crescimento fetal e volume de líquido amniótico.
    - Doppler de artérias uterinas, umbilicais e médias para avaliar o risco de insuficiência placentária.

Conduta:

- A corticoterapia pré-natal se houver risco de parto prematuro iminente.
- Avaliação de previsão fetal e antecipação do parto em casos de risco fetal iminente.

5. Intervenções Terapêuticas

5.1 Uso de Medicamentos Seguros na Gestação

- Anti-hipertensivos: Metildopa, labetalol, nifedipina.
- Insulina: Em caso de diabetes gestacional ou pré-existente, a insulina é a primeira escolha para controle glicêmico.
- Anticoagulantes (em trombofilias ou síndromes autoimunes): Uso de heparina de baixo peso molecular (MRPA) ou aspirina para prevenir complicações tromboembólicas.
- Corticosteroides: Betametasona para maturação pulmonar fetal em risco de parto prematuro (entre 24-34 semanas).

5.2 Medidas Não Medicamentosas

- Orientação nutricional: Dieta equilibrada, especialmente em gestantes com diabetes gestacional ou hipertensão.
- Orientação sobre atividade física: Exercícios leves ou moderados, conforme avaliação do obstetra, são recomendados na maioria dos casos.
- Monitoramento domiciliar: Pacientes com diabetes gestacional devem ser treinados para monitorar a glicemia em casa.

6. Monitoramento de Complicações Fetais

6.1 Ultrassonografia Obstétrica

- Realizar ultrassonografias de envio a cada 4-6 semanas em gestações de alto risco.
- Doppler fetal: Avaliação das artérias umbilicais e cirúrgicas para avaliar a saúde fetal e detectar sinais de anomalias placentárias.

6.2 Cardiotocografia

- Avaliação da vitalidade fetal com cardiotocografia a partir de 32 semanas, principalmente em gestações de alto risco, como diabetes gestacional mal controlada ou pré-eclâmpsia.

6.3 Avaliação do Líquido Amniótico

- Monitoramento do volume de líquido amniótico para identificar sinais de polidrâmnio ou oligodrâmnio, principalmente em casos de diabetes gestacional ou insuficiência placentária.

7. Encaminhamentos e Critérios para Internacional

Encaminhamentos

- Endocrinologia: Para controle do diabetes gestacional ou pré-existente.
- Nefrologia ou cardiologia: Em casos de hipertensão grave ou doença renal.
- Hematologia: Para pacientes com trombofilias ou síndromes autoimunes.

Critérios para Internação

- Pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.
- Descompensação diabética ou hiperglicemia persistente .
- RCIU com sinais de evidências placentárias.
- Parto prematuro iminente.

Considerações Finais

Este protocolo fornece uma abordagem abrangente para o atendimento ambulatorial de gestantes de alto risco, priorizando o monitoramento contínuo de condições maternas e fetais e intervenções terapêuticas específicas para minimizar complicações.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde do Brasil. Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher. 2022. Disponível em: http://www.saude.gov.br
2. Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG). Diretrizes para Gestão de Gravidez de Alto Risco. 2023. Disponível em: https://www.acog.org
3. Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia (FEBRASGO). Diretrizes para o Cuidado Pré-natal de Alto Risco. 2022. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br

abeas	Procedimento Operacional		
	PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO PEDIÁTRICO		ORIGINAL
	Emissão:	Próxima Revisão:	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO PEDIÁTRICO

1. Introdução

O acompanhamento pediátrico é essencial para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, prevenção de doenças, e orientação dos pais ou cuidadores. Este protocolo visa orientar a avaliação e conduta durante as consultas ambulatoriais de pediatria.

2. Objetivos

- Monitorar o crescimento e o desenvolvimento físico, motor e cognitivo.
- Prevenir e identificar precocemente doenças ou problemas de saúde.
- Orientar e educar pais/cuidadores sobre cuidados com a saúde infantil.
- Garantir imunizações adequadas.

3. Avaliação Inicial

A cada consulta, realize:

- Anamnese detalhada: histórico gestacional, histórico de doenças familiares e pessoais, hábitos alimentares, sono, e desenvolvimento motor.

Exame físico completo:

- Peso: Verificação e registro comparado com curvas de crescimento.
- Altura: Medida e comparação com a curva de crescimento.
- Perímetro cefálico: Avaliação da medida da cabeça em bebês e crianças pequenas.

- IMC (Índice de Massa Corporal): Avaliação e monitoramento para risco de obesidade.
- Sinais necessários: Pressão arterial (se necessário), frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio.

4. Desenvolvimento e Crescimento

- Avaliar os seguintes marcos de desenvolvimento conforme a faixa etária:

Desenvolvimento Motor:

- Até 6 meses: Movimentos voluntários, rolar, controle da cabeça.
- 6-12 meses: Engatinhar, sentar sem apoio, segurar objetos.
- 1-2 anos: Andar, pegar objetos pequenos com pinça.
- 2-5 anos: Correr, subir escadas, habilidades motoras finas.

Desenvolvimento Cognitivo e Linguagem:

- Avaliar o desenvolvimento da linguagem (balbúcio, primeiras palavras, frases curtas).
- Explorar habilidades cognitivas, como resolução de problemas simples, brincadeiras e interação social.

5. Imunização

- Verifique e atualize o calendário de vacinação de acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) .
- Orientar sobre os efeitos adversos comuns das vacinas e a importância do cumprimento do esquema vacinal.

6. Nutrição

- Avaliar hábitos alimentares, reforçando a necessidade de aleitamento materno exclusivo até 6 meses e introdução gradual de alimentos complementares.
- Para as crianças maiores, enfatize a necessidade de uma dieta equilibrada com frutas, legumes, proteínas e evitar o excesso de açúcares e alimentos

ultraprocessados.

7. Orientações sobre Prevenção

- Higiene e cuidados básicos: Instruções sobre higiene pessoal, saúde bucal e prevenção de acidentes domésticos.
- Sono: Orientar sobre a rotina de sono, quantidade de horas permitida por idade, e prevenção da Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMI).
- Prevenção de acidentes: Enfatizar medidas de segurança no ambiente doméstico e no trânsito.

8. Exames Complementares

Solicitar exames laboratoriais conforme a necessidade clínica:

- Hemograma completo e ferritina para avaliar anemias.
- Glicemia para investigar diabetes ou distúrbios metabólicos.
- Exame de fezes e urina pode haver suspeita de infecções ou parasitoses.

9. Encaminhamentos

- Encaminhar para especialistas quando necessário:

I. Nutricionista: Se houver dificuldades alimentares ou problemas nutricionais.
II. Fonoaudiólogo: Atrasos no desenvolvimento da linguagem.
III. Neurologista pediátrico: Atrasos motores ou sinais neurológicos anormais.
IV. Oftalmologista: Avaliação visual a partir de 2 anos ou antes, se houver suspeita de problemas visuais.

10. Condutas em Casos de Doenças Comuns

- Infecções Respiratórias Agudas: Diagnosticar e tratar infecções respiratórias leves com base em sintomas clínicos e, quando necessário, solicitar radiografia ou exames laboratoriais.
- Doenças Exantemáticas: identificar doenças virais comuns, como sarampo, rubéola e varicela, com base no quadro clínico.
- Gastroenterites: Tratar desidratação com terapia de reidratação oral e

orientar a alimentação durante e após o quadro.

11. Seguimento

- Consulta de rotina: A cada 1 a 3 meses para bebês até 1 ano e a cada 6 meses a 1 ano para crianças maiores.
- Monitoramento contínuo: Reforçar o acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento.

Considerações Finais

Este protocolo é uma base para o acompanhamento pediátrico, sendo importante ajustar conforme a necessidade de cada paciente e as diretrizes locais de saúde.

12. Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes de Atendimento Ambulatorial. 2022.
2. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados com a Saúde Infantil: Diretrizes e Recomendações. Genebra: OMS, 2020.
4. Bright Futures/American Academy of Pediatrics. Diretrizes para Supervisão de Saúde de Bebês, Crianças e Adolescentes. 4ª Edição. 2019.
5. Kaplan, RF, & Sadock, BJ Manual de Psiquiatria Pediátrica. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.

abeas	Procedimento Operacional		
	PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO EM REUMATOLOGIA		ORIGINAL
	Emissão:	Próxima Revisão:	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO EM REUMATOLOGIA

1. Introdução

As doenças reumatológicas compreendem um grupo variado de condições inflamatórias, autoimunes e degenerativas que afetam as articulações, músculos e tecidos conjuntivos. Este protocolo tem como objetivo orientar a avaliação e conduta de pacientes com doenças reumáticas no ambiente ambulatorial.

2. Objetivos

- Avaliar e diagnosticar doenças reumatológicas precocemente.
- Monitorar a progressão da doença e a resposta ao tratamento.
- Melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas reumáticas.
- Prevenir complicações e incapacidades.

3. Avaliação Inicial

A consulta deve incluir:

Anamnese detalhada:

- Histórico clínico: sintomas articulares (dor, desconforto matinal, surto), fadiga, febre, perda de peso.
- Histórico familiar: Doenças reumáticas ou autoimunes na família.
- Histórico ocupacional: Exposição a fatores de risco, traumas articulares.
- Histórico de comorbidades: Avaliar a presença de outras condições

associadas, como doenças cardiovasculares, renais, pulmonares ou diabetes.

Exame físico completo:

- Inspeção das articulações: avaliar sinais de inflamação (edema, rubor, calor, dor) e deformidades articulares.
- Avaliação da amplitude de movimento (ADM): Verifique se há limitações ou dor ao movimento.
- Exame dos sistemas musculoesquelético, tegumentar e neurológico: Observar fraquezas musculares, lesões ósseas (ex.: lúpus), neuropatias periféricas ou déficits sensoriais.

4. Diagnósticos Diferenciais

Considere as seguintes condições:

I. Artrite reumatóide (AR): Poliartrite simétrica com desconforto matinal prolongado.
II. Lúpus eritematoso sistêmico (LES): Poliartrite não erosiva com envolvimento sistêmico, erupção cutânea malar e sintomas gerais como febre e fadiga.
III. Espondiloartrites: Envolvem articulações sacroilíacas e coluna vertebral (ex.: espondilite anquilosante).
IV. Osteoartrite (OA): Doença degenerativa articular, geralmente afetando joelhos, quadris e coluna, com dor mecânica e deformidades.
V. Gota: Ataques súbitos de dor intensa nas articulações, comumente sem hálux, associados à hiperuricemia.
VI. Fibromialgia: dor generalizada, fadiga crônica, distúrbios do sono, sem evidência de inflamação.

5. Exames Complementares

Os exames laboratoriais e de imagem devem ser solicitados conforme suspeita clínica:

I. Hemograma completo: Para avaliar anemia, leucopenia ou trombocitopenia (frequente em LES).
II. Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e Proteína C Reativa (PCR):

Marcadores de inflamação sistêmica.

III. Fator Reumatoide (FR) e Anticorpo Anti-Citrulina (anti-CCP): Úteis no diagnóstico de artrite reumatoide.
IV. Anticorpos Antinucleares (ANA): Associados a doenças autoimunes sistêmicas como LES.
V. Ácido úrico: Avaliação para suspeita de gota.
VI. Radiografias articulares: Para avaliar destruição articular, osteofitos ou calcificações (ex.: osteoartrite).
VII. Ultrassonografia ou Ressonância Magnética: Avaliar inflamação sinovial, tenossinovite e erosões precoces.

6. Conduta Terapêutica

O tratamento deve ser individualizado de acordo com o diagnóstico e gravidade da doença:

Artrite Reumatoide:

I. Comece com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) para controle da dor e inflamação.
II. Corticosteroides (doses baixas) podem ser usados em períodos de exacerbação.
III. Drogas Antirreumáticas Modificadoras da Doença (DMARDs): Como o metotrexato, leflunomida e hidroxicloroquina.
IV. Biológicos: Em casos refratários, como inibidores de TNF (ex.: adalimumabe) ou de IL-6 (ex.: tocilizumabe).

Lúpus Eritematoso Sistêmico:

I. Antimaláricos (hidroxicloroquina): São uma base do tratamento de longo prazo.
II. Corticosteroides: Em doses ajustadas conforme a gravidade.
III. Imunossupressores: Como azatioprina, micofenolato de mofetila ou ciclofosfamida em casos graves.
IV. Monitorar a função renal e cardiovascular de forma rigorosa.

Osteoartrite:

I. Controle da dor com AINEs e uso de paracetamol como terapia inicial.
II. Condroprotetores (ex.: sulfato de glicosamina) podem ser considerados.
III. Fisioterapia para preservação da mobilidade articular e fortalecimento muscular.
IV. Avaliar necessidade de artroplastia em casos avançados com comprometimento funcional.

Gota:

- Tratamento das crises agudas com colchicina , AINEs ou corticosteróides .
- Alopurinol ou febuxostate para controle a longo prazo da hiperuricemia.

Fibromialgia:

- Antidepressivos tricíclicos ou inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (ex.: duloxetina) para controle da dor e melhora do sono.
- Exercícios físicos regulares e terapia cognitivo-comportamental.

7. Orientações ao Paciente

I. Educação: Explicar a natureza crônica e os objetivos do tratamento, com ênfase na adesão ao tratamento.
II. Atividade física: Recomendar exercícios físicos regulares de baixo impacto (caminhada, natação) para manter a função articular.
III. Nutrição: Manter dieta balanceada, com controle de peso em pacientes com osteoartrite e gota.
IV. Prevenção de complicações: Informar sobre os sinais de alerta de exacerbações e a importância de consultas regulares.

8. Monitoramento e Seguimento

- Acompanhamento regular para ajuste terapêutico, com intervalo de consultas variando de 1 a 6 meses, dependendo da atividade da doença.
- Reavaliação de exames laboratoriais periódicos para monitorar efeitos colaterais do tratamento (ex.: toxicidade hepática, mielossupressão).
- Monitoramento da densidade óssea em pacientes com uso prolongado de

corticosteróides para prevenção da osteoporose.

Considerações Finais

Este protocolo deve ser ajustado de acordo com as necessidades individuais de cada paciente e com as diretrizes atualizadas da prática clínica.

9. Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Diretrizes para o Tratamento da Artrite Reumatoide. 2021.
2. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doenças Reumáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
3. Colégio Americano de Reumatologia (ACR). Diretrizes para o Tratamento da Artrite Reumatoide. 2020.
4. Liga Europeia Contra o Reumatismo (EULAR). Diretrizes de Gestão do Lúpus Eritematoso Sistêmico. Ann Rheum Dis, 2019.
5. Hochberg, MC, et al. Rheumatology, 6ª edição. Filadélfia: Mosby, 2019.

abeas	Procedimento Operacional		
	PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA		ORIGINAL
	Emissão:	Próxima Revisão:	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA

1. Introdução

A consulta oftalmológica é fundamental para o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças oculares, além de fornecer a correção de erros refrativos e orientar quanto aos cuidados com a saúde ocular. Este protocolo visa guiar a avaliação e a conduta no atendimento oftalmológico ambulatorial.

2. Objetivos

- Diagnosticar e tratar doenças oftalmológicas.
- Prevenir complicações visuais e reduzir a progressão das doenças oculares.
- Prescrever correções visuais corretas e orientar sobre cuidados oculares.
- Acompanhar condições crônicas oculares e suas comorbidades.

3. Avaliação Inicial

Na consulta oftalmológica, deve-se realizar:

Anamnese detalhada:

I. Queixas principais: Visão embaçada, dor ocular, fotofobia, olho vermelho, lacrimejamento, perda súbita ou progressiva da visão, diplopia, secreção

ocular, entre outras.

II. Histórico ocular: Doenças oculares prévias, uso de óculos ou lentes de contato, cirurgias oculares.
III. Histórico familiar: Glaucoma, degeneração macular, retinopatia diabética ou outras doenças hereditárias.
IV. Histórico sistêmico: Diabetes, hipertensão, doenças autoimunes (como artrite reumatoide, lúpus), uso de medicamentos que afetam a visão (ex.: corticoides).
V. Histórico ocupacional: Exposição a substâncias químicas, ambientes com risco de trauma ocular ou radiação UV.

Exame físico oftalmológico completo:

I. Acuidade visual: Avaliação com e sem correção visual (óculos ou lentes de contato).
II. Teste de refração: Utilização da refração objetiva (retinoscopia/autorrefrator) e refração subjetiva para prescrição de óculos ou lentes de contato.
III. Pressão intraocular (tonometria): Avaliação do risco de glaucoma.
IV. Exame de motilidade ocular e alinhamento: Avaliação de desvios oculares (estrabismo) e movimento dos músculos oculares.
V. Alunos: Teste de reflexo pupilar (direto e consensual) e avaliação de anisocoria.
VI. Exame de fundo de olho (fundoscopia): Avaliar o nervo óptico, mácula, vasos retinianos e presença de lesões na retina.
VII. Exame da lâmpada de fenda: Avaliação específica do segmento anterior do olho (pálpebras, conjuntiva, córnea, íris, cristalino).

4. Diagnósticos Diferenciais

Durante uma consulta oftalmológica, é fundamental considerar uma ampla gama de diagnósticos, como:

I. Erros refrativos: Miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia.
II. Catarata: Opacificação do cristalino, causando visão embaçada e dificuldades visuais, especialmente à noite.
III. Glaucoma: Aumento da pressão intraocular com dano ao nervo óptico, que

pode levar à perda de visão periférica.

IV. Degeneração macular relacionada à idade (DMRI): Doença progressiva que afeta a mácula, causando perda da visão central.

V. Retinopatia diabética: Lesão vascular da retina em pacientes diabéticos, que pode causar hemorragias e descolamento de retina.

VI. Conjuntivite: Inflamação da conjuntiva, que pode ser de origem bacteriana, viral ou alérgica.

VII. Descolamento de retina: Emergência oftalmológica que requer intervenção imediata.

VIII. Uveítes: Inflamação da úvea, com potencial para causar dor ocular e perda visual se não for tratada.

IX. Síndrome do olho seco: comum em pacientes idosos ou usuários de lentes de contato, causando desconforto e sensação de corpo estranho.

5. Exames Complementares

De acordo com o quadro clínico, podem ser solicitados exames complementares, como:

I. Campo visual automatizado: Avaliar a extensão e a qualidade da visão periférica, essencial no diagnóstico e acompanhamento do glaucoma.

II. Tomografia de coerência óptica (OCT): Avaliação detalhada da retina e do nervo óptico, útil em casos de degeneração macular, edema macular e acompanhamento de glaucoma.

III. Angiografia fluoresceínica: Para detecção de anomalias vasculares na retina, especialmente em casos de retinopatia diabética e DMRI.

IV. Ecografia ocular: Utilizada em casos de opacidades do meio ocular, como catarata avançada ou hemorragias vítreas.

V. Paquimetria: Avaliação da espessura da córnea, especialmente útil no acompanhamento de pacientes com glaucoma ou candidatos à cirurgia refrativa.

6. Conduta Terapêutica

O tratamento é específico para a doença oftalmológica moderada, com algumas diretrizes gerais:

I. Erros refrativos: Prescrição de óculos ou lentes de contato com correção visual adequada.
II. Catarata: Indicação cirúrgica para facoemulsificação quando houver impacto na qualidade de vida ou na acuidade visual.
III. Glaucoma: Tratamento com colirios hipotensores oculares (ex.: prostaglandinas, betabloqueadores) e acompanhamento regular da pressão intraocular; em casos avançados, considere cirurgia.
IV. Degeneração macular: Administração de injeções intravítreas de anti-VEGF (ex.: ranibizumabe, bevacizumabe) para DMRI úmido.
V. Retinopatia diabética: Controle rigoroso de glicemia e tratamento com laser (fotocoagulação) ou injeções intravítreas de anti-VEGF ou corticoides em casos de edema macular.
VI. Conjuntivite bacteriana: Uso de antibióticos colírios (ex.: tobramicina, ciprofloxacina).
VII. Uveítes: Tratamento com colirios ou injeções de corticoides, além de investigar e tratar a causa subjacente.
VIII. Síndrome do olho seco: Uso de colírios, lave sem conservantes e evite fatores agravantes (ex.: ambientes secos, exposição ao vento).

7. Orientações ao Paciente

I. Educação: Explicar o diagnóstico e o tratamento de forma clara, incluindo a importância da adesão ao tratamento.
II. Cuidados com os olhos: Oriente o uso adequado de óculos ou lentes de contato, bem como a necessidade de proteção ocular contra radiação UV.
III. Prevenção de doenças oculares: Enfatizar a importância de check-ups regulares, especialmente em pacientes diabéticos, hipertensos e idosos.
IV. Medidas para evitar complicações: Pacientes com glaucoma ou DMRI devem realizar acompanhamento rigoroso para monitorar a progressão da doença.

8. Seguimento

O intervalo de acompanhamento varia de acordo com o diagnóstico:

I. Erros refrativos simples: Consultas anuais para ajuste de grau.
II. Glaucoma e retinopatia diabética: Consultas a cada 3-6 meses para monitoramento da doença.

III. Pós-operatório de catarata: Acompanhamento em 1 semana, 1 mês e 3 meses após a cirurgia.

IV. Doenças inflamatórias (ex.: uveítes): Acompanhamento mais frequente durante surtos agudos, seguido de espaçamento das consultas após a estabilização.

Considerações Finais

Esse protocolo deve ser adaptado de acordo com as diretrizes locais de saúde e necessidades individuais de cada paciente.

9. Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Diretrizes para o Atendimento Ambulatorial em Oftalmologia. 2022.
2. Academia Americana de Oftalmologia (AAO). Padrões de Prática Preferenciais em Cirurgia de Catarata e Refrativa. 2021.
3. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Doenças Oculares. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
4. Kanski, JJ, Bowling, B. Oftalmologia Clínica: Uma Abordagem Sistêmica. 8ª Edição. Elsevier, 2020.
5. Yanoff, M., Duker, JS Ophthalmology, 5ª edição. Elsevier, 2019.

abeas	Procedimento Operacional		
	PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA		ORIGINAL
	Emissão:	Próxima Revisão:	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA

1. Introdução

A mastologia é uma especialidade médica que se dedica ao diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças da mama. Este protocolo tem como objetivo orientar a avaliação e conduta clínica durante consultas ambulatoriais de mastologia, com ênfase na detecção precoce do câncer de mama e no manejo de doenças benignas.

2. Objetivos

- Realizar diagnóstico precoce de doenças malignas e benignas da mãe.
- Monitorar condições prévias e acompanhamento de pacientes em tratamento.
- Oferecer orientações sobre prevenção e cuidados gerais de saúde mamária.
- Indicar e realizar exames complementares, quando necessário.

3. Avaliação Inicial

A avaliação do paciente com queixas mamárias ou para rastreamento de doenças deve incluir:

Anamnese detalhada:

I. Queixas principais: Nódulos, dor mamária (mastalgia), cartilagem mamilar, alterações na pele ou formato das mamas.
II. Histórico pessoal: Doenças prévias na mama (benignas ou malignas), idade da menarca, número de gestações, uso de anticoncepcionais, terapia de reposição hormonal, menopausa e histórico cirúrgico.

III. Histórico familiar: Casos de câncer de mama e câncer de ovário em parentes de primeiro e segundo grau, principalmente antes dos 50 anos, e histórico de mutações genéticas (BRCA1, BRCA2).
IV. Fatores de risco: obesidade, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, uso prolongado de terapia hormonal, exposição à radiação ionizante.
V. Exame ginecológico recente: Dados do último exame clínico das mamas e mamografia.

Exame físico das mamas:

I. Inspeção: Avaliar assimetria mamária, retração da pele, alterações no contorno das mamas, pele com aspecto de casca de laranja, alterações no mamilo ou cartilagem.
II. Palpação: Realizar palpação sistemática de ambas as mamas, da região axilar e supraclavicular. identificação de presença de nódulos, sensibilidade maior, consistência e mobilidade.
III. Avaliação do mamilo: identificar alterações morfológicas, como inversão ou desvio do mamilo, bem como a presença de orbital ou expressão.

4. Diagnósticos Diferenciais

Durante uma consulta mastológica, é importante considerar uma série de condições benignas e malignas, tais como:

Doenças benignas da mama:

I. Fibroadenoma: Nódulo benigno, geralmente firme, móvel e indolor, comum em mulheres jovens.
II. Cistos mamários: Formações líquidas, normalmente palpáveis e dolorosas, que podem aumentar com o ciclo menstrual.
III. Alterações funcionais benignas da mama (AFBM): compreende uma variedade de alterações relacionadas ao ciclo menstrual, como dor e sensibilidade aumentadas.
IV. Papiloma intraductal: Tumor benigno dos ductos mamários, que pode causar coluna sangüínea.
V. Mastite: Inflamação aguda da mama, geralmente associada à lactação, com dor, ocorrência e febre.
VI. Ginecomastia: Aumento benigno da mãe em homens, geralmente relacionado

a alterações hormonais.

Doenças malignas da mama:

I. Carcinoma ductal in situ (CDIS): Lesão pré-maligna confinada ao ducto mamário.
II. Carcinoma lobular in situ (CLIS): Alteração que aumenta o risco de desenvolvimento de câncer invasivo.
III. Carcinoma ductal invasivo: Tipo mais comum de câncer de mama invasivo, que pode se apresentar como nódulo indolor, com ou sem alterações aparentes.
IV. Carcinoma lobular invasivo: Câncer que se origina nos lobos mamários, muitas vezes com características discretas à palpação.
V. Doença de Paget do mamilo: Forma rara de câncer de mama associada a alterações eczematosas no mamilo e na aréola.
VI. Carcinoma inflamatório: Tipo agressivo de câncer de mama, frequentemente com sinais de sintomas e edema (pele em aspecto de casca de laranja).

5. Exames Complementares

De acordo com os resultados clínicos, solicite complementares:

- Mamografia: Exame padrão para rastreamento de câncer de mama, especialmente em mulheres acima de 40 anos. Deve ser repetido a cada 1-2 anos ou conforme recomendação médica.
- Ultrassonografia mamária: Complementar à mamografia, especialmente útil em mulheres jovens com mamas densas e para avaliação de nódulos.
- Ressonância Magnética (RM): Indicada em pacientes com alto risco (mutação BRCA, história familiar significativa) e para avaliação de implantes mamários ou lesões suspeitas.
- Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): Para avaliação citológica de nódulos sólidos ou císticos.
- Biópsia de mama guiada por imagem (core biopsia ou biópsia a vácuo): Realizada em casos de lesões suspeitas ou indeterminadas detectadas por mamografia ou ultrassonografia.
- Exame anatomopatológico: Realizado após biópsia para confirmação diagnóstica.

6. Conduta Terapêutica

- O manejo clínico dependerá do diagnóstico. A seguir, algumas diretrizes de conduta para condições benignas e malignas:

Condições benignas:

I. Fibroadenoma: Acompanhamento clínico e ultrassonográfico regular. Em alguns casos, pode-se indicar uma excisão cirúrgica, dependendo do tamanho, crescimento ou sintomas.
II. Cistos mamários: Aspiração pode haver dor ou desconforto significativo. Acompanhamento ultrassonográfico é indicado.
III. Mastalgia cíclica: Orientar medidas não farmacológicas, como uso de sutiãs adequados, diminuir o consumo de cafeína e tratamento com analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) conforme necessário.
IV. Mastite: Tratamento com antibióticos e desvio de abscessos, se necessário.

Condições malignas:

I. Câncer de mama: O tratamento pode envolver cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora), radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia alvo, dependendo do estadiamento e do tipo de câncer.
II. Carcinoma ductal in situ (CDIS): Pode ser tratado com excisão cirúrgica, radioterapia ou, em alguns casos, hormonioterapia.
III. Doença de Paget: Tratamento cirúrgico e radioterapia, conforme necessário.

7. Orientações ao Paciente

I. Autoexame das mamas: Explica a importância do autoexame mensal, preferencialmente logo após o término do ciclo menstrual, para a detecção precoce de alterações mamárias.
II. Rastreamento regular: Reforçar a importância das mamografias regulares para mulheres acima dos 40 anos ou conforme indicação clínica.
III. Prevenção: Orientar sobre hábitos saudáveis, como manutenção de peso adequado, prática regular de atividades físicas, redução de consumo de álcool e tabagismo.

8. Monitoramento e Seguimento

I. Acompanhamento regular: Consultas de acompanhamento devem ser realizadas conforme o diagnóstico e o risco do paciente. Mulheres com lesões benignas devem ser acompanhadas de acordo com os achados clínicos e de imagem.
II. Pós-tratamento do câncer de mama: Acompanhamento periódico com exames clínicos e de imagem para monitorar recidivas e avaliar efeitos adversos do tratamento.

9. Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Mastologia. Diretrizes para o Rastreamento e Manejo das Doenças da Mama. 2022.
2. Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG). Diretrizes de Diagnóstico e Rastreamento de Câncer de Mama. 2021.
3. Ministério da Saúde. Protocolo de Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
4. Harris, JR, et al. Doenças da Mama, 5ª Edição. Lippincott Williams & Wilkins, 2018.
5. López, M. , et al. Mastologia Clínica: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Manole, 2020.

abeas	Procedimento Operacional		
	PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM COLOPROCTOLOGIA		ORIGINAL
	Emissão:	Próxima Revisão:	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM COLOPROCTOLOGIA

1. Introdução

A coloproctologia é uma especialidade médica voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças que afetam o cólon, reto e ânus. Este protocolo tem como objetivo orientar a avaliação e a conduta clínica em consultas ambulatoriais de coloproctologia, com ênfase na identificação precoce de doenças, manejo adequado das condições benignas e malignas e promoção da saúde intestinal.

2. Objetivos

- Diagnosticar e tratar doenças do cólon, reto e ânus.
- Realizar o rastreamento do câncer colorretal e de outras condições gastrointestinais.
- Monitorar condições crônicas, como doenças inflamatórias intestinais e funcionais do intestino.
- Oferecer orientações sobre prevenção, hábitos intestinais saudáveis e tratamento adequado.

3. Avaliação Inicial

I. A avaliação do paciente com queixas coloproctológicas ou para rastreamento de doenças intestinais deve incluir:

Anamnese detalhada:

I. Queixas principais: dor anal, sangramento retal, constipação, diarreia, tenesmo, prurido anal, disfunção anal, sensação de evacuação incompleta, alterações no ritmo intestinal.
II. Histórico pessoal: Doenças gastrointestinais prévias, cirurgias abdominais, hemorróidas, fissuras anais, fístulas, abscessos ou pólipos.
III. Histórico familiar: Casos de câncer colorretal, doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa ou doença de Crohn).
IV. Hábitos intestinais: Frequência e consistência das fezes, uso de laxantes, presença de incontinência fecal.
V. Fatores de risco: Dieta pobre em fibras, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo e exposição a agentes infecciosos (ex.: HPV).

Exame físico geral:

I. Inspeção anal e perianal: Avaliação de sinais de fissuras, fístulas, prolapsos, abscessos, verrugas anogenitais ou hemorróidas externas.
II. Toque retal: Avaliação do tônus do esfíncter anal, presença de massas, dor à palpação ou sangramento.
III. Exame abdominal: Palpação de massas abdominais, dor localizada ou distensão, além de inspeção de cicatrizes cirúrgicas ou outras anormalidades.

4. Diagnósticos Diferenciais

Durante uma consulta coloproctológica, é essencial considerar as seguintes condições:

Doenças benignas do ânus e reto:

I. Hemorroidas: Dilatação das veias hemorroidárias com sintomas de dor, prurido, sangramento ou prolapso.
II. Fissura anal: Laceração na mucosa do ânus, geralmente associada à dor intensa durante e após a evacuação, e, frequentemente, acompanhada de sangramento.
III. Abscesso perianal: Coleção de pus ao redor da região anal, com dor, inchaço e febre.

IV. Fístula perianal: Comunicação anormal entre o canal anal e a pele perianal, associada à ocorrência purulenta.
V. Prolapso retal: Deslocamento do reto através do ânus, causando sensação de massa ou dor.

Doenças malignas:

I. Câncer colorretal: Neoplasia maligna do cólon ou reto, associada ao sangramento retal, alterações no ritmo intestinal, perda de peso inexplicada e anemia.
II. Câncer anal: Lesão maligna na região anal, frequentemente associada ao vírus do papiloma humano (HPV).

Doenças inflamatórias intestinais (DIIs):

I. Doença de Crohn: Inflamação crônica que pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, com sintomas como diarréia crônica, dor abdominal, perda de peso e fístulas perianais.
II. Retocolite ulcerativa: Inflamação crônica limitada ao cólon e reto, com diarreia sanguinolenta, tenesmo e dor abdominal.

Doenças funcionais do intestino:

I. Síndrome do intestino irritável (SII): Distúrbio funcional caracterizado por alterações no ritmo intestinal, dor abdominal e distensão, sem anormalidades estruturais.

Infecções e outras condições:

I. Infecções anorretais: Proctites infecciosas por vírus (ex.: HPV, HSV), bactérias (ex.: gonococo, sífilis) ou fungos.
II. Incontinência fecal: Perda involuntária de fezes, associada a trauma obstétrico, cirurgias anorretais prévias ou doenças neurológicas.

5. Exames Complementares

Dependendo dos exames clínicos, você pode solicitar exames complementares, como:

II. Anuscopia ou retossigmoidoscopia: Para visualização direta de hemorróidas internas, fissuras, pólipos, fístulas e outras lesões no canal anal e reto.
III. Colonoscopia: Exame essencial para avaliação de todo o cólon e reto, indicado em casos de sangramento retal, suspeita de neoplasia, doenças inflamatórias intestinais e para rastreamento do câncer colorretal.
IV. Exame de sangue oculto nas fezes (SOF): Para rastreamento de sangue não visível e rastreamento de câncer colorretal.
V. Exames laboratoriais: Hemograma, PCR (proteína C reativa), dosagem de cálcio e marcadores tumorais (CEA) podem ser solicitados para avaliação de inflamação, anemia ou suspeita de malignidade.
VI. Tomografia computadorizada ou ressonância magnética: Para avaliação de abscessos profundos, fístulas complexas ou neoplasias.
VII. Ultrassonografia endoanal: Útil para avaliação de fístulas anais, abscessos e incontinência fecal.

6. Conduta Terapêutica

A conduta terapêutica varia conforme o diagnóstico:

Condições benignas:

I. Hemorroidas: Tratamento conservador com dieta rica em fibras, aumento da ingestão de líquidos e uso de pomadas tópicas. Em casos graves, pode-se realizar escleroterapia, ligadura elástica ou hemorroidectomia.
II. Fissura anal: Uso de analgésicos tópicos, pomadas cicatrizantes (ex.: nitroglicerina ou diltiazem) e aumento da ingestão de fibras. Em casos clínicos, considere cirurgia (esfincterotomia lateral).
III. Abscesso e fístula perianal: Drenagem cirúrgica do abscesso e tratamento cirúrgico da fístula, se presente.
IV. Prolapso retal: Cirurgia (proctopexia) é indicada em casos avançados.

Doenças inflamatórias intestinais:

I. Doença de Crohn: Tratamento com corticoides, imunossupressores (ex.: azatioprina, metotrexato) e agentes biológicos (ex.: infliximabe).
II. Retocolite ulcerativa: Uso de aminosalicilatos, corticoides e imunossupressores. Em casos refratários, pode ser indicada colectomia.
III. Câncer colorretal e anal:

    a. Câncer colorretal: Tratamento cirúrgico (colectomia), associado à quimioterapia e/ou radioterapia, dependendo do estágio da doença.
    b. Câncer anal: Quimioterapia e radioterapia são os tratamentos principais, com cirurgia indicada em casos refratários.

7. Orientações ao Paciente

I. Dieta rica em fibras: Ingestão adequada de frutas, legumes, grãos integrais e água para melhorar a função intestinal e prevenir constipação e doenças anorretais.
II. Higiene íntima adequada: Orientar sobre a limpeza correta da região anal após evacuação para prevenir irritações e infecções.
III. Prevenção do câncer colorretal: Explicar a importância do rastreamento periódico, especialmente para pacientes acima dos 50 anos ou com histórico familiar.
IV. Vacinação contra HPV: Recomendar a vacinação para prevenir câncer anal, especialmente em situações de risco.

8. Monitoramento e Seguimento

I. Hemorroidas e fissuras: Consultas de seguimento a cada 3-6 meses para avaliar resposta ao tratamento conservador.
II. Doenças inflamatórias intestinais: Acompanhamento regular para ajuste de tratamento e monitoramento de complicações, como estenoses ou fístulas.
III. Câncer colorretal e anal: Acompanhamento pós-tratamento com exames de imagem e colonoscopias periódicas para monitorar recidivas.

Considerações Finais

Este protocolo pode ser adaptado de acordo com as necessidades individuais dos pacientes e de acordo com as diretrizes locais de saúde.

9. Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Coloproctologia. Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Coloproctológicas. 2022.

2. Sociedade Americana de Cirurgiões de Cólon e Reto (ASCRS). Parâmetros de Prática para o Tratamento de Hemorroidas. 2021.

3. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Rastreamento do Câncer Colorretal. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

4. Wexner, SD, et al. Colorectal Surgery: A Practical Guide, 2ª edição. Springer, 2019.

5. Steele, SR, et al. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, 4ª edição. Springer, 2021.

abeas	Procedimento Operacional		
	PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA		ORIGINAL
	Emissão:	Próxima Revisão:	

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA

1. Introdução

A nefrologia é a especialidade médica que se dedica ao estudo, diagnóstico e tratamento de doenças que afetam o sistema urinário, especialmente os enxaguatórios. Este protocolo visa orientar a avaliação e a conduta clínica em consultas ambulatoriais de nefrologia, com foco na detecção precoce de doenças renais, acompanhamento de condições crônicas e prevenção de complicações.

2. Objetivos

I. Diagnosticar e monitorar doenças renais agudas e crônicas.
II. Avaliar fatores de risco para doença renal crônica (RDC) e oferecer orientações de prevenção.
III. Gerenciar complicações da doença renal e suas comorbidades.
IV. Prescreva e ajuste tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

3. Avaliação Inicial

A avaliação do paciente com suspeita ou diagnóstico de doença renal deve incluir:

Anamnese detalhada:

I. Queixas principais: Edema, dor lombar, alteração no volume urinário (oligúria, poliúria), hematúria, disúria, fraqueza, náuseas, hipertensão.
II. Histórico pessoal: Hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias recorrentes, uso atual de medicamentos nefrotóxicos (AINEs, inibidores de calcineurina, contrastes iodados), litíase renal.

III. Histórico familiar: Casos de doença renal crônica, poliquistose renal, hipertensão, diabetes e doenças autoimunes.
IV. Fatores de risco: Tabagismo, obesidade, histórico de doença cardiovascular, histórico de nefrolitíase, uso de drogas ilícitas, e exposição ocupacional a substâncias nefrotóxicas.

Exame físico:

I. Avaliação geral: Sinais de retenção de líquidos (edema, ascite), palidez, alterações sistêmicas (prurido, pele seca), e manifestações de uremia (sonolência, confusão).
II. Pressão arterial: Monitoramento da pressão, dado que a hipertensão é tanto causa quanto consequência da doença renal.
III. Sinais de sobrecarga de volume: Edema em membros inferiores, face ou anasarca.
IV. Avaliação do aparelho urinário: palpação abdominal, busca de massas renais, dor à palpação dos flancos ou alterações na bexiga.

4. Diagnósticos Diferenciais

Na consulta nefrológica, é importante considerar as seguintes condições:

Doenças renais agudas:

- Insuficiência renal aguda (IRA): Diminuição súbita da função renal, com retenção de produtos nitrogenados e distúrbios hidroeletrolíticos.
- Glomerulonefrite aguda: Inflamação glomerular que pode se apresentar com hematúria, proteinúria, edema e hipertensão.

Doenças renais crônicas:

I. Doença renal crônica (DRC): Perda progressiva da função renal, frequentemente associada a diabetes e hipertensão.
II. Nefropatia diabética: Doença renal secundária ao diabetes mellitus, com albuminúria e declínio da função renal.
III. Nefropatia hipertensiva: alteração renal associada à hipertensão de longa data, manifestada por proteinúria e insuficiência renal.

IV. Poliquistose renal: Doença genética específica por múltiplos cistos nos rins, resultando em aumento do tamanho renal, dor e insuficiência renal progressiva.

Distúrbios metabólicos e eletrolíticos:

I. Hiponatremia, hipercalemia, acidose metabólica: Distúrbios eletrolíticos frequentes em pacientes com disfunção renal, necessitando de ajuste terapêutico e monitoramento.
II. Litíase renal: Presença de cálculos no trato urinário, com sintomas de dor lombar intensa e hematúria.

Distúrbios imunológicos:

I. Lúpus eritematoso sistêmico (LES) com nefrite lúpica: Inflamação renal decorrente do LES, caracterizada por proteinúria, hematúria e insuficiência renal.
II. Síndrome nefrótica: Condição caracterizada por proteinúria profunda (> 3,5 g/dia), hipoalbuminemia, edema generalizado e dislipidemia.

5. Exames Complementares

Os exames complementares são essenciais para o diagnóstico, estratificação e acompanhamento das doenças renais:

Exames laboratoriais:

I. Função renal: Dosagem de creatinina sérica, uréia e cálculo do clearance de creatinina para estimativa do ritmo de filtração glomerular (RFG).
II. Eletrólitos: Sódio, potássio, bicarbonato, cálcio, fósforo e magnésio.
III. Proteinúria: Quantificação da proteinúria, idealmente por amostra de urina de 24 horas ou relação proteína/creatinina na urina.
IV. Hematúria: Exame de urina tipo I para pesquisa de sangue, cilindros hemáticos e outros elementos.
V. Glicemia e hemoglobina glicada (HbA1c): Avaliação da presença de diabetes e controle glicêmico.
VI. Perfil lipídico: Avaliação do risco cardiovascular associado.

Exames de imagem:

I. Ultrassonografia renal e de vias urinárias: Avaliação do tamanho renal, presença de cisto, hidronefrose, cálculos renais ou obstruções.
II. Tomografia computadorizada (TC): Útil em casos de litíase renal, massa renal ou suspeita de complicações urológicas.
III. Ressonância magnética (RM): Indicada em casos específicos de doenças renais estruturais ou vasculares.

Exames especiais:

I. Biópsia renal: Indicada em casos de glomerulopatias, nefropatia por lúpus, proteinúria persistente e doença renal de causa indeterminada.

6. Conduta Terapêutica

O manejo clínico é individualizado conforme o diagnóstico e o estágio da doença renal:

Doença Renal Crônica (DRC):

II. Controle da pressão arterial: Meta de pressão arterial < 130/80 mmHg, utilizando inibidores da ECA (IECA) ou bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) para proteção renal.
III. Controle glicêmico: Manter HbA1c < 7% em pacientes diabéticos.
IV. Dieta restrita em sons e proteínas: Orientar redução da ingestão de sal e moderação na ingestão de proteínas, conforme estágio da RDC.
V. Uso de diuréticos: Em casos de sobrecarga de volume, edema ou hipertensão resistente.
VI. Correção de distúrbios eletrolíticos: Controle rigoroso de potássio e bicarbonato.
VII. Prevenção de complicações: Tratamento da anemia com eritropoetina, controle da hiperfosfatemia e uso de quelantes de fósforo, quando necessário.

Glomerulopatias:

I. Síndrome nefrótica: Tratamento com corticoides, imunossupressores (ex.: ciclofosfamida, ciclosporina), além de manejo da dislipidemia e controle da pressão arterial.
II. Glomerulonefrite: Corticóides e imunossupressores, de acordo com o tipo de glomerulonefrite. Uso de anti-hipertensivos e diuréticos para controle de edema e hipertensão.

Insuficiência Renal Aguda (IRA):

I. Identificação precoce: Interrupção de agentes nefrotóxicos, correção de hipovolemia e controle de distúrbios hidroeletrolíticos.
II. Suporte hemodinâmico: Em casos graves, considere diálise de emergência.

Nefropatia diabética e hipertensiva:

I. Controle rigoroso da glicemia e pressão arterial: Uso de IECA ou BRA, e monitoramento da função renal regularmente.

7. Orientações ao Paciente

II. Educação sobre a doença: Informar sobre a progressão da doença renal, sinais de alerta (ex.: edema, redução do volume urinário) e a importância do controle da pressão arterial e glicemia.
III. Dieta e estilo de vida: Mantenha uma dieta balanceada com restrição de sódio e proteínas, e promova a prática de atividade física regular.
IV. Prevenção de complicações: Oriente-se sobre o uso adequado de medicamentos e evite o uso abrangente de antiinflamatórios e outras drogas nefrotóxicas.
V. Monitoramento regular: Acompanhamento periódico com exames laboratoriais e de imagem para avaliar a evolução da doença renal e ajustar o tratamento.

8. Monitoramento e Seguimento

I. Doença Renal Crônica (RDC): Acompanhamento trimestral ou semestral, dependendo do estágio da RDC. Monitorar função renal (creatinina,

depuração), proteinúria, eletrólitos e pressão arterial.

II. Pós-insuficiência renal aguda: Monitoramento contínuo para avaliar a recuperação da função renal e prevenir recidivas.

III. Glomerulopatias: Acompanhamento com exames laboratoriais (função renal, proteinúria) e ajuste da terapia imunossupressora conforme resposta ao tratamento.

Considerações Finais

Este protocolo pode ser ajustado de acordo com as necessidades individuais do paciente e as diretrizes locais de saúde.

9. Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento da Doença Renal Crônica. 2022.
2. Doença Renal: Melhorando Resultados Globais (KDIGO). Diretrizes de Prática Clínica para Avaliação e Gestão da Doença Renal Crônica. 2021.
3. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico para o Tratamento da Doença Renal Crônica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
4. Brenner, BM, et al. The Kidney, 11ª edição. Saunders, 2020.
5. Johnson, RJ, Feehally, J., Floege, J. Comprehensive Clinical Nephrology, 6ª edição. Elsevier, 2019.

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA

1. Introdução

A cardiologia é uma especialidade médica voltada ao diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças do sistema cardiovascular. Este protocolo tem como objetivo orientar a avaliação clínica e a conduta em consultas ambulatoriais de cardiologia, promovendo a detecção precoce de doenças cardiovasculares e o monitoramento de condições crônicas.

2. Objetivos

I. Diagnosticar e monitorar doenças cardiovasculares.
II. Realizar rastreamento de fatores de risco para doenças cardíacas.
III. Controlar e prevenir a progressão de doenças cardíacas crônicas.
IV. Propor intervenções terapêuticas e preventivas, farmacológicas e não farmacológicas.

3. Avaliação Inicial

A avaliação do paciente com queixas cardiovasculares ou com fatores de risco para doenças cardíacas deve incluir:

Anamnese detalhada:

I. Queixas principais: Dor torácica, palpitações, dispneia (falta de ar), fadiga, síncope (desmaio), edemas nos membros inferiores, intolerância ao exercício, cansaço excessivo.
II. Histórico pessoal: Doenças cardíacas anteriores, como infarto agudo do miocárdio (IAM), angina, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, arritmias, ou doenças congênitas.
III. Histórico familiar: Presença de doenças cardíacas em parentes de primeiro

grau, morte súbita ou infarto em idade precoce.

IV. Fatores de risco: Hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia (colesterol elevado), tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, dieta rica em gorduras saturadas.

V. Uso de medicamentos: Verifique o uso de medicamentos cardiovasculares (anti-hipertensivos, antiarrítmicos, anticoagulantes, estatinas) e outros medicamentos que possam interferir na função cardiovascular.

Exame físico cardiovascular:

I. Pressão arterial: Medição em ambos os braços, em posição sentada e deitada.

II. Frequência cardíaca e pulso: Avaliação da regularidade e da intensidade do pulso radial e outras regiões (carótidas, femorais).

III. Ausculta cardíaca: Identificação de sopros, cliques ou ruídos adventícios.

IV. Ausculta pulmonar: Avaliação de estertores que podem sugerir insuficiência cardíaca congestiva.

V. Edema periférico: Inspeção de membros inferiores em busca de edema, principalmente maleolar.

VI. Sinais de sobrecarga de volume: Verificação de ingurgitamento jugular e sinais de hepatomegalia.

VII. Exame do precórdio: Observação de impulsos ou frêmitos no precórdio, que podem indicar alterações estruturais cardíacas.

4. Diagnósticos Diferenciais

Na avaliação cardiovascular, é essencial considerar as seguintes condições:

Doenças isquêmicas do coração:

I. Angina estável: Dor torácica desencadeada pelo esforço físico ou estresse, aliviada pelo repouso ou uso de nitratos.

II. Infarto agudo do miocárdio (IAM): Dor torácica intensa, com irradiação para braço esquerdo, mandíbula ou costas, associada a sintomas como náuseas, sudorese e dispneia.

Doenças hipertensivas:

I. Hipertensão arterial sistêmica (HAS): Pressão arterial elevada, muitas vezes assintomática, com risco aumentado para doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral.

Doenças cardíacas estruturais:

II. Insuficiência cardíaca: Sintomas de cansaço, dispneia e edemas, com ou sem fraqueza ventricular.
III. Valvopatias: Sopros cardíacos associados à estenose ou insuficiência das valvas mitral, aórtica, tricúspide ou pulmonar.

Doenças arritmogênicas:

I. Fibrilação atrial (FA): Ritmo cardíaco irregular, muitas vezes associado a palpitações e risco de acidente vascular cerebral (AVC).
II. Taquicardias ventriculares: Ritmos rápidos e anormais que podem levar a síncope ou morte súbita.

Doenças vasculares:

I. Doença arterial periférica (DAP): Claudicação intermitente, com dor nas pernas ao caminhar, aliviada com ansiedade.
II. Aneurisma de aorta: Dilatação da aorta, muitas vezes assintomática, mas com risco de ruptura.

5. Exames Complementares

Conforme a suspeita clínica, diversos exames complementares são indicados para avaliação da função e estrutura cardiovascular:

Exames laboratoriais:

I. Perfil lipídico: Dosagem de colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos para avaliação do risco cardiovascular.
II. Glicemia e hemoglobina glicada (HbA1c): Monitoramento de diabetes.
III. Marcadores cardíacos: Troponina e CK-MB para diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.

IV. Função renal: Ureia, creatinina e eletrólitos, especialmente em pacientes com insuficiência cardíaca ou hipertensão de longa data.

V. Eletrocardiograma (ECG): Avaliação inicial para detectar arritmias, isquemia miocárdica, sobrecarga ventricular ou distúrbios de condução.

VI. Ecocardiograma: Estudo detalhado da anatomia cardíaca, função sistólica e diastólica do ventrículo esquerdo, valvopatias e hipertrofia ventricular.

VII. Teste ergométrico: Exame de esforço para diagnóstico de isquemia miocárdica em pacientes com suspeita de angina ou avaliação da capacidade funcional em pacientes com insuficiência cardíaca.

VIII. Monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA): Avaliação da pressão arterial em 24 horas para diagnóstico de hipertensão, hipertensão mascarada ou de avental branco.

IX. Holter 24 horas: Monitoramento contínuo da atividade elétrica do coração para detecção de arritmias, como fibrilação atrial ou extrassístoles frequentes.

X. Cintilografia miocárdica ou ressonância cardíaca: Exames para avaliação detalhada da perfusão miocárdica e detecção de áreas de isquemia ou fibrose.

XI. Cateterismo cardíaco: Exame invasivo indicado para confirmação de doença arterial coronariana, quantificação de obstrução arterial e planejamento terapêutico.

6. Conduta Terapêutica

O tratamento é direcionado de acordo com o diagnóstico:

Doença arterial coronariana (DAC):

I. Medidas farmacológicas: Uso de antianginosos (betabloqueadores, nitratos), antiagregantes plaquetários (aspirina), estatinas para controle lipídico, e IECAs/BRA para controle da hipertensão.

II. Intervenções invasivas: Angioplastia com colocação de stent ou cirurgia de revascularização do miocárdio em casos de obstruções significativas.

Hipertensão arterial:

I. Mudanças no estilo de vida: Controle de peso, dieta com restrição de sal, exercícios regulares, cessação do tabagismo.

II. Medicação: Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA),

bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA), diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores do canal de cálcio.

Insuficiência cardíaca:

I. Medicamentos: Uso de inibidores da ECA ou BRAs, betabloqueadores, diuréticos e antagonistas de aldosterona.
II. Monitoramento de líquidos: Controle específico de ingestão de líquidos e sódio.

Arritmias:

I. Medicamentos antiarrítmicos: Para controle de ritmo ou frequência cardíaca.
II. Cardioversão elétrica: Indicada em casos de fibrilação atrial persistente.
III. Implantação de marcapasso ou desfibrilador: Para tratamento de arritmias complexas ou prevenção de morte súbita.

7. Orientações ao Paciente

I. Estilo de vida saudável: Orientar sobre a importância de uma dieta balanceada, rica em frutas, vegetais, fibras e baixa em gorduras saturadas e sódicas. Incentivar a prática regular de atividade física.
II. Adesão ao tratamento: Explicar a importância do uso contínuo e correto das medicações prescritas.
III. Prevenção de complicações: Monitoramento dos fatores de risco, como controle da pressão arterial, glicemia, colesterol e cessação do tabagismo.
IV. Sinais de alerta: Educar o paciente sobre os sinais de alarme de um infarto agudo do miocárdio (dor torácico irradiado, dispneia intensa) e a necessidade de procurar atendimento imediato.

8. Monitoramento e Seguimento

I. Pacientes hipertensos: Acompanhamento regular a cada 3-6 meses para ajuste terapêutico e controle de complicações.
II. Insuficiência cardíaca: Consultas regulares para monitoramento de sintomas, ajuste de diuréticos e outros medicamentos.
III. Pós-infarto ou revascularização: Acompanhamento com eletrocardiogramas e

exames de imagem para monitorar a evolução e prevenir recidivas.

Considerações Finais

Este protocolo pode ser ajustado de acordo com as necessidades individuais do paciente e as diretrizes locais de saúde.

9. Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2022.
2. American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association (AHA). Diretrizes para o Gerenciamento de Insuficiência Cardíaca. 2021.
3. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
4. Braunwald, E., et al. Tratado de Cardiologia: Texto de Medicina Cardiovascular. Elsevier, 2020.
5. Libby, P., et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 12ª edição. Elsevier, 2021.

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA ATENDIMENTO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR AMBULATORIAL

1. Introdução

O processo transexualizador refere-se ao conjunto de ações e cuidados em saúde destinados à população transgênero e travesti, promovendo a promoção da saúde física e mental, bem como a garantia dos direitos ao corpo e à identidade de gênero. Este protocolo orienta a avaliação e o acompanhamento ambulatorial de pessoas que buscam a transição de gênero, considerando os aspectos clínicos, hormonais, psicológicos e sociais, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e recomendações internacionais.

2. Objetivos

I. Proporcionar uma atenção integral e humanizada às pessoas trans e travestis.
II. Realizar acompanhamento clínico e psicológico durante o processo de transição de gênero.
III. Garantir acesso seguro ao tratamento hormonal e cirúrgico, quando indicado.
IV. Reduzir o risco de complicações médicas associadas à terapia hormonal e cirúrgica.
V. Oferecer suporte psicossocial, promovendo a saúde mental e a inclusão social.

3. Critérios para Início do Processo Transexualizador

I. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e recomendações internacionais, as etapas do processo transexualizador seguem os seguintes critérios:

Diagnóstico e Avaliação Inicial:

II. Diagnóstico de disforia de gênero ou incongruência de gênero, conforme DSM-5 ou CID-11 , realizado por equipe multidisciplinar.
III. Avaliação psicológica e psiquiátrica para identificação de condições psiquiátricas concomitantes.

Critérios para Terapia Hormonal:

I. Pessoas com idade mínima de 18 anos podem acessar uma terapia hormonal no âmbito do SUS.
II. Avaliação médica para exclusão de contraindicações (ex.: histórico de trombose, câncer hormonal dependente, doenças hepáticas graves).
III. Acompanhamento psicológico por pelo menos dois anos ou avaliação psiquiátrica confirmando a estabilidade mental e as claras em relação à transição de gênero.

Critérios para Cirurgia de Redesignação Sexual:

I. Pessoas com 21 anos ou mais podem acessar as cirurgias de redesignação sexual.
II. Avaliação de saúde física e mental por equipe multiprofissional.
III. Necessidade de acompanhamento contínuo por no mínimo dois anos de terapia hormonal, exceto em situações específicas, como cirurgias de emergência.

4. Avaliação Multidisciplinar

A equipe deve ser composta por médicos (endocrinologista, cirurgião, ginecologista ou urologista), psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. A avaliação inclui:

Anamnese e Exame Físico:

I. Identificação das necessidades de saúde física e mental, história de saúde sexual e reprodutiva, e histórico de condições médicas crônicas.
II. Avaliação dos objetivos individuais da transição (ex.: tratamento hormonal, cirurgias, retificação de nome e gênero).

Avaliação Psicológica:

- Acompanhamento regular para suporte emocional durante o processo de transição, ajudando a pessoa a lidar com o estigma social, a autoaceitação e eventuais transtornos mentais concomitantes.

Avaliação Endócrina:

I. Exames laboratoriais iniciais (hemograma, função hepática, perfil lipídico, glicemia, hormônios sexuais).
II. Acompanhamento periódico de exames laboratoriais e avaliação de efeitos colaterais ou complicações.

5. Terapia Hormonal

A terapia hormonal deve ser realizada sob supervisão médica, levando em consideração os efeitos esperados e riscos potenciais:

Mulheres trans (transição MtF – masculino para feminino):

I. Estrogênio: O estrogênio é utilizado para promoção de recursos femininos, como desenvolvimento mamário e redistribuição de gordura corporal. Exemplos: estradiol via oral, transdérmica ou injetável.
II. Antiandrógenos: Para bloquear os efeitos da testosterona, podem ser usados medicamentos como espironolactona ou acetato de ciproterona.

Homens trans (transição FtM – feminino para masculino):

- Testosterona: Utilizada para induzir características masculinas, como aumento da massa muscular, crescimento dos pelos e aprofundamento da voz. Pode ser administrado por via injetável ou transdérmica.

Monitoramento da Terapia Hormonal:

I. Avaliação periódica de parâmetros hormonais (testosterona, estradiol), função hepática, perfil lipídico, glicemia e pressão arterial.
II. Monitoramento dos efeitos adversos, como aumento do risco de trombose, alterações hepáticas, risco cardiovascular e efeitos psiquiátricos.

6. Cuidados Pré e Pós-Cirúrgicos

Quando indicadas cirurgias no processo transexualizador (ex.: mamoplastia, mastectomia, faloplastia, vaginoplastia), os cuidados incluem:

I. Avaliação clínica pré-operatória: Exclusão de contraindicações cirúrgicas e otimização de comorbidades.
II. Suporte psicológico: Preparação emocional antes e após a cirurgia, com apoio para a adaptação à nova imagem corporal.
III. Cuidados pós-operatórios: Acompanhamento médico regular para prevenção de infecções, cicatrização adequada e avaliação do bem-estar geral.

7. Aspectos Psicossociais e Legais

I. Suporte psicossocial: Encaminhamentos para grupos de apoio, assistência social e promoção de vagas de acolhimento e inclusão.
II. Retificação de nome e gênero: Orientação para retificação de identidade dos documentos civis de acordo com a de gênero, conforme as normativas vigentes.

8. Monitoramento e Seguimento

I. Acompanhamento regular: Consultas semestrais ou anuais para avaliação clínica, psicológica e ajuste da terapia hormonal.
II. Monitoramento de comorbidades: Avaliação regular de fatores de risco cardiovascular, saúde óssea e saúde sexual e reprodutiva.
III. Suporte contínuo: Acompanhamento da adaptação emocional e psicossocial durante todo o processo transexualizador.

Considerações Finais

Este protocolo visa garantir um atendimento integral e humanizado, respeitando a identidade de gênero de cada pessoa e promovendo sua saúde física e mental, conforme as necessidades individuais.

9. Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

2. Associação Mundial de Profissionais para a Saúde Transgênero (WPATH). Padrões de cuidados para a saúde de pessoas trans e com diversidade de gênero. 7ª Edição, 2012.

3. Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). 5ª ed. 2013.

4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Genebra: OMS, 2018.

5. Deutsch, MB Diretrizes para o Atendimento Primário e de Afirmação de Gênero de Pessoas Transgênero e Não Binárias. UCSF Transgender Care, 2ª edição, 2016.

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO E CONDUTA EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL PARA CONSULTA ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA

1. Introdução

A psiquiatria é a especialidade médica responsável pelo diagnóstico, tratamento e prevenção de transtornos mentais, emocionais e comportamentais. Este protocolo visa orientar a avaliação clínica e a conduta em consultas ambulatoriais de psiquiatria, com foco no diagnóstico precoce, manejo adequado dos transtornos mentais e promoção da saúde mental.

2. Objetivos

- Diagnosticar e tratar transtornos mentais.
- Monitorar condições psiquiátricas crônicas e agudas.
- Promover a adesão ao tratamento e à reabilitação psicossocial.
- Oferecer intervenções terapêuticas, psicossociais e farmacológicas.

3. Avaliação Inicial

A avaliação do paciente com queixas psiquiátricas ou para o acompanhamento de condições crônicas deve incluir:

Anamnese detalhada:

I. Queixas principais: Avaliar sintomas emocionais e comportamentais como tristeza persistente, ansiedade, perda de interesse, alterações no sono e apetite, pensamentos suicidas, delírios, alucinações, mudanças de humor, agressividade, impulsividade, entre outros.
II. Histórico pessoal: Histórico de transtornos mentais anteriores, comorbidades

médicas, traumas emocionais, episódios de internação psiquiátrica, tentativas de suicídio, abuso de substâncias e tratamentos anteriores.

III. Histórico familiar: Investigação de transtornos psiquiátricos, suicídio ou comportamento violento em familiares de primeiro e segundo grau.

IV. Fatores de risco: Estresse agudo ou típico, uso de álcool e drogas, histórico de abuso ou negligência, perda de emprego ou relações, isolamento social e traumas psicológicos.

V. Uso de medicamentos: Verifique o uso de psicotrópicos (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores de humor) e outros medicamentos que possam interferir no estado mental (ex.: corticoides, hormônios).

Exame do estado mental:

I. Aparência e comportamento: Avaliar higiene, postura, contato visual, movimentos e comportamento motor.

II. Humor e afeto: Avaliar o humor predominantemente (deprimido, eufórico, ansioso) e a congruência do afeto.

III. Discurso: Verifique a velocidade, ritmo, coerência, e presença de tangencialidade ou fuga de ideias.

IV. Pensamento: Avaliar conteúdo (ideias delirantes, paranóias, obsessões, culpa, ideias suicidas) e forma (coerência, desorganização).

V. Percepção: Pesquisar alucinações (auditivas, visuais, táteis), ilusões ou distorções perceptivas.

VI. Orientação e memória: Testar a orientação temporal, espacial e pessoal, bem como a memória de curto e longo prazo.

VII. Julgamento e crítica: Avaliar a capacidade de discernir a realidade e o julgamento sobre as próprias ações.

VIII. Cognição: Realizar testes de função cognitiva básica (ex.: Mini Exame do Estado Mental – MEEM).

4. Diagnósticos Diferenciais

Durante uma consulta psiquiátrica, é importante considerar os principais transtornos mentais, como:

Transtornos do humor:

I. Transtorno depressivo maior: Humor deprimido, perda de interesse ou prazer, fadiga, insônia ou hipersonia, ideação suicida, alterações no apetite, culpa ou inutilidade.
II. Transtorno bipolar: Episódios alternados de mania (euforia, impulsividade, diminuição da necessidade de sono) e depressão.

Transtornos de ansiedade:

I. Transtorno de ansiedade generalizada (TAG): Preocupação excessiva e persistente com diversos aspectos da vida, associada a sintomas somáticos (tensão muscular, insônia, fadiga).
II. Transtorno do pânico: Ataques súbitos de medo intensos, com sintomas físicos (taquicardia, sudorese, falta de ar) e medo de um novo ataque.
III. Fobia social: Medo acentuado e persistente de situações sociais com exposição a avaliação de outros.

Transtornos psicóticos:

I. Esquizofrenia: Presença de delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento catatônico, e déficits cognitivos e afetivos.
II. Transtorno delirante: Delírios fixos e não bizarros, sem outros sinais de psicose evidente.

Transtornos de personalidade:

I. Transtorno de personalidade borderline (TPB): Instabilidade emocional, impulsividade, medo intenso de abandono e comportamentos autodestrutivos.
II. Transtorno de personalidade antissocial: Desrespeito específico pelas normas sociais e pelos direitos dos outros, com comportamentos impulsivos e falta de remorso.

Transtornos relacionados ao uso de matéria:

I. Dependência de álcool ou drogas: Padrão de uso compulsivo, com tentativas fracassadas de controle e consequências negativas na vida pessoal e social.

Transtornos neurocognitivos:

II. Demência: Déficits cognitivos progressivos que afetam a memória, a linguagem, a capacidade de julgamento e as funções executivas (ex.: Alzheimer).
III. Delirium: alteração aguda e flutuante da atenção e cognição, geralmente associada a fatores médicos ou uso de substância.

5. Exames Complementares

Alguns exames necessários para auxiliar o diagnóstico, especialmente em casos de dúvidas sobre causas orgânicas de sintomas psiquiátricos:

Exames laboratoriais:

I. Função tireoidiana (TSH, T4 livre): Avaliação de hipotireoidismo ou hipertireoidismo como causa de alterações no humor.
II. Hemograma completo: Pesquisa de anemias, leucocitoses ou infecções ocultas.
III. Eletrocardiograma (ECG): Avaliação antes de iniciar psicofármacos que possam prolongar o intervalo QT (ex.: antipsicóticos).
IV. Glicemia, função renal e hepática: Avaliação para ajuste de medicamentos psiquiátricos.
V. Níveis de vitamina B12 e ácido fólico: Para avaliação de alterações cognitivas ou depressivas.

Exames de imagem:

I. Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM): Indicados em casos de alterações neurológicas ou suspeitas de doenças orgânicas (tumores, AVC, trauma).
II. Testes psicológicos: Quando necessário, pode ser solicitado apoio psicológico com aplicação de testes de avaliação cognitiva ou de personalidade (ex.: Inventário Beck de Depressão, Inventário de Ansiedade de Beck).

6. Conduta Terapêutica

O tratamento deve ser individualizado, considerando a gravidade e o diagnóstico do transtorno mental. As opções terapêuticas incluem:

Tratamento farmacológico:

I. Antidepressivos: Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), e antidepressivos tricíclicos, indicados para depressão, ansiedade e transtorno do pânico.
II. Antipsicóticos: Indicados em casos de esquizofrenia, transtorno bipolar com mania, ou transtornos delirantes. Exemplos incluem risperidona, olanzapina, aripiprazol e clozapina.
III. Estabilizadores de humor: Lítio e anticonvulsivantes como ácido valpróico ou lamotrigina, utilizados no transtorno bipolar.
IV. Ansiolíticos: Benzodiazepínicos (uso com cautela pelo risco de dependência) e buspirona para ansiedade.
V. Psicoestimulantes: Para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

Psicoterapia:

I. Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Indicada para depressão, ansiedade, TOC e transtornos de personalidade, com foco na modificação de padrões de pensamento disfuncionais.
II. Terapia psicodinâmica: Focada em conflitos emocionais inconscientes que impactam o comportamento atual.
III. Terapia de apoio: Reforço de recursos emocionais e suporte para enfrentar crises ou situações difíceis.

Intervenções psicossociais:

I. Grupos de apoio: Para pacientes com dependência de substâncias, transtornos alimentares ou transtornos de ansiedade.
II. Reabilitação psicossocial: Para reintegração de pacientes com transtornos graves ao convívio social e ao trabalho.

7. Orientações ao Paciente

I. Educação sobre a doença: Explicar ao paciente e à família o diagnóstico e o impacto do tratamento. É fundamental esclarecer os efeitos colaterais dos medicamentos e a importância da adesão ao tratamento.
II. Mudanças no estilo de vida: Incentivar práticas de autocuidado, como atividades físicas, sono regular, alimentação equilibrada e manejo do estresse.
III. Redução de riscos: Orientar sobre a importância da suspensão do uso de álcool e drogas, e garantir o monitoramento em casos de risco de suicídio.

8. Monitoramento e Seguimento

I. Acompanhamento regular: As consultas de acompanhamento devem ocorrer semanalmente ou mensalmente, de acordo com a gravidade dos sintomas e a resposta ao tratamento.
II. Ajustes de medicação: Monitorar efeitos colaterais, interações medicamentosas e necessidade de ajuste de doses.
III. Prevenção de recuperação: Promover a adesão ao tratamento e reforçar a importância de não interromper abruptamente a medicação.

9. Referências Bibliográficas

1. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diretrizes Clínicas para Diagnóstico e Tratamento de Transtornos Mentais. 2022.
2. Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). 5ª ed. 2013.
3. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transtornos Mentais. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
4. Kaplan, HI, Sadock, BJ Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª edição. Artmed, 2018.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia de intervenção mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados. 2019.

CURATIVO DO CATETER DUPLO LÚMEN DE HEMODIÁLISE

1. CONCEITO: Realização de limpeza e aplicação de solução antisséptica diretamente sobre o local de inserção do cateter duplo lúmen com o objetivo de proteger o sítio de inserção de infecção e prevenir infecções.

1.1. Responsável pela prescrição	**1.2 Responsáveis pela execução**
Enfermeiro	Equipe de Enfermagem
1.3 Finalidades • Manter limpo o local da inserção do cateter; • Prevenir infecção de corrente sanguínea; • Assegurar assistência segura ao paciente; • Prevenir infecção no local da inserção do cateter; • Prevenção perda acidental do cateter.	**1.4 Indicações** • Pacientes renais crônicos em tratamento ambulatorial na Unidade de Terapia Renal (UTR) da Unidade de Sistema Urinário (USUR) e enfermarias das demais unidades assistenciais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) • Pacientes com lesão renal aguda em uso de cateter duplo lúmen (CDL)

	para hemodiálise (HD).
	1.5 Contraindicações/Restrições • Não se aplica

2. MATERIAIS
• Bandeja de curativo; • Solução antisséptica (clorexidina alcoólica 0,5%); • Esparadrapo, curativo transparente estéril; • Solução fisiológica 0,9%; • Luvas de procedimento e luva estéril; • Gaze estéril; • Equipamento de Proteção Individual (EPI)

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	**JUSTIFICATIVAS**
1. Separar, de forma organizada, todo o material necessário, utilizando para isso uma mesa auxiliar;	Minimizar a ocorrência de desvios na execução de procedimentos;
2. Orientar o paciente a respeito do procedimento a ser realizado;	Oferecer assistência humanizada;

3. Utilizar EPI;	Garantir segurança ocupacional ;
4. Lavar as mãos;	Evitar infecção;
5. Calçar luvas de procedimento e proceder à retirada do curativo anterior, observando atentamente o aspecto do sítio de punção e do curativo anterior. Realizar a palpação com gaze seca estéril para detectar pontos de flutuação e/ou secreção;	
6. Desprezar as luvas e curativo no lixo infectante e lavar as mãos;	Evitar infecção;
7. Abrir o material estéril e calçar luva estéril;	
9. Fazer antissepsia com gaze estéril e clorexidina alcoólica 0,5% no local de inserção do cateter, com movimentos circulares de dentro para fora sem retornar com a gaze. (Sempre saindo da área mais limpa para mais suja). Caso haja exsudato ou secreção na inserção do cateter, realizar a limpeza com soro fisiológico 0,9% para retirar o excesso de secreção, e após, usar a clorexidina alcoólica 0,5%;	Evitar infecção na inserção do cateter e corrente sanguínea. Garantir assistência de qualidade;
10. Proceder à limpeza da extensão do cateter com clorexidina 0,5%;	Evitar infecção na inserção do cateter e corrente sanguínea. Garantir assistência de qualidade;
11. Colocar gaze estéril dobrada na inserção do	

cateter e cobrir com curativo transparente ou esparadrapo;	
13. Envolver as vias arterial e venosa do CDL com gaze, fazendo um envelope (não enrolar as duas vias);	Facilitar a retirada do curativo, e evitar retirada acidental do cateter;
14. Fixar com esparadrapo, por cima das gazes, fazendo da mesma forma de envelope, no mesmo sentido;	Facilitar a retirada do curativo, e evitar retirada acidental do cateter;
15. Identificar o curativo com data, hora, e responsável pelo procedimento;	Garantir a qualidade da assistência, podendo desta forma outro profissional proceder a um novo curativo, dentro do prazo de segurança, para evitar infecção;
16. Realizar anotação em prontuário do paciente, descrevendo o aspecto do curativo;	Garantir a comunicação entre a equipe da assistência.

4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM/OBSERVAÇÕES

4.1 Normas de segurança

- Identificar os fatores contribuintes ao erro ou ao evento adverso. Se identificado, tomar ações preventivas e propor educação permanente.
- O curativo deverá ser trocado apenas pelos profissionais da equipe da UTR.
- Deverá ser realizado antes do paciente iniciar a sessão dialítica; sendo sua troca feita a cada 48 horas e/ou seguir os seguintes critérios: apresentar sujidade, umidade, sangramento ou quando ele estiver solto.

- Os critérios acima devem ser seguidos rigorosamente para evitar manipulação excessiva do local.
- O curativo deve ser protegido com cobertura plástica e fita adesiva para não molhar durante o banho, evitando trocas desnecessárias e minimizando o risco de infecção.
- Banhos de piscina devem ser contraindicados por risco de infecção.
- Curativos úmidos (seja por exsudato, sangue ou pelo banho) devem ser trocados sempre que necessário.
- Na realização do curativo, deve-se observar a presença dos pontos cirúrgicos de fixação e alterações como eritema, exsudato, hematoma e sangramento, e comunicado à equipe da UTR a presença destes sinais.
- Não acotovelar ou torcer o cateter durante a fixação.
- No caso de incidentes, como sangramento ou curativo molhado no período interdialítico, orientar o paciente ambulatorial a procurar a UTR para a sua troca.
- Ao realizar o curativo, não se deve envolver com a gaze as vias, arterial e venosa, de forma circular; esta ação aumenta o risco de acidentes com o cateter (retirada acidental), quando o profissional for retirar o curativo para próxima troca. O funcionário deverá abrir a gaze e fazer um envelope, apenas dobrando a gaze e envelopando as duas vias do CDL.
- Tanto a equipe de diálise quanto o paciente devem usar máscara cirúrgica durante os procedimentos de conexão e desconexão do cateter.
- Não se deve usar protetor facial sem máscara cirúrgica, pois o protetor tende a concentrar a respiração do usuário diretamente sobre o canhão do cateter exposto.
- O lúmen e a extremidade do cateter nunca devem ser mantidos expostos ao ar. Deve-se colocar sempre uma tampa ou seringa sobre ou dentro do lúmen enquanto se mantém um campo limpo sob os conectores do CDL.

- A heparina usada para fechar o cateter após HD, deve ser trocada a cada 48 horas, respeitando a estabilidade do medicamento. Desta forma, reduz o risco de coagulação do CDL e fluxo insatisfatório dele.

Manter os lumens do CDL estéreis: é proibido administrar infusões interdialíticas pelo cateter.

5. REFERÊNCIAS

1. Fermi MRV. Diálise para enfermagem: guia prático. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara KOOGAN, 2010.
2. DAUGIRDAS, J.T.; ING, T.S.Manual de Diálise. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2017.
3. STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014. 442p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática
Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade

DIRETRIZES CLÍNICAS PARA O CUIDADO AO PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA – DRC NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Brasilia- DF

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, afetando cerca de 35 milhões de pessoas por ano e, para a próxima década, espera-se que haja um aumento de 17% na mortalidade causada pelas DCNT. Dentre os principais tipos de DCNT, a doença cardiovascular (DCV) é a que tem o maior impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes no mundo (1). A DCV tem aumentado progressivamente, por conta do acúmulo de fatores de risco tradicionais como hipertensão e diabetes (2), bem como pelo envelhecimento e aumento da expectativa de vida, decorrentes da transição demográfica observada nas últimas décadas (3). Além desses fatores de riscos tradicionais, a doença renal crônica (DRC), caracterizada pela alteração da função renal, tem sido descrita como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares (4).

Grandes estudos epidemiológicos realizados com milhares de pacientes demonstraram uma relação inversa entre a filtração glomerular, marcador de função renal, e o risco de morrer por todas as causas, de morrer por DCV, de morbidade cardiovascular e de hospitalização nessa população (4-6). Se por um lado a DRC está associada à DCV, e pode ser um importante fator de prognóstico, a morbidade e a mortalidade cardiovascular entre os pacientes com DRC é bastante elevada (7). Diante do exposto, justifica-se considerar a DRC como parte do grupo de DCV, dentro do contexto das DCNT, como doenças renocardiovasculares (DRCV).

Atualmente, a DRC tem sido considerada um problema de saúde pública. Análise do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) demonstrou que cerca de 13% da população adulta nos EUA apresenta algum grau de perda de função renal (8). Um importante estudo realizado na cidade de Bambuí, no estado de Minas Gerais, onde mais de 2 mil indivíduos foram avaliados, detectou-se alteração na creatinina sérica, um marcador de DRC, variando de 0,48% a 8,19%, sendo mais frequente em indivíduos idosos (9). Além da DCV, outro desfecho temido da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, que pode levar muitos desses pacientes para a DRC terminal (DRCT) (10). Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. No início da década passada, estimava-se que haveria cerca de 2 milhões de pessoas em TRS em todo o mundo em 2010 (11), sendo que esse número tem aumentado de forma expressiva nos países em

desenvolvimento (12). Aproximadamente 90% dos casos diagnosticados de DRCT ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento (13). A taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoa (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA (14). De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2012, o número de pacientes com DRCT no Brasil praticamente duplicou na última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011 (15-16), com uma taxa de 475 pmp, com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando TRS. A despeito desse aumento considerável, a prevalência de pacientes em TRS no Brasil está abaixo de nações com perfil semelhante, apontando para a necessidade de identificação e tratamento adequado dos pacientes com fatores de risco para a DRC, bem como seu diagnóstico precoce e tratamento, visando o cuidado integral desses pacientes, tendo como principais objetivos a redução de desfechos desfavoráveis, como a mortalidade cardiovascular e a progressão para DRCT.

2. METODOLOGIA

A elaboração das Diretrizes de DRC foi uma ação da Coordenação Geral da Média e Alta Complexidade/DAET/SAS. Contou com a colaboração da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN) e da Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante (ABCDT).

3. OBJETIVO

O objetivo destas diretrizes é oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico.

4. GRUPOS DE RISCO

Doença renal crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por estes motivos é importante reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal.

Os indivíduos sob o risco de desenvolver DRC são:

a) Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2): o diagnóstico do diabetes deve ser realizado de acordo com o nível sérico da glicemia de jejum acima de 126 mg/dL, ou acima de 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de 75g de glicose, ou qualquer valor de hiperglicemia, na presença de sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia ou polifagia;

b) Pessoa hipertensa, definida como valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas;

c) Idosos;

d) Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²);

e) Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);

f) Histórico de DRC na família;

g) Tabagismo;

h) Uso de agentes nefrotóxicos (no anexo I encontram-se descritos os principais agentes nefrotóxicos, bem como as medicações que necessitam ajustes em pacientes com alteração da função renal).

Após o diagnóstico da DRC, devem ser considerados os preditores de progressão, que são marcadores de que o indivíduo com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal ao longo da evolução clínica:

a) Pessoas com níveis pressóricos mal controlados;

b) Pessoas com níveis glicêmicos mal controlados;

c) Pessoas com níveis de colesterol mal controlados;

d) Estágios da DRC, sendo que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença;

e) Presença de albuminúria e a sua intensidade, sendo que quanto maior o nível de albuminúria, pior o prognóstico para perda de função;

f) Tabagismo;

g) Uso de agentes nefrotóxicos (no anexo I encontram-se descritos os principais agentes nefrotóxicos, bem como as medicações que necessitam ajustes em pacientes com alteração da função renal).

5. DEFINIÇÃO

O rim tem múltiplas funções, como a excreção de produtos finais de diversos metabolismos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrolítico, do metabolismo ácido-básico e da pressão arterial. Existem diversas formas de aferir as funções renais, mas do ponto de vista clínico, a função excretora é aquela que tem maior correlação com os desfechos clínicos. Todas as funções renais costumam declinar de forma paralela com a sua função excretora. Na prática clínica, a função excretora renal pode ser medida através da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Para o diagnóstico da DRC são utilizados os seguintes parâmetros:

i. TFG alterada;
ii. TFG normal ou próxima do normal, mas com evidência de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem.

Dessa forma, é portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma TFG < 60ml/min/1,73m². Nos casos de pacientes com TFG ≥ 60ml/mim/1,73m², considerar DRC se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem.

São considerados marcadores de dano renal parenquimatoso:

a) Albuminúria > 30 mg/24 horas ou Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) > 30 mg/g;

b) Hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS);

c) Alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares. Essas alterações e anormalidades resultam de alterações da reabsorção e secreção dos túbulos renais, geralmente secundárias a síndromes incomuns. Essas doenças costumam ser identificadas em pacientes portadores de acidose metabólica de origem tubular (acidose tubular renal), alterações persistentes dos níveis séricos de potássio, alterações na dosagem de eletrólitos urinários, em geral feito por nefrologistas;

d) Alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal. A biópsia renal é utilizada para investigação de anormalidades na função renal de etiologia não esclarecida, em casos de proteinúria ou de suspeita de doenças glomerulares. A biópsia renal, em geral, é indicada pelo nefrologista.

As alterações em qualquer exame de imagem como raios-X simples de abdome, ultrassonografia dos rins e vias urinárias ou tomografia, podem ser utilizadas para identificar pacientes com DRC. São consideradas alterações nos exames de imagem:

a) rins policísticos;
b) hidronefrose;
c) cicatrizes corticais ou alterações da textura cortical;
d) sinais de doença infiltrativa;
e) estenose da artéria renal.

6. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA A DRC NOS PACIENTES SOB O RISCO DE DESENVOLVER A DOENÇA

Prevenção é tratar e controlar os fatores de risco modificáveis: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde. Em relação ao uso de medicamentos, deve-se orientar que o uso crônico de qualquer tipo de medicação deve ser realizado apenas com orientação médica e deve-se ter cuidado específico com agentes com efeito reconhecidamente nefrotóxico (os principais estão listados no Anexo I).

7. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DA DRC

Progressão da DRC é entendida como a perda progressiva da função renal, avaliada por meio da TFG. A linha de cuidado para a DRC visa à manutenção da função renal, e quando a progressão é inexorável, a lentificação na velocidade de perda da função renal. A redução progressiva da TFG, como referido acima, está associada ao declínio paralelo das demais funções renais, portanto com a progressão da DRC é esperado o desenvolvimento de anemia, acidose metabólica e alterações do metabolismo mineral e ósseo. Além disso, há uma relação inversamente proporcional entre a TFG e o risco de morbidade cardiovascular, mortalidade por todas as causas e, especialmente, mortalidade cardiovascular. Por fim, outro desfecho que pode ocorrer em pacientes com DRC é a DRCT, quando há necessidade de uma das TRS (17).

Pacientes com TFG entre 30 e 45 ml/min, quando comparados com aqueles com TFG acima de 60 ml/min, tem aumento no risco de mortalidade de 90% maior e de mortalidade cardiovascular de 110% maior. Quando o desfecho para essa comparação é a DRCT, há um risco 56 vezes maior entre os pacientes com pior TFG (18). Dessa forma, os desfechos clínicos mais temidos da DRC são a doença cardiovascular, a necessidade de TRS e a mortalidade por todas as causas, especialmente a mortalidade cardiovascular. Prevenir a progressão da DRC, utilizando todos os esforços clínicos para a conservação da TFG, tem impacto positivo nesses desfechos e deve ser realizada de acordo com o nível de TFG, conforme o manejo clínico apresentado nestas diretrizes.

8. DIAGNÓSTICO DA DRC:

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a TFG, o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias.

1. Avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG): Para a avaliação da TFG, deve-se evitar o uso da depuração de creatinina medida através da coleta de urina de 24 horas, pelo potencial de erro de coleta, além dos inconvenientes da coleta temporal. Deve-se, portanto, utilizar fórmulas baseadas na creatinina sérica, para estimar a TFG. Recomenda-se o uso de uma das duas fórmulas a seguir (19-20): MDRD simplificada ou CKD-EPI (quadro 1). No Anexo II estão apresentadas duas tabelas validadas para a identificação da TFG através do MDRD (21) e no Anexo III duas tabelas validadas para a identificação da TGF através do CKD-EPI (22). A fórmula de Cockcroft-Gault, que foi a mais utilizada no passado para estimar a depuração de creatinina, não é recomendada, porque necessita da correção para a superfície corpórea, além de apresentar vieses na correlação com a TFG. O cálculo da TFG é recomendado para todos os pacientes sob o risco de desenvolver DRC. Todos os pacientes que se encontram no grupo de risco para a DRC devem dosar a creatinina sérica e ter a sua TFG estimada.
2. Alterações parenquimatosas- Exame de urina: as alterações parenquimatosas devem ser pesquisadas através do exame sumário de urina (EAS) ou da pesquisa de albuminúria, que é a presença de albumina na urina. O EAS deve ser feito para todos os pacientes sob o risco de DRC. Nos pacientes diabéticos e hipertensos com EAS mostrando ausência de proteinúria, está indicada a pesquisa de albuminúria em

amostra isolada de urina corrigida pela creatininúria, a Relação Albuminúria Creatininúria (RAC). Os valores de referência, bem como a classificação da RAC estão apresentados na tabela 1. Em relação à hematúria, deve-se considerar a hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dimorfismo eritrocitário, identificados no EAS. Análise através de biópsia renal (histologia) ou alterações eletrolíticas características de lesões tubulares renais serão feitas pelo especialista.

3. Avaliação de imagem: deve ser feita para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas. O exame de imagem preferido é a ultrassonografia dos rins e vias urinárias.

Nos indivíduos de risco nos quais a DRC não foi identificada na primeira avaliação, recomenda-se a reavaliação da TFG e do EAS anualmente. Essa avaliação deve ser feita no contexto do cuidado dos pacientes com fatores de risco, na unidade básica de saúde.

Quadro 1. Fórmulas para o cálculo da TFG

MDRD

Taxa de Filtração Glomerular= $175 \times (\text{Creatinina}^{-1,154}) \times (\text{Idade}^{-0,203}) \times A \times B$

Onde:
Valor de A → Negro=1,21; Não Negro=1,0
Valor de B → Mulher=0,742; Homem=1,0

CKD - Epi

Taxa de Filtração Glomerular = $A \times (\text{Creatinina}/B)^{C} \times \text{Idade}^{0,993}$

Onde:
Valor de A → Negros: Mulher = 166; Homem = 163
Não Negros: Mulher=144; Homem=141
Valor de B → Mulher=0,7; Homem=0,9
Valor de C → Creatinina > 0,7 = -1,209
Creatinina ≤ 0,7; Mulher=-0,329; Homem=-0,411

Tabela 1. Classificação da RAC

Categoria	RAC (mg/g)
Normal	< 30
Microalbuminúria	30 – 300

Macroalbuminúria	> 300

9. CLASSIFICAÇÃO – ESTÁGIOS DA DRC

Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com DRC, bem como para estimativa de prognóstico, é necessário que, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados, de acordo com a tabela 2. Essa classificação tem estreita relação com prognóstico, levando-se em consideração principalmente os principais desfechos da DRC: doença cardiovascular, evolução para TRS e mortalidade (20). Por haver uma relação estreita entre o estágio da DCR com os desfechos, conforme mencionado acima, o cuidado clínico no controle dos fatores de progressão da DRC devem ser sempre intensificados, de acordo com a evolução da DRC.

Além disso, a classificação deve ser aplicada para tomada de decisão no que diz respeito ao encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista. Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não dialítico) e TRS quando 5-D (dialítico). O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise, para fins dessa diretriz, consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em paciente com DRC em estágios mais avançados. A TRS, como definida anteriormente, é uma das modalidades de substituição da função renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

Tabela 2. Classificação da DRC

Estágio	TFG (ml/min/1,73 m^2)
1	≥ 90
2	60 – 89
3 a	45 – 59
3 b	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

10. MANEJO CLÍNICO

A. Estágio 1 – TFG ≥ 90mL/min/1,73m^2 na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG e do EAS deverá ser realizada anualmente. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica se apresentar uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS). Pacientes com DRC devem ser vacinados precocemente porque a redução da TFG está associada com redução da capacidade de soroconversão.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 1:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg

ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg

iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

B. Estágio 2 – TFG ≥ 60 a 89 mL/min/1,73m^2. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG, do EAS e da

RAC deverá ser realizada anualmente. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica se apresentar uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 2:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

C. Estágio 3A – TFG ≥ 45 a 59 mL/min/1,73m^2. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada anualmente. A dosagem do potássio sérico justifica-se porque a redução da TFG está associada à redução da capacidade da sua excreção, bem como a hipercalemia associada à IECA ou BRA é mais frequente quanto menor for a TFG. Em relação às alterações do metabolismo mineral e ósseo, menos de 10% desses pacientes apresentam alterações no nível sérico de fósforo e pouco mais de 20% no PTH sérico. Recomenda-se a dosagem anual do fóforo e do PTH intacto, e havendo alterações nos seus níveis, o caso deve ser discutido com o nefrologista responsável pelo matriciamento da UBS. Nos casos de pacientes com DRC estágio 3A com RAC > 30 mg/g, essa avaliação deve ser semestral. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima

de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no inicio do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 3A:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo;
4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

D. Estágio 3 B – TFG ≥ 30 a 44 mL/min/1,73m^2. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser mantido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. Havendo necessidade, as unidades de atenção especializadas em doença renal crônica poderão matriciar o acompanhamento do paciente nesse estágio da DRC. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 300 mg/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada semestralmente. Os demais exames deverão ser realizados anualmente conforme descrito abaixo: cálcio, fósforo, PTH e Proteínas totais e frações. Em pacientes com diagnóstico de anemia (Hb

<13g/Dl, para homens e Hb<12, para mulheres), hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) .

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 3B:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo;
4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

E. Estágio 4 – TFG ≥ 15 a 29 mL/min/1,73m^2. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada trimestralmente, ou de acordo com indicação clínica. Nesse estágio deverá ser realizado o esclarecimento sobre as modalidades de TRS por uma equipe multiprofissional da atenção especializada, com o registro de tal esclarecimento no prontuário. Caso o paciente opte pela hemodiálise como TRS, pode-se encaminhá-lo, após avaliação criteriosa pelo Médico Nefrologista, para confecção de fístula arteriovenosa em serviço de referência quando a TFG for menor do que 20 ml/min. Em casos de pacientes que optarem por diálise peritoneal, esses poderão ser encaminhados, após avaliação criteriosa pelo Médico Nefrologista, juntamente com seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. Concomitante, os pacientes podem ser encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise.

Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação:

a) Trimestralmente: creatinina, úreia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) nos pacientes com anemia e potássio.
b) Semestralmente: PTH, fosfatase alcalina, gasometria venosa ou reserva alcalina, Proteínas totais e frações e RAC.
c) Anualmente: Anti-HBs.

Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 4:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo;
4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG;
5. Redução da ingestão de proteínas para 0,8 g/Kg/dia em adultos, acompanhado de adequada orientação nutricional, devendo-se evitar ingestão maior do que 1,3g/kg/dia nos pacientes que necessitarem, por outra indicação, ingesta acima de 0,8 g/kg/dia;
6. Reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato abaixo de 22 mEq/L na gasometria venosa.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

F. Estágio 5-ND (não dialítico) – TFG <15 mL/min/1,73m^2, em paciente que não está em TRS. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento

dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente. Nesse estágio deverá ser realizado o treinamento e preparo para a modalidade de TRS escolhida pelo paciente, por uma equipe multiprofissional da atenção especializada. Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação:

a) Mensalmente: creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, potássio.
b) Trimestralmente: Proteínas totais e frações, ferritina, índice de saturação de transferrina (IST), fosfatase alcalina, PTH e gasometria venosa ou reserva alcalina.
c) Semestralmente: vitamina D.
d) Anualmente: anti-Hbs, anti-Hcv, HBsAg, HIV.

Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 5-ND:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;
2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;
3. Abandono do tabagismo;
4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG;
5. Redução da ingestão de proteínas para 0,8 g/Kg/dia em adultos, acompanhado de adequada orientação nutricional, devendo-se evitar ingestão maior do que 1,3g/kg/dia nos pacientes que necessitarem, por outra indicação, ingesta acima de 0,8 g/kg/dia;
6. Reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato abaixo de 22 mEq/L na gasometria venosa.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

G. Estágio 5-D (em diálise) – deve-se indicar TRS para pacientes com TFG inferior a 10 mL/min/1,73m^2. Em pacientes diabéticos e com idade inferior à 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que 15 mL/min/1,73m^2. Em todas essas situações, deve-se respeitar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente. A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. Antes do início da TRS é recomendado que o paciente assine um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida e esse termo deve ser anexado ao prontuário. O acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para mortalidade cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 5-D:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo;

4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a modalidade de diálise;

5. Adequação da ingesta de proteínas de acordo com o estado nutricional, avaliação da hiperfosfatemia e da adequação da diálise.

Para o controle da hipertensão o alvo deve ser PA < 140/90 mmHg

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

H. Estágio 5-D em Hemodiálise:

Os exames mínimos realizados para pacientes em hemodiálise devem seguir a seguinte programação:

a) Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, ureia pré e pós a sessão de hemodiálise, sódio, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano.

   i. Quando houver elevação de TGP deve-se solicitar: AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV.

   ii. A complementação diagnóstica e terapêutica nos casos de diagnóstico de hepatite viral deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados.

b) Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos.

c) Semestralmente: Vitamina D e AntiHBs. Para pacientes susceptíveis, definidos como AntiHBC total ou IgG, AgHBs ou AntiHCV inicialmente negativos, fazer AgHbs e AntiHCV.

d) Anualmente: Colesterol total e frações, triglicérides, alumínio sérico, glicemia, TSH, T4, dosagem de anticorpos para HIV, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.

e) Exames eventuais: hemocultura na suspeita de infecção da corrente sanguínea e teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio.

I. Estágio 5-D em Diálise Peritoneal:

Deve-se destacar que menos de 10% dos pacientes com DRCT terá contra indicação para realizar a diálise peritoneal. No quadro 2 estão apresentadas as potenciais contra indicações para esta modalidade. Para os pacientes que optarem pela diálise peritoneal, recomenda-se uma visita domiciliar para avaliação da adequação ambiental para realização do procedimento.

Os exames mínimos realizados para pacientes em diálise peritoneal devem seguir a seguinte programação:

a) Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, sódio, potássio, cálcio, fósforo, creatinina e glicemia para pacientes diabéticos.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

b) Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, glicemia, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos.

c) Semestralmente: Vitamina D, Colesterol total e frações, triglicérides. Realizar o KT/V semanal de uréia, através da dosagem da uréia sérica e no líquido de diálise peritoneal. Para pacientes que apresentam função renal residual, realizar depuração de creatinina, através da coleta de urina de 24 horas e depuração de uréia, através de coleta de urina de 24 horas.

d) Anualmente: alumínio sérico, TSH, T4, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.

e) Exames eventuais: teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio; na suspeita de peritonite, análise do líquido peritoneal com contagem total e diferencial de leucócitos, bacterioscopia por gram e cultura; teste de equilíbrio peritoneal, no início do tratamento e repetir nos casos de redução de ultrafiltração e/ou inadequação de diálise. Para o teste de equilíbrio peritoneal é necessário realizar uma dosagem sérica de creatinina e duas dosagens de creatinina no líquido peritoneal, em tempos diferentes, e três dosagens de glicose no líquido peritoneal, em tempos diferentes.

As unidades de atenção especializada em DRC devem assegurar aos pacientes os antimicrobianos para o tratamento de peritonite e infecções relacionadas ao uso de cateteres, desde que as condições clínicas do paciente permitam que essas infecções sejam tratadas a nível ambulatorial.

Quadro 2. Contra indicações para a diálise peritoneal.

Absolutas	Perda comprovada da função peritoneal ou múltiplas adesões peritoneais. Incapacidade física ou mental para a execução do método. Condições cirúrgicas não corrigíveis (grandes hérnias inguinais, incisionais ou umbilical), onfalocele, gastrosquise (malformação da parede abdominal, com extrusão de vísceras abdominais), hérnia diafragmática, extrofia vesical.
Relativas	Presença de próteses vasculares abdominais há menos de 4 meses. Presença de derivações ventrículo-peritoneais recentes. Episódios frequentes de diverticulite.

	Doença inflamatória ou isquêmica intestinal. Intolerância à infusão de volume necessário para a adequação dialítica.

11. TRANSPLANTE

Os pacientes com DRC devem ser encaminhados para os serviços especializados em transplante, desde o estágio 5-ND. Duas modalidades de transplante de rim podem ser consideradas, de acordo com o tipo de doador, em transplante com doador vivo ou doador falecido. Pode-se considerar o transplante preemptivo, que é aquele realizado antes do paciente iniciar TRS. A indicação de transplante deve seguir as orientações da Portaria GM/MS N° 2.600, de 31 de outubro de 2009, ou a que venha a substituir.

No prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, o serviço de diálise deverá, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência. O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e equipe escolhidos pelo paciente para realização do transplante, comprometendo-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera, especialmente no que diz respeito a: falta de condições clínicas para o transplante, gestação, transfusão e óbito.

As diretrizes sobre o transplante renal devem ser conforme as normativas e recomendações do da Portaria SAS/MS n° 666, de 17 de julho de 2012, ou a que venha a substituir.

12. CUIDADOS ADICIONAIS COM O PACIENTE COM DRC

a. Tratamento da Anemia na DRC

A Anemia é definida como concentração de hemoglobina menor do que 13,0 g/dl entre os homens e 12,0 g/dl entre as mulheres. Sempre que o diagnóstico de anemia for feito, em qualquer estágio, deve-se dosar a ferritina e o índice de saturação de transferrina, conforme descrito anteriormente. Duas estratégias devem ser consideradas, no que diz respeito especificamente à DRC: a reposição de ferro e o uso de agentes estimuladores da eritopoese, a eritopoetina. O uso dessas estratégias terapêuticas deve seguir as recomendações do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) para Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – Alfaepoetina (Portaria SAS/MS n° 226, de 10 de maio de 2010) e o PCDT para

Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica – Reposição de Ferro III (Portaria SAS/MS nº 226, de 10 de maio de 2010) ou os que venham os substituir.

b. Tratamento dos Distúrbios do Metabolismo Mineral e Ósseo na DRC

Em relação aos distúrbios do metabolismo mineral e ósseo (MMO), deve-se considerar como parâmetros para o tratamento os valores de fósforo, PTH e vitamina D, apenas para pacientes com DRC nos estágios 3, 4 e 5. Os níveis séricos de fósforo de PTH devem ser mantidos na faixa de normalidade, de acordo com o estágio da DRC, como apresentado na tabela 3. Os quelantes de fósforo devem ser prescritos se, apesar da restrição dietética, o fósforo sérico ou o PTH estiverem acima dos níveis recomendados, de acordo com o PCDT de Hiperfosfatemia na Insuficiência Renal Crônica (Portaria SAS/MS nº 225, de 10 de maio de 2010) ou os que venham os substituir.

Tabela 3. Valores recomendados de Fósforo e de PTH, conforme estágio de DRC.

DRC	Fósforo (mg/dl)	PTH (pg/ml)
3	3,0 – 4,6	35 – 70
4	3,0 – 4,6	70 – 110
5	3,5 – 5,5	150 – 300

13. MANUTENÇÃO EM TRATAMENTO CONSERVADOR

Manutenção em tratamento conservador: O tratamento conservador pode ser considerado uma opção para pacientes que escolham não serem mantidos em TRS devendo ser criado um programa de suporte para estes casos. Todo o programa de DRC deve estar apto para fornecer e planejar cuidados para as necessidades e suportes adequados para o fim de vida, incluindo pacientes em tratamento conservador por opção. Suporte coordenado para o fim de vida deve ser avaliado e mantido para pacientes e familiares, utilizando tanto a atenção primária, como especialistas na área específica, de acordo com o sistema de saúde local. O plano de suporte avançado de vida deve incluir protocolos para o manuseio de sintomas dolorosos, atenção psicológica, cuidados espirituais e preparo para o paciente e familiar sobre a morte em domicílio ou hospitalar com a provisão de todo o suporte humano e cultural apropriado. Caso haja a opção pela manutenção do paciente em tratamento conservador, o paciente deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que deve ser anexado ao seu prontuário.

14. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

As pessoas com DRC devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional, nas Unidades Básicas de Saúde e nos casos que requerem, nas unidades de atenção especializada em doença renal crônica, para orientações e educação como, por exemplo: aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre DRC e TRS; orientação sobre o auto cuidado; orientações sobre as modalidades de tratamento da DRC; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros.

15. INFORMAÇÕES QUE DEVEM CONTER NO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

As unidades especializadas em DRC devem disponibilizar informações relativas ao tratamento do paciente, e essas informações devem conter em um TCLE, sendo que uma cópia deverá ser entregue ao paciente e outra deve ser anexada ao prontuário. Cada unidade pode ter o seu texto próprio, entretanto as informações mínimas que devem conter nesse documento são:

I - Normas e Rotinas do serviço de diálise incluindo os direitos e deveres do paciente renal crônico.

II - Tipos de tratamentos disponíveis na rede de assistência à saúde: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante, bem como seus benefícios e riscos.

III - A doença renal crônica, os cuidados com o acesso dialítico (fístulas e cateteres), as possíveis intercorrências, alimentação e como proceder em viagens.

IV - Telefones para denúncia, endereços das associações de usuários e da vigilância sanitária.

V - Condições para entrada e como acompanhar sua situação na fila de transplante.

As unidades especializadas em DRC devem fornecer ao paciente documento sumário, para eventual atendimento fora da unidade de diálise, com as seguintes informações básicas:

I - Doenças de base e comorbidades;

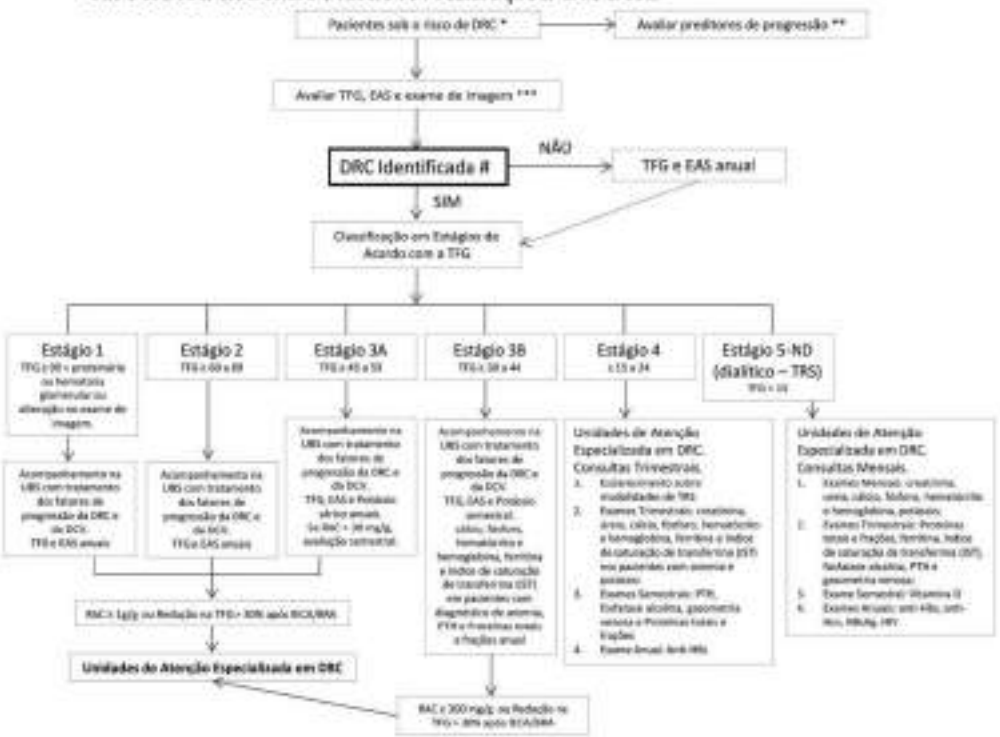
II - Sorologias;

III - Alergias conhecidas;

IV - Familiar e profissional de contato em caso de emergência;

V - Outras observações importantes, tais como, não garrotear membro com fistula, uso de anticoagulantes, não utilizar os cateteres de diálise.

16. FLUXOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA DRC



* Pessoas com diabetes, hipertensão, idosos, IMC > 30, história de DCV (Doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca), histórico de DRC na família, tabagismo, uso de agentes nefrotóxicos.

** Níveis pressóricos mal controlados, níveis glicêmicos mal controlados, níveis de colesterol mal controlados, estágio da DRC, albuminúria, tabagismo, exposição a agentes nefrotóxicos.

*** Exame de imagem deve ser feito para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas.

TFG < 60ml/min/1,73m², por pelo menos 3 meses consecutivos , ou TFG ≥ 60ml/min/1,73m² se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem

17. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO Global Report, 2005.

2. Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, 2012.

3. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2004 Malta DC. Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília, SVS/Ministério da Saúde, 2011.

4. Go S et al. Chronic Kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalizations. N Engl J Med 2004; 351: 1296 – 1305.

5. Grassmann A, Giogerge S, Moeller S, Brown G. ESRD patients in 2004: global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. Nephrol Dial Transplant. 2005; 20(12): 2587-93.

6. Keith DS, Nichols GA, Gullion CM et al. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. Arch Int Med 2004; 164: 659-663.

7. Herzog CA, Asinger RW, Berger AK, et al. Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int 2011; 80(6): 572-586.

8. Snyder JJ, Foley RN, Collins AJ. Prevalence of CKD in the United States: A Sensitivity Analysis Using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. Am J Kidney Dis 2006; 53:218-228.

9. Passos VMA, Barreto SM, Lima-Costa MFF. Detection of renal dysfunction based on serum creatinine levels in a Brazilian community. The Bambuí Health and Ageing Study. Braz J Med Biol Res 2003; 36:393-401.

10. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39:S1-S266.

11. Xue JL, Ma JZ, Luis TA, Collins AJ. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the US to year 2010. J Am Soc Nephrol 2001; 12:2753-2758.

12. Hamer RA, EL Nahas AM. The burden of chronic Kidney Disease is rising rapidly worldwide. BMJ, 2006; 332:563-564.

13. Nwankwo, Bello, El Nahas M. Chronic Kidney Disease: Stemming the Global Tide. Am J Kidney Dis 2005; 45:201-208.

14- U.S.Renal Data System. 2010 USRDS Annual Data Report. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2010.

15. Sesso R. Diálise Crônica no Brasil- Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011.

16. Oliveira MB, Romão Jr JE, Zatz R. End-stage renal disease in Brazil: Epidemiology, prevention, and treatment. Kidney Int Suppl. 2005 ;(97):82-86.

17. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements 2013; 3: 5–14

18. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int 2005; 67: 2089–2100.

19. Levey A.S., Bosch J.P., Lewis B., Greene T., Rogers N., Roth N. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Ann Int Med 1999; 130: 461-410.

20. Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H., et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. Ann Intern Med. 2009; 150: 604–612.

21. Bastos R.M.R., Bastos M.G. Tabela de Cálculo Imediato da Filtração Glomerular. J Bras Nefrol, 2005; 27: 40-43.

ANEXO I

Cuidados com o uso de agentes farmacológicos em pacientes com DRC e agentes com potencial nefrotoxicidade renal.

Agente	Cuidados Especificos na DRC
1. Anti-Hipertensivos e medicações para doenças cardíacas	
IECA / BRA, antagonista da aldosterona, inibudores diretos da renina	Evitar em pacientes com suspeita de estenose da artéria renal; Iniciar com doses menores do que as habituais em pacientes com TFG < 45 ml/min; Avaliar TGF e potássio sérico após a sua introdução; Suspender temporariamente nos casos de exames contrastados, preparo para colonoscopia, grandes cirurgias; Não suspender, rotineiramente, se TFG < 30 ml/min
Beta-bloqueadores	Reduzir a dose em 50% nos pacientes com TFG < 30 ml/min
Digoxina	Reduzir a dose baseada em nível sérico
2. Anagésicos	
Anti-inflamatórios não hormonais	Evitar em pacientes com TFG < 30 ml/min; Terapia prolongada não é recomendada em pacientes com TFG < 60 ml/min; Não devem ser usadas em pacientes utilizando Litium; Evitar em pacientes usando IECA / BRA.
Opióides	Reduzir a dose se TFG < 60 ml/min; Uso com cautela se TFG < 15 ml/min.
3. Antibióticos	

Penicilina	Risco de cristalúria com altas doses se TFG < 15 ml/min; Risco de neurotoxicidade com altas doses de Benzilpenicilina se TFG < 15 ml/min.
Aminoglicosídeos	Reduzir a dose ou aumentar os intervalos se TFG < 60 ml/min; Nesses casos, monitorar o nível sérico; Evitar uso concomitante com Furosemida.
Macrolídeo	Reduzir a dose em 50% se TFG < 30 ml/min
Fluorquinolona	Reduzir a dose em 50% se TFG < 15 ml/min
Tetraciclinas	Reduzir a dose quando TFG < 45 ml/min
Antifúngicos	Evitar anfotericina, a menos que não haja outra opção, quando TFG < 60 ml/min; Reduzir dose de manutenção de Fluconazol e, 50% se TFG < 50 ml/min.
4. Agentes para tratamento de Diabetes	
Sulfoniluréias	Evitar glibenclamida se TFG < 30ml/min; Reduzir a dose em 50% da glicazida se TFG < 30 ml/min;
Insulinas	Pode necessitar de redução de dose quando TFG < 30 ml/min
Metformina	Evitar quando TFG < 30 ml/min; Rever o uso quando TFG < 45 ml/min.
5. Redutores de Colesterol	
Estatinas	Não há recomendação de ajuste de dose
Fenofibrato	Pode aumentar o nível de creatinina sérica após o seu início. Deve-se ter cautela quando introduzido em pacientes com TFG < 30 ml/min.
6. Quimioterápicos	
Cisplatina	Reduzir a dose quando TFG < 60 ml/min;

	Evitar se TFG < 30ml/min
Melfalan	Reduzir a dose se TFG < 60 ml/min
Metotrexate	Reduzir a dose se TFG < 60 ml/min; Evitar, se possível, se TFG < 15 ml/min
7. Anticoagulantes	
Heparina de baixo peso molecular	Considerar heparina convencional (não fracionada) se TFG < 30 ml/min
Warfarina	Aumenta o risco de sangramento se TFG < 30 ml/min; Utilizar baixas doses e monitorizar mais frequentemente se TFG < 30 ml/min
8. Radiocontraste	
	Pacientes com TFG < 60 ml/min devem: Evitar agentes com alta osmolaridade; Usar baixas doses, se possível; Descontinuar outros agentes nefrotóxicos antes do exame contrastado, se possível; Adequar hidratação antes e após a exposição ao contraste; Medir a TFG após o contraste.

Adaptado da Referência 17

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

ANEXO II

Tabela Validada para Identificação de TFG Através da Fórmula MDRD para Homens (21)

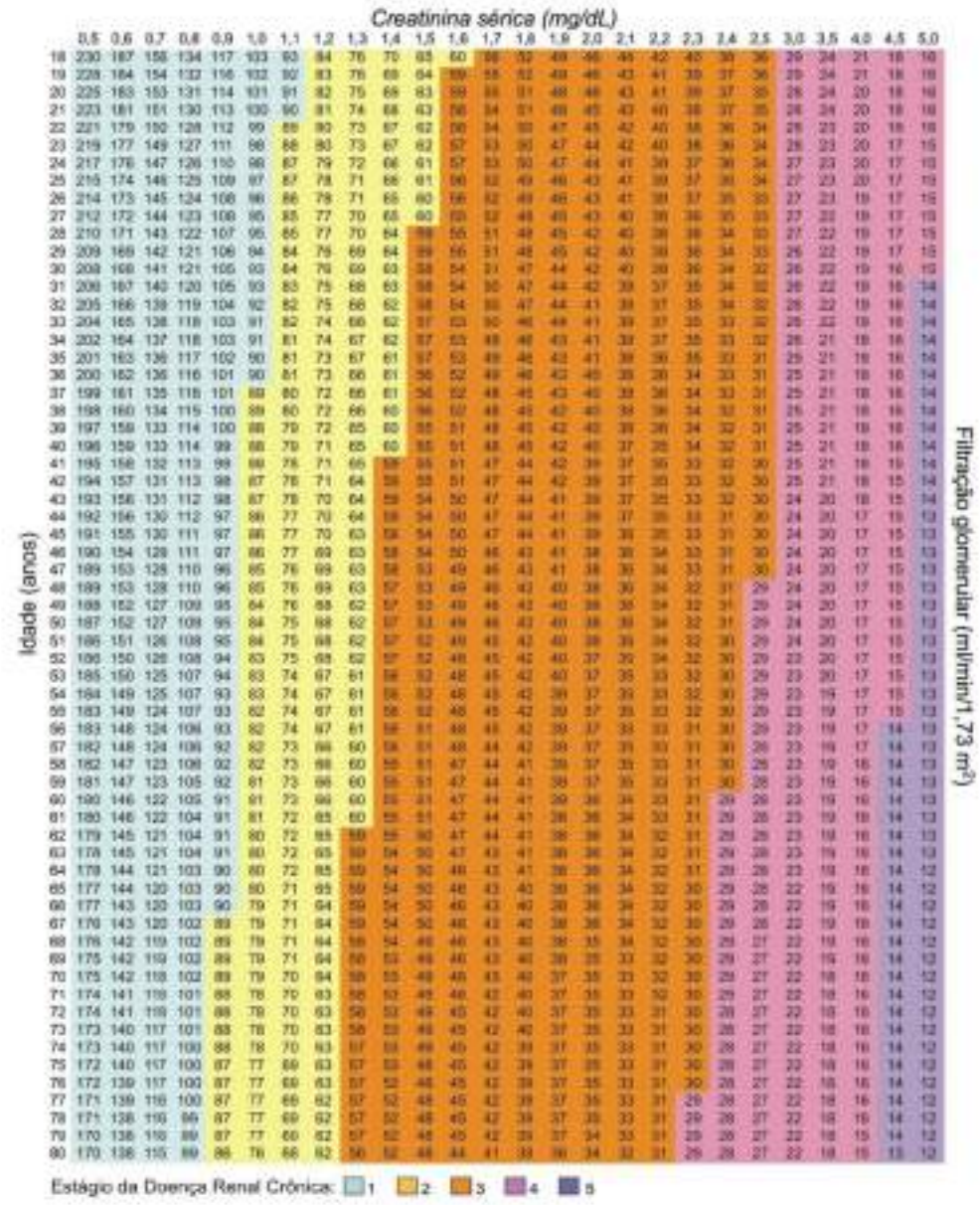
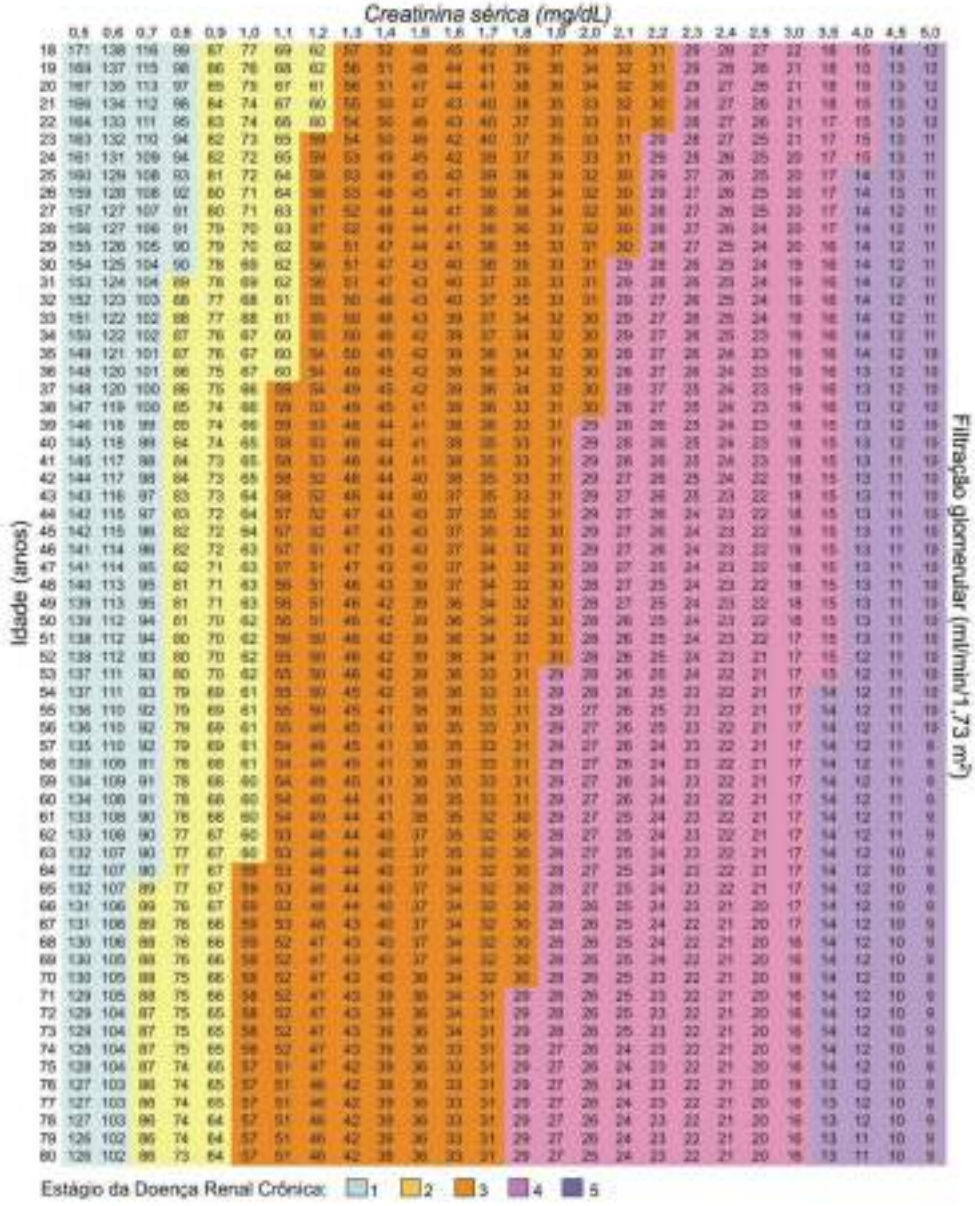


Tabela Validada para Identificação de TFG Através da Fórmula MDRD para Mulheres (21)



ANEXO III

Tabela Validada para Identificação de TFG Através da Fórmula CKD-EPI para Homens (22)

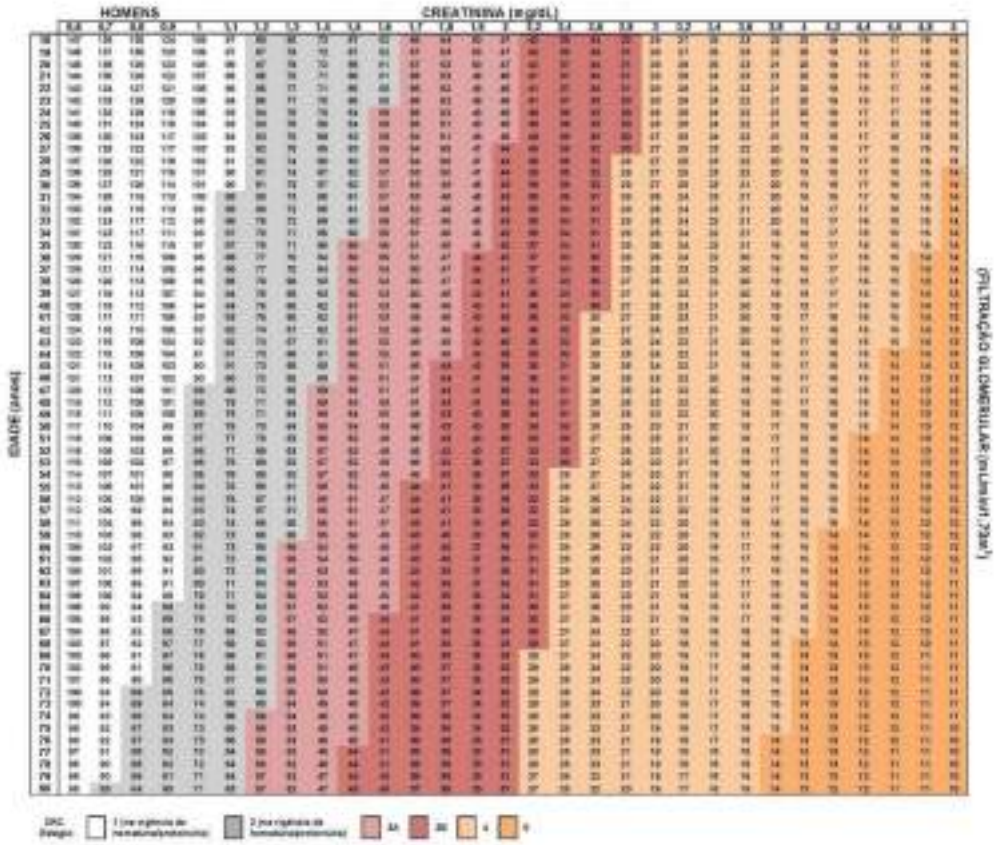
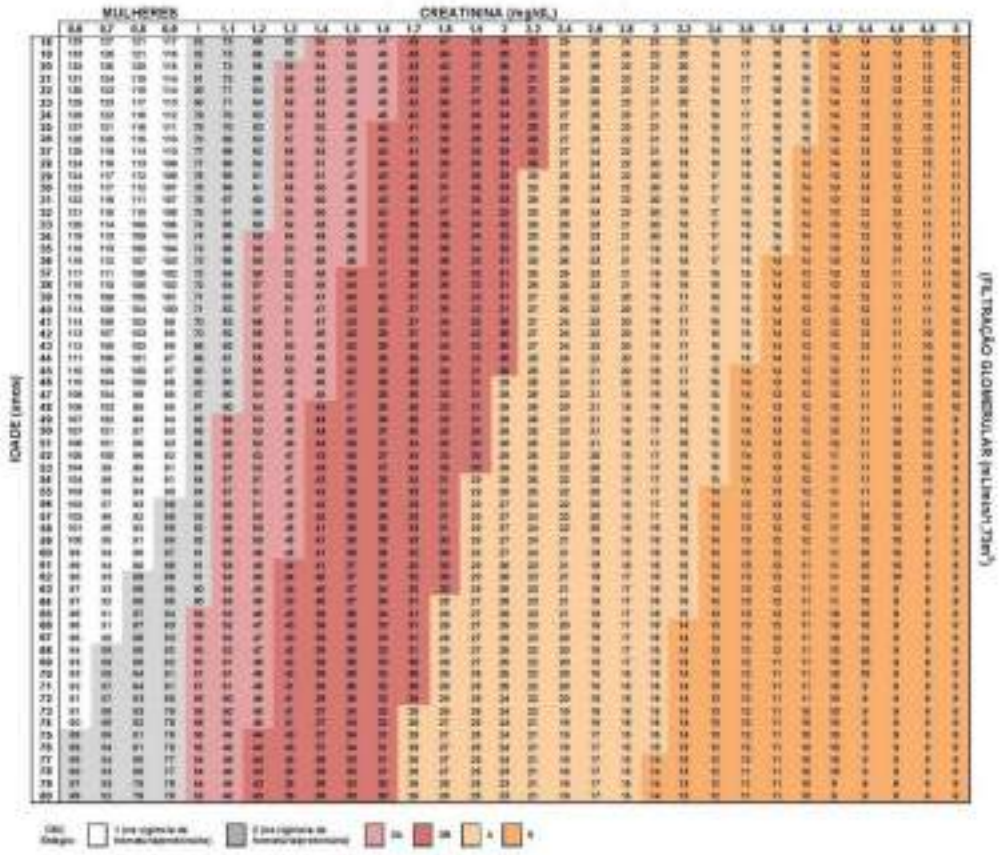


Tabela Validada para Identificação de TFG Através da Fórmula CKD-EPI para Mulheres (22).



37

efetividade e que o medicamento era preconizado na versão do Protocolo publicada em 2018. Assim, todo o conteúdo relacionado ao bevacizumabe na versão do PCDT publicada em 2018 está contemplado nesta atualização.

Para efeito de registro, mantém-se a metodologia de busca e avaliação da literatura da primeira versão deste Protocolo, publicada em 2018.

Elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (forma neovascular) – Versão 2018

Metodologia de Busca e Avaliação da Literatura

Foram realizadas buscas nas bases de dados MEDLINE/PubMed, EMBASE e Cochrane, sem limite de idiomas, em 18 de julho de 2014. Na base de dados MEDLINE/PubMed, utilizando os unitermos "*Macular Degeneration*" [*Mesh*] *AND* "*Therapeutics*" [*Mesh*] e restringindo a artigos envolvendo humanos, ensaios clínicos randomizados e meta-análises, foram encontrados 660 artigos. Limitando aos últimos 10 anos, a busca identificou 503 artigos.

Na base de dados EMBASE, com os termos *'retina macula degeneration'/exp AND 'therapy'/exp*, restringindo a artigos envolvendo humanos, meta-análises e revisões sistemáticas dos últimos 10 anos até a data limite, foram encontrados 157 artigos.

Na base de dados da Cochrane, utilizando o termo "*Macular Degeneration*", foram localizadas 33 revisões sistemáticas completas.

Para a elaboração deste Protocolo, foram selecionadas duas revisões sistemáticas, duas meta-análises e 16 ensaios clínicos randomizados sobre o tratamento da degeneração macular relacionada à idade (DMRI) forma neovascular ou exsudativa. Foram excluídos trabalhos observacionais, trabalhos com precariedade metodológica e trabalhos que não abordavam o tema de interesse. Também foram consultados previamente artigos de interesse à busca, artigos não indexados, consensos sobre a doença, capítulos de livros, descrição de dados epidemiológicos, diagnóstico e modalidades de tratamento, bem como o UpToDate, versão 20.3.

Em 12 de abril de 2016, a fim de atualizar este Protocolo, uma nova busca nas bases de dados foi realizada.

Na base de dados MEDLINE/PubMed, utilizando os termos e filtros "*Macular Degeneration*" [Mesh] AND "*Therapeutics*" [Mesh] restringindo a artigos envolvendo humanos, ensaios clínicos randomizados e meta-análises, nos idiomas inglês, espanhol e português foram localizados 142 artigos. Desses, sete foram incluídos.

Na base EMBASE, com os termos *'retina macula degeneration'/exp AND 'therapy'/exp*, restringindo a artigos envolvendo humanos, ensaios clínicos randomizados, meta-análises e revisões sistemáticas, nos idiomas inglês, espanhol e português publicados a partir de 2014, foram localizados 96 artigos. Nenhum foi incluído, pois os que foram selecionados já haviam sido incluídos na busca do MEDLINE/PubMed.

Na base de dados da Cochrane, utilizando o termo "*Macular Degeneration*", foram localizadas 8 revisões sistemáticas completas, das quais duas foram incluídas.

A escolha terapêutica e o esquema de tratamento foram baseados apenas em ensaios clínicos randomizados de fase 3 e meta-análises. Para a elaboração dos demais itens, além dos textos selecionados, foram consultadas revisões sistemáticas, consensos, artigos de interesse e livros-texto sobre o tema. A revisão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) resultou na exclusão e atualização de nove referências da versão publicada em consulta pública e inclusão de nove novas referências, que acrescentaram modificações ou reforçaram as condutas de tratamento.

APÊNDICE 3

METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

1. Escopo e finalidade do Protocolo

A proposta de atualização do PCDT de Degeneração Macular Relacionada à Idade (forma neovascular) é uma demanda que cumpre o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e as orientações previstas no artigo 26º sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde de atualizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Esta versão do Protocolo atende à discussão do Plenário da Conitec, durante sua 107ª Reunião Ordinária, acerca da necessidade de o PCDT retomar a preconizar o bevacizumabe para tratamento da DMRI, considerando que o medicamento foi avaliado pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) e incorporado ao SUS em 2011, de acordo com os critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade e que o medicamento era preconizado na versão do Protocolo publicada em 2018.

2. Equipe de elaboração e partes interessadas

O Protocolo foi atualizado pela Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS) com a revisão externa de médicos especialistas em oftalmologia.

3. Avaliação da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

A proposta de atualização do PCDT da Degeneração Macular Relacionada à Idade (forma neovascular) foi apresentada à 102ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, realizada em agosto de de 2022. A reunião teve a presença de representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES). A proposta foi apresentada aos membros do Plenário da Conitec em sua 10ª Reunião Extraordinária, os quais recomendaram encaminhar o tema para Consulta Pública com recomendação preliminar favorável à atualização do PCDT.

4. Consulta Pública

A Consulta Pública nº 54/2022, para a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada à Idade (forma neovascular), foi realizada entre os dias 31/08/2022 a 09/09/2022. Foram recebidas 320 contribuições, que podem ser verificadas em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social/consultas-publicas/encerradas.

5. Processo de atualização

Nesta proposta, foi atualizada a seção sobre tratamento da DMRI (forma neovascular), sendo preconizados o aflibercepte, o bevacizumabe e o ranibizumabe como opções de tratamento com medicamentos antiangiogênicos.

Foi utilizada a síntese de evidência elaborada para o aflibercepte e ranibizumabe, de acordo com o apresentado no Relatório de Recomendação da Conitec nº 608 – Aflibercepte e ranibizumabe para tratamento de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) neovascular em pacientes acima de 60 anos.

A premissa considerada foi de que os aflibercepte e ranibizumabe apresentam eficácia semelhante no tratamento da DMRI (forma neovascular), conforme descrito no Relatório de Recomendação nº 608 da Conitec. Ademais, esta versão do Protocolo atende à discussão do Plenário da Conitec, durante sua 107ª Reunião Ordinária, acerca da necessidade de o PCDT retomar a preconizar o bevacizumabe para tratamento da DMRI, considerando que o medicamento foi avaliado pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) e incorporado ao SUS em 2011, de acordo com os critérios de eficácia, segurança e custo-

10. Moja L, Lucenteforte E, Kwag KH, Bertele V, Campomori A, Chakravarthy U, et al. Systemic safety of bevacizumab versus ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014;(9).

11. Solomon SD, Lindsley KB, Krzystolik MG, Vedula SS, Hawkins BS. Intravitreal bevacizumab versus ranibizumab for treatment of neovascular age-related macular degeneration: findings from a cochrane systematic review. Ophthalmology. 2016;123(1):70–7.

O monitoramento da resposta ao tratamento com bevacizumabe deve ser realizada conforme descrito no PCDT, e as RAM devem ser avaliadas e notificadas em sistema informático que recebe notificações de suspeitas de eventos adversos e queixas técnicas encaminhados pelos profissionais liberais ou institucionais disponibilizado pela ANVISA (Notivisa). Os pacientes devem ser orientados a reportar ao profissional de saúde qualquer RAM ocorrida durante e após a realização do procedimento de administração do medicamento. Os bons resultados em programas de saúde pública dependem da participação de todos para a geração de informações de segurança que promovam de modo precoce a identificação e prevenção das reações adversas.

Após a injeção intravítrea de bevacizumabe, algumas reações locais estão descritas na literatura. São elas: dor, hiperemia local, reação de câmara transitória, hemorragia vítrea e subconjuntival, moscas volantes (floaters), uveíte, vitreíte, hipertensão ocular, descolamento de retina, ruptura do epitélio pigmentar da retina (EPR), catarata, endoftalmite estéril ou infecciosa, inflamações intraoculares, perda visual e cegueira permanente.

Em relação ao perfil de segurança sistêmica, duas revisões sistemáticas demonstraram baixo risco de complicações sistêmicas associadas com antiangiogênicos utilizados pela via intravítrea, visto que a dose utilizada intravítrea é infimamente inferior quando comparada ao uso endovenoso[10,11]. São elas: reações gastrintestinais, hipertensão arterial sistêmica, eventos isquêmicos/tromboembólicos (IAM, AVC etc.) e eventos hemorrágicos (como hemorragia digestiva).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos [Internet]. [cited 2022 Apr 11]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.313-de-21-de-marco-de-2022-387356896

2. Chen YH, Wu PC, Shieu J, Lo LH, Wu YC, Kuo HK. Evaluation of the sterility, stability, and efficacy of bevacizumab stored in multiple-dose vials for 6 months. Journal of ocular pharmacology and therapeutics. 2009;25(1):65–70.

3. Bakri SJ, Snyder MR, Pulido JS, McCannel CA, Weiss WT, Singh RJ. Six-month stability of bevacizumab (Avastin) binding to vascular endothelial growth factor after withdrawal into a syringe and refrigeration or freezing. Retina. 2006;26(5):519–22.

4. Liu L, Ammar DA, Ross LA, Mandava N, Kahook MY, Carpenter JF. Silicone oil microdroplets and protein aggregates in repackaged bevacizumab and ranibizumab: effects of long-term storage and product mishandling. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(2):1023–34.

5. Palmer JM, Amoaku WM, Kamali F. Quality of bevacizumab compounded for intravitreal administration. Eye. 2013;27(9):1090–7.

6. Gonzalez S, Rosenfeld PJ, Stewart MW, Brown J, Murphy SP. Avastin doesn't blind people, people blind people. Am J Ophthalmol. 2012;153(2):196–203.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n º 220, de 21 de setembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 67, de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em Farmácias e seus Anexos.

9. Bula Avastin® (bevacizumabe). Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. Solução injetável 25 mg/mL 4 mL e 16 mL. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=101000637>. Acesso em: 13 de abril de 2022.

um medicamento estéril fracionado deve ser utilizado dentro de 48 horas, conforme anexo IV item 9.5: "Ficam dispensadas dos testes de esterilidade e de endotoxinas bacterianas toda preparação estéril, obtida por reconstituição, transferência, incorporação ou fracionamento de especialidades estéreis, com prazo de utilização de 48 horas.". Para a utilização do produto fracionado por um tempo superior, devem ser realizados testes de esterilidade e endotoxinas, respeitando que o prazo de validade será de no máximo 25% do tempo remanescente, quando houver rompimento da embalagem primária do produto[8].

Sendo assim, a seringa do bevacizumabe fracionada conforme recomendações descritas no item 4.2 terá estabilidade de 48 horas sob refrigeração. Para a sua utilização após esse período cada serviço deverá realizar testes de estabilidade microbiológica comprovando a não contaminação da solução. O período máximo para a utilização do medicamento fracionado não deverá ultrapassar 14 dias.

4.4. Administração do medicamento

O bevacizumabe deve ser administrado em ambiente apropriado na dose de 1,25 mg/0,05mL, em seringas de 1 mL e agulhas de calibre entre 27-30 gauge, conforme o roteiro abaixo:

a) instilação de colírio anestésico;

b) instilação de colírio de iodo polvidona a 5%, 5 minutos antes do procedimento;

c) higienização da pele de toda a região periorbital;

d) colocação de campo estéril;

e) colocação de blefarostato;

f) nova instilação de colírio anestésico;

g) marcação do local de aplicação na região temporal inferior com distância de 4 mm do limbo em pacientes fácicos e de 3,5 mm em afácicos/pseudofácicos;

h) deslocamento da conjuntiva com pinça ou cotonete;

i) aplicação do medicamento com agulha entre 27-30 gauge, procurando orientar a ponta da mesma no sentido do polo posterior, conforme alínea g;

j) retirada da agulha e leve compressão do local para evitar refluxo por 30 segundos;

l) instilação de colírio de antibiótico combinado ou não à corticosteroide (opcional);

m) retirada de blefarostato e do campo estéril.

5. MONITORAMENTO/FARMACOVIGILÂNCIA

Reação adversa a medicamento (RAM) é qualquer resposta a um fármaco que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica.

São objetivos da farmacovigilância:

- avaliar as reações adversas aos medicamentos;
- identificar precocemente as reações adversas graves e interações não descritas em bula ou na literatura;
- identificar o aumento na frequência de reações adversas conhecidas;
- identificar fatores de risco e possíveis mecanismos subjacentes às reações adversas;
- identificar os sinais de alerta que evidenciam uma relação de causalidade entre fármaco e reação adversa a medicamentos (RAM);
- promover a segurança e o uso racional de medicamentos.

comparável ao controle (mês 0), sendo estável por até 6 meses sob refrigeração[2]. O estudo de Bakri et al demonstrou mínima perda na concentração do bevacizumabe nas amostras após 6 meses sob refrigeração, com uma degradação máxima na atividade anti-VEGF de 15,9%[3].

Alguns autores avaliaram a presença de partículas nos produtos fracionados do bevacizumabe e verificaram aumento de partículas principalmente devido ao silicone presente nas seringas[4,5]. No entanto, concluíram que são necessários mais estudos para avaliar a relevância clínica destas alterações e que o armazenamento correto (evitando choques térmicos e agitação) pode ser efetivo na redução da contagem de partículas[4].

Gonzalez et al[6] realizaram uma revisão sobre os aspectos determinantes para a segurança do uso do bevacizumabe fracionado. Os autores concluem que as causas das complicações como endoftalmite infecciosa e perdas de visão, relatadas após o uso do bevacizumabe intravítreo, não estão relacionadas ao fármaco, mas sim às técnicas de manipulação e conservação do produto. Sendo assim, recomendam que sejam seguidas as normas descritas na Farmacopeia americana (USP, capítulo 797 - 2008) para transferência asséptica de soluções estéreis para seringas antes da administração: identificação correta da solução, dupla-checagem pelo farmacêutico responsável pelo preparo e dispensação para identificação correta do medicamento, evitar a multiperfuração dos frascos para minimizar o risco de contaminação da solução e uso de seringas de insulina sem agulhas[6].

4.1. Fármaco

- Bevacizumabe: solução injetável de 25 mg/mL em frasco-ampola de 4 mL e 16 mL.

4.2. Preparação da dose

A dose do medicamento deve ser preparada em área controlada, destinada ao preparo de antineoplásicos injetáveis em cabine de segurança biológica (CSB) classe II B2. O fracionamento de todo o conteúdo do frasco em múltiplas seringas deverá ser realizado de modo a evitar multiperfurações da borracha do frasco-ampola, reduzindo o risco de contaminação e entrada de corpos estranhos na solução (utilização de sistemas fechados sem agulhas e dispositivos de transferência de sistema fechado).

A dose deve ser acondicionada em seringas de 1 mL sem agulha fixa, contendo até 2,5 mg/0,1 mL do medicamento (como margem de segurança). A seringa ainda estéril deve ser acondicionada em embalagem secundária também estéril para posterior dispensação mediante prescrição médica e uso durante o procedimento de aplicação.

Todo o processo deve ser documentado de modo a garantir a rastreabilidade dos produtos e dos procedimentos realizados e permitir a adequada investigação de casos suspeitos de reações adversas e queixas técnicas.

Adequação da área física de preparo, cuidados durante a manipulação do produto de modo a garantir a segurança do manipulador, a esterilidade e estabilidade do produto fracionado, bem como o descarte dos materiais utilizados na manipulação devem seguir as normas descritas na RDC nº 220/2004 –Anexo III Boas práticas de preparação de Terapia Antineoplásica e Anexo V –Biossegurança e RDC 67 de 08 de outubro de 2007 – Anexo IV Boas práticas de manipulação de produtos estéreis (BPMPE) em farmácias[7,8].

No impossibilidade da realização do fracionamento no próprio estabelecimento de saúde, o produto já fracionado poderá ser obtido junto a outro estabelecimento (p. ex: outro serviço de saúde, farmácias de manipulação, etc.), desde que o fracionamento também siga as normas estabelecidas neste Protocolo de Uso.

4.3. Conservação e controle de esterilidade do medicamento

Conforme a bula do produto, o frasco do bevacizumabe deve ser conservado sobre refrigeração (2°-8°C) ao abrigo da luz até o momento do uso. Após diluição com soro fisiológico para administração endovenosa, o produto possui estabilidade de 24 horas sob refrigeração. O restante do frasco-ampola não utilizado deve ser descartado[9]. No entanto, a RDC nº 67/2007, que estabelece as boas práticas de manipulação de preparação magistrais e oficinais para uso humano em farmácias, determina que

APÊNDICE 2

PROTOCOLO DE USO DE BEVACIZUMABE NA DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (FORMA NEOVASCULAR)

1. INTRODUÇÃO

O bevacizumabe é um anticorpo monoclonal completo, humanizado que inibe a ação do fator de crescimento endotelial vascular (*vascular endothelial growth factor* - VEGF). Está indicado e aprovado em bula para o tratamento do câncer colorretal metastático e outros tumores sólidos em diferentes estágios. Nos últimos anos, diversos ensaios clínicos randomizados comprovaram que o bevacizumabe apresenta eficácia para o tratamento da degeneração macular relacionada com idade (DMRI) na forma neovascular com melhor custo-efetividade e custo-minimização em relação aos outros bloqueadores da ação do VEGF: ranibizumabe e aflibercepte.

A indicação de uso do bevacizumabe para o tratamento da DMRI não está aprovada em bula pela ANVISA. No entanto, seu uso no âmbito do Sistema Único de Saúde é amparado pela avaliação realizada pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) que o incorporou ao SUS em 2011, de acordo com os critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade.

Ainda, ressalta-se o papel da farmacovigilância para monitoramento do uso de bevacizumabe no tratamento da DMRI, a fim de identificar novos riscos associados ao seu uso, contribuindo, assim, com a melhora da saúde pública e a segurança em relação ao uso de medicamentos; além de contribuir para a avaliação dos benefícios, danos, efetividade e riscos dos medicamentos, incentivando sua utilização de forma segura, racional e mais efetiva.

Atualmente, o bevacizumabe é comercializado em duas apresentações de concentrações de 25 mg/mL: frascos-ampolas de 100 mg/4 mL e 400 mg/16 mL. A dose intravítrea preconizada é de 1,25 mg/0,05 mL, sendo necessário o fracionamento do medicamento. Entretanto, há riscos para profissionais e pacientes, caso normas de manipulação, armazenamento e dispensação do produto não sejam seguidas. Os principais riscos são a contaminação do produto e dos insumos utilizados durante o processo e a perda da estabilidade do fármaco. Dessa forma, o monitoramento efetivo do uso intravítreo do bevacizumabe deve ser realizado conforme critérios descritos neste Protocolo de Uso.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de Uso de bevacizumabe todos os pacientes com indicação de tratamento de DMRI conforme o PCDT.

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão são aqueles descritos no PCDT de DMRI.

4. TRATAMENTO

O tratamento com bevacizumabe tem por objetivo estabilizar a evolução da doença, definida como a resolução do líquido sub- e intrarretiniano, de preferência com a cicatrização ou interrupção da atividade da membrana neovascular. A dose intravítrea a ser aplicada é de 1,25 mg/0,05 mL por olho. O tempo de tratamento não pode ser pré-determinado, devendo ser seguidos os critérios descritos no PCDT de DMRI.

Alguns estudos foram realizados com o objetivo de definir as técnicas de fracionamento e tempo de estabilidade do produto de modo a minimizar os riscos para os pacientes. Chen et al[2] avaliaram a estabilidade e esterilidade do bevacizumabe fracionado em seringas e concluíram que não houve crescimento microbiológico em nenhuma amostra durante os períodos estudados (1, 3 e 6 meses), indicando que, quando armazenado sob refrigeração (4°C) e preparado em condições assépticas ideais, o produto se mantém estéril. Em relação à estabilidade, o nível de degradação do medicamento no mesmo período foi

APÊNDICE 1

PROTOCOLO DE TRATAMENTO POR FOTOCOAGULAÇÃO DE MEMBRANAS EXTRAFOVEAIS SECUNDÁRIAS À DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE

- Tamanho da mira (*spot size*): tamanho da área em que será aplicado o *laser*. Utiliza-se uma mira de 200 micrômetros.
- Duração: tempo de exposição do tecido retiniano ao *laser*. Utiliza-se uma duração de, pelo menos, 200 milissegundos.
- Poder ou energia: ajuste, em miliwatts (mW), da energia dispendida pelo aparelho, que deverá ser regulado conforme o paciente após teste no perímetro da lesão, com a finalidade de obter uma coloração branca do tecido retiniano.

Técnica

1) Ajustar a altura do aparelho e posicionar o paciente confortavelmente na cadeira.
2) Instilar uma (1) gota de colírio anestésico.
3) Posicionar a lente de contato para tratamento da mácula com substância viscosa transparente (por exemplo, metilcelulose a 2%).
4) Ajustar o tamanho e a duração da mira conforme descrito acima.
5) Ajustar a energia conforme a coloração após aplicação; iniciar com energia em torno de 50 mW e aumentar até a obtenção de *spot* com coloração branca.
6) Tratar todo o perímetro da lesão, iniciando pela região mais próxima da fóvea e progredindo até envolver toda a lesão.
7) Tratar toda área interna do perímetro com *spots* sobrepostos de 200 micrômetros e duração entre 200-500 milissegundos.

Seguimento

Trinta dias após o tratamento, devem ser realizadas avaliação clínica, nova angiografia fluoresceínica e TCO, buscando identificar vazamentos persistentes na periferia da área tratada e persistência ou recorrência da membrana neovascular. A avaliação simultânea da angiografia com retinografia colorida ou biomicroscopia de fundo auxilia na diferenciação de áreas de atrofia que se impregnam pelo contraste de áreas de extravasamento com fluido retiniano. TCO com cortes sobre a lesão e a periferia da lesão também auxilia nessa diferenciação.

Caso não haja persistência ou recorrência da membrana neovascular, deve-se repetir a avaliação com 30 dias de intervalo, por mais 2 meses. Após os primeiros 3 meses, os seguimentos devem ser trimestrais no primeiro ano e semestrais/anuais nos anos seguintes. Os pacientes devem receber uma tela de Amsler e ser encorajados a fazer o teste em casa, monitorando os sintomas de metamorfopsia, escotoma ou perda da AV, e a fazer nova consulta antes do previsto caso seja necessário.

Havendo recorrência da membrana neovascular em região extrafoveal, deve-se aplicar nova sessão de fotocoagulação e o mesmo seguimento acima descrito. Caso a localização envolva a região justa ou subfoveal, deve-se seguir o tratamento com injeções intravítreas de aflibercepte, bevacizumabe ou ranibizumabe.

descolamento de retina, ruptura da retina, inflamação do globo ocular (pouco freqüente), catarata e infecções, que podem levar a cegueira permanente;

- apesar da administração local, alguns eventos adversos sistêmicos podem ocorrer: distúrbios gastrintestinais, hemorragia, AVC, infarto, entre outros;

- contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou a componente da fórmula.

Após a aplicação intravítrea, a absorção sistêmica do fármaco é baixa, porém pode ser detectada na corrente sanguínea.

Ranibizumabe:

Eventos adversos muito comuns (estas reações adversas podem afetar mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): inflamação do olho, sangramento do olho, alteração visual, dor no olho, moscas volantes, vermelhidão nos olhos, irritação do olho, sensação de cisco no olho, aumento do lacrimejamento, inflamação ou infecção das bordas palpebrais, olho seco, vermelhidão ou coceira no olho, aumento da pressão intraocular.

Eventos adversos comuns (estas reações adversas podem afetar entre 1%e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): visão de *flashes* de luz com moscas volantes e sombras progredindo para uma perda de visão, diminuição da nitidez da visão ou visão borrada, uveíte, írite, iridociclite, catarata, desepitelização (abrasão) da córnea, inflamação da córnea, sangramento do olho ou no local da injeção, conjuntivite, sensibilidade à luz, desconforto no olho, inchaço palpebral e dor na pálpebra.

Eventos adversos incomuns (estas reações adversas podem afetar entre 0,1%e 1% dos pacientes que utilizam este medicamento): cegueira, secreção purulenta dentro do olho, dor ou irritação no local da injeção, sensação estranha no olho, irritação da pálpebra, acúmulo de sangue dentro do olho, infecção ou inflamação no interior do olho.

Estou ciente de que o meu tratamento consiste de procedimento e que, se ele for interrompido, continuarei a ser atendido(a) inclusive em caso de desistir de submeter-me ao procedimento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato ( ) Sim ( ) Não

O procedimento incluirá o seguinte medicamento:

( ) Aflibercepte

( ) Bevacizumabe

( ) Ranibizumabe

Local: _____ Data: _____

Nome do paciente: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Nome do Responsável legal: _____

Documento de identificação do Resp. Legal: _____

_____

Assinatura do responsável legal ou do paciente

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: ____

_____

Assinatura e carimbo do médico

Nota: O medicamento inclui-se em procedimento específico da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

AFLIBERCEPTE, BEVACIZUMABE E RANIBIZUMABE

Eu, _____(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso intravítreo do aflibercepte, bevacizumabe e ranibizumabe intravítreo (intraocular) indicado para o tratamento da **Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) neovascular em pacientes acima de 60 anos.**

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) _____ _____(nome do(a) médico(a) que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais eventos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- estabilização da evolução da doença e
- melhora da visão (obtida em um terço dos pacientes).

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos oculares e riscos:

Aflibercepte:

Eventos adversos muito frequentes (mais de 1 em cada 10 pacientes podem ser afetados): deterioração da visão, hemorragia subconjuntival e dor no olho.

Eventos adversos frequentes (entre 1 e 10 em cada 100 pacientes podem ser afetados): ruptura/descolamento do epitélio pigmentar da retina, descolamento/trasgo da retina, degeneração da retina, hemorragia vítrea, catarata, catarata nuclear, catarata subcapsular, catarata cortical, erosão da córnea, abrasão da córnea, ceratite pontuada, aumento da pressão intraocular, moscas volantes, descolamento do vítreo resultando em flashes de luz com manchas se movendo na visão, sensação de cisco nos olhos, aumento do lacrimejamento, edema da pálpebra, hemorragia no local da injeção, hiperemia conjuntival e hiperemia ocular.

Eventos adversos pouco frequentes (entre 1 e 10 em cada 1.000 pacientes podem ser afetados): hipersensibilidade, endoftalmite, uveíte, iridociclite, opacidade na câmara anterior, irite, sensação anormal no olho, irritação na pálpebra e edema da córnea.

Eventos adversos raros (menos de 1 em cada 1.000 pacientes pode ser afetado): cegueira, catarata traumática, vitreíte e hipópio.

Bevacizumabe:

Eventos adversos locais: aumento da quantidade de sangue no local da aplicação (bastante comum), presença de moscas volantes, complicações como sangramento na parte interna e posterior do olho (vítrea), descolamento de retina, ruptura da retina, inflamação do globo ocular (pouco frequente), catarata e infecções, que podem levar a cegueira permanente.

Eventos adversos sistêmicos: distúrbios gastrintestinais, hemorragia, AVC e ataque cardíaco, entre outros.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

- o tratamento da DMRI – forma neovascular com bevacizumabe não está indicado na bula desse medicamento;
- o medicamento é classificado na gestação como fator de risco C (este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica;
- eventos adversos locais após a injeção intravítrea: aumento da quantidade de sangue no local da aplicação (bastante comum), presença de moscas volantes, complicações como sangramento na parte interna e posterior do olho (vítrea),

65. The Royal College of Ophthalmologists. Age-Related Macular Degeneration: Guidelines for Management [Internet]. The Royal College of Ophthalmologists. 2013 [cited 2021 Sep 9]. p. 1–145. Available from: http://www.rcophth.ac.uk/wp-content/uploads/2014/12/2013-SCI-318-RCOphth-AMD-Guidelines-Sept-2013-FINAL-2.pdf

66. Schmucker C, Loke YK, Ehlken C, Agostini HT, Hansen LL, Antes G, et al. Intravitreal bevacizumab (Avastin) versus ranibizumab (Lucentis) for the treatment of age-related macular degeneration: a safety review. British journal of ophthalmology. 2011;95(3):308–17.

67. Gonzalez S, Rosenfeld PJ, Stewart MW, Brown J, Murphy SP. Avastin doesn't blind people, people blind people. Am J Ophthalmol. 2012;153(2):196–203.

68. Chen Y-H, Wu P-C, Shiea J, Lo L-H, Wu Y-C, Kuo H-K. Evaluation of the sterility, stability, and efficacy of bevacizumab stored in multiple-dose vials for 6 months. Journal of ocular pharmacology and therapeutics. 2009;25(1):65–70.

69. Bakri SJ, Snyder MR, Pulido JS, McCannel CA, Weiss WT, Singh RJ. Six-month stability of bevacizumab (Avastin) binding to vascular endothelial growth factor after withdrawal into a syringe and refrigeration or freezing. Retina. 2006;26(5):519–22.

70. Plyukhova AA, Budzinskaya M v, Starostin KM, Rejdak R, Bucolo C, Reibaldi M, et al. Comparative safety of bevacizumab, ranibizumab, and aflibercept for treatment of neovascular age-related macular degeneration (AMD): a systematic review and network meta-analysis of direct comparative studies. J Clin Med. 2020;9(5):1522.

71. Curtis LH, Hammill BG, Schulman KA, Cousins SW. Risks of mortality, myocardial infarction, bleeding, and stroke associated with therapies for age-related macular degeneration. Archives of ophthalmology. 2010;128(10):1273–9.

72. Schmid MK, Bachmann LM, Fäs L, Kessels AG, Job OM, Thiel MA. Efficacy and adverse events of aflibercept, ranibizumab and bevacizumab in age-related macular degeneration: a trade-off analysis. British Journal of Ophthalmology. 2015;99(2):141–6.

50. Wang Y, Wang VM, Chan CC. The role of anti-inflammatory agents in age-related macular degeneration (AMD) treatment. Eye. 2011;25(2):127–39.
51. Ahmadieh H, Taei R, Rinzi-Esfahani M, Piri N, Homayouni M, Daftarian N, et al. Intravitreal bevacizumab versus combined intravitreal bevacizumab and triamcinolone for neovascular age-related macular degeneration: six-month results of a randomized clinical trial. Retina. 2011;31(9):1819–26.
52. Jackson TL, Chakravarthy U, Kaiser PK, Slakter JS, Jan E, Bandello F, et al. Stereotactic radiotherapy for neovascular age-related macular degeneration: 52-week safety and efficacy results of the INTREPID study. Ophthalmology. 2013;120(9):1893–900.
53. Kuppermann BD, Goldstein M, Maturi RK, Pollack A, Singer M, Tufail A, et al. Dexamethasone intravitreal implant as adjunctive therapy to ranibizumab in neovascular age-related macular degeneration: a multicenter randomized controlled trial. Ophthalmologica. 2015;234(1):40–54.
54. Dugel PU, Bebchuk JD, Nau J, Reichel E, Singer M, Barak A, et al. Epimacular brachytherapy for neovascular age-related macular degeneration: a randomized, controlled trial (CABERNET). Ophthalmology. 2013;120(2):317–27.
55. Jackson TL, Chakravarthy U, Slakter JS, Muldrew A, Shusterman EM, O'Shaughnessy D, et al. Stereotactic radiotherapy for neovascular age-related macular degeneration: year 2 results of the INTREPID study. Ophthalmology. 2015;122(1):138–45.
56. Eldem BM, Muftuoglu G, Topbaş S, Çakir M, Kadayifcilar S, Özmert E, et al. A randomized trial to compare the safety and efficacy of two ranibizumab dosing regimens in a T urkish cohort of patients with choroidal neovascularization secondary to AMD. Acta Ophthalmol. 2015;93(6):e458–64.
57. Berg K, Pedersen TR, Sandvik L, Bragadóttir R. Comparison of ranibizumab and bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration according to LUCAS treat-and-extend protocol. Ophthalmology. 2015;122(1):146–52.
58. Wykoff CC, Croft DE, Brown DM, Wang R, Payne JF, Clark L, et al. Prospective trial of treat-and-extend versus monthly dosing for neovascular age-related macular degeneration: TREX-AMD 1-year results. Ophthalmology. 2015;122(12):2514–22.
59. Schmucker CM, Rücker G, Sommer H, Virgili G, Loke YK, Oeller P, et al. Treatment as required versus regular monthly treatment in the management of neovascular age-related macular degeneration: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015;10(9):e0137866.
60. Verini D, Sarao V, Missiroli F, Ricci F, Lanzetta P. Twelve-month outcomes of intravitreal aflibercept for neovascular age-related macular degeneration: fixed versus as-needed dosing. Retina. 2019;39(11):2077–83.
61. Ho AC, Busbee BG, Regillo CD, Wieland MR, van Everen SA, Li Z, et al. Twenty-four-month efficacy and safety of 0.5 mg or 2.0 mg ranibizumab in patients with subfoveal neovascular age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2014;121(11):2181–92.
62. Chakravarthy U, Harding SP, Rogers CA, Downes SM, Lotery AJ, Culliford LA, et al. Alternative treatments to inhibit VEGF in age-related choroidal neovascularisation: 2-year findings of the IVAN randomised controlled trial. The Lancet. 2013;382(9900):1258–67.
63. Ohji M, Takahashi K, Okada AA, Kobayashi M, Matsuda Y, Terano Y. Efficacy and safety of intravitreal aflibercept treat-and-extend regimens in exudative age-related macular degeneration: 52-and 96-week findings from ALTAIR. Adv Ther. 2020;37(3):1173–87.
64. Mitchell P, Holz FG, Hykin P, Midena E, Souied E, Allmeier H, et al. Efficacy and safety of intravitreal aflibercept using a treat-and-extend regimen for neovascular age-related macular degeneration: The ARIES Study: A Randomized Clinical Trial. Retina. 2021;41(9):1911.

36. Kodjikian L, Souied EH, Mimoun G, Mauget-Faÿsse M, Behar-Cohen F, Decullier E, et al. Ranibizumab versus bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration: results from the GEFAL noninferiority randomized trial. Ophthalmology. 2013;120(11):2300–9.
37. Schmidt-Erfurth U, Kaiser PK, Korobelnik J-F, Brown DM, Chong V, Nguyen QD, et al. Intravitreal aflibercept injection for neovascular age-related macular degeneration: ninety-six–week results of the VIEW studies. Ophthalmology. 2014;121(1):193–201.
38. Krebs I, Schmetterer L, Boltz A, Told R, Vécsei-Marlovits V, Egger S, et al. A randomised double-masked trial comparing the visual outcome after treatment with ranibizumab or bevacizumab in patients with neovascular age-related macular degeneration. British Journal of Ophthalmology. 2013;97(3):266–71.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n º 111, de 06 de setembro de 2016. Dispõe sobre autorização de uso excepcional, de caráter temporário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), do medicamento Avastin® (25 mg/mL solução para diluição para infusão), no tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI).
40. Belfort Rubens Jr. Estudo de custo-efetividade de tratamentos farmacológicos disponíveis para a Degeneração Macular Relacionada à Idade. Relatório Técnico-Científico Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 67/2009 - REBRATS. 2011.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão, Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec. Ranibizumabe para Degeneração Macular Relacionada à Idade. Relatório de Recomendação nº 119 de abril de 2015. 2015;
42. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Diretoria Colegiada– DICOL Reunião Ordinária Pública. ROP 2/2020. Diretoria Colegiada: ATA da reunião Processo SEI nº 25351.900105/2020-63. 2020.
43. BRASIL. Lei nº 14.313, de 21 de março de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos [Internet]. [cited 2022 Apr 11]. Available from: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.313-de-21-de-marco-de-2022-387356896
44. Heier JS, Brown DM, Chong V, Korobelnik J-F, Kaiser PK, Nguyen QD, et al. Intravitreal aflibercept (VEGF trap-eye) in wet age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2012;119(12):2537–48.
45. Larsen M, Schmidt-Erfurth U, Lanzetta P, Wolf S, Simader C, Tokaji E, et al. Verteporfin plus ranibizumab for choroidal neovascularization in age-related macular degeneration: twelve-month MONT BLANC study results. Ophthalmology. 2012;119(5):992–1000.
46. Kaiser PK, Boyer DS, Cruess AF, Slakter JS, Pilz S, Weisberger A, et al. Verteporfin plus ranibizumab for choroidal neovascularization in age-related macular degeneration: twelve-month results of the DENALI study. Ophthalmology. 2012;119(5):1001–10.
47. Hatz K, Schneider U, Henrich PB, Braun B, Sacu S, Prünte C. Ranibizumab plus verteporfin photodynamic therapy in neovascular age-related macular degeneration: 12 months of retreatment and vision outcomes from a randomized study. Ophthalmologica. 2015;233(2):66–73.
48. Schaal S, Kaplan HJ, Tezel TH. Is there tachyphylaxis to intravitreal anti-vascular endothelial growth factor pharmacotherapy in age-related macular degeneration? Ophthalmology. 2008;115(12):2199–205.
49. Becerra E, Morescalchi F, Gandolfo F, Danzi P, Nascimbeni G, Arcidiacono B, et al. Clinical evidence of intravitreal triamcinolone acetonide in the management of age-related macular degeneration. Curr Drug Targets. 2011;12(2):149–72.

23. Busbee BG, Ho AC, Brown DM, Heier JS, Suñer IJ, Li Z, et al. Twelve-month efficacy and safety of 0.5 mg or 2.0 mg ranibizumab in patients with subfoveal neovascular age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2013;120(5):1046–56.
24. Wykoff CC, Ou WC, Brown DM, Croft DE, Wang R, Payne JF, et al. Randomized trial of treat-and-extend versus monthly dosing for neovascular age-related macular degeneration: 2-year results of the TREX-AMD study. Ophthalmology Retina. 2017;1(4):314–21.
25. Gillies MC, Hunyor AP, Arnold JJ, Guymer RH, Wolf S, Pecheur FL, et al. Macular atrophy in neovascular age-related macular degeneration: a randomized clinical trial comparing ranibizumab and aflibercept (RIVAL study). Ophthalmology. 2020;127(2):198–210.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão, Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde - DGITIS. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec. Aflibercepte e ranibizumabe para tratamento de Degeneração Macular [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 31]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210510_Relatorio_608_aflibercepte_e_ranibizumabe_DMRI.pdf
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 18, DE 7 de maio de 2021 [Internet]. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o aflibercepte e ranibizumabe para tratamento de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) neovascular em pacientes acima de 60 anos conforme Protocolo do Ministério da. 2021 [cited 2021 Aug 31]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2021/20210510_Portaria_18.pdf
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 16, de 9 de abril de 2015 [Internet]. Torna pública a decisão de não incorporar ranibizumabe para degeneração macular relacionada à idade exsudativa no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. [cited 2022 Apr 11]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_Ranibizumabe_DMRI_final.pdf
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 18, de 2 de julho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada com a Idade (forma neovascular) [Internet]. [cited 2022 Apr 11]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatrio_PU_DMRI.pdf
30. Andriolo RB, Puga ME, Belfort Júnior R, Atallah ÁN. Bevacizumab for ocular neovascular diseases: a systematic review. Sao Paulo Medical Journal. 2009;127:84–91.
31. Bashshur ZF, Schakal A, Hamam RN, el Haibi CP, Jaafar RF, Baha'N N. Intravitreal bevacizumab vs verteporfin photodynamic therapy for neovascular age-related macular degeneration. Archives of Ophthalmology. 2007;125(10):1357–61.
32. Tufail A, Patel PJ, Egan C, Hykin P, da Cruz L, Gregor Z, et al. Bevacizumab for neovascular age related macular degeneration (ABC Trial): multicentre randomised double masked study. Bmj. 2010;340.
33. Schouten JSAG, la Heij EC, Webers CAB, Lundqvist IJ, Hendrikse F. A systematic review on the effect of bevacizumab in exudative age-related macular degeneration. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology. 2009;247(1):1–11.
34. Subramanian ML, Ness S, Abedi G, Ahmed E, Daly M, Feinberg E, et al. Bevacizumab vs ranibizumab for age-related macular degeneration: early results of a prospective double-masked, randomized clinical trial. Am J Ophthalmol. 2009;148(6):875–82.
35. Chakravarthy U, Harding SP, Rogers CA, Downes SM, Lotery AJ, Wordsworth S, et al. Ranibizumab versus bevacizumab to treat neovascular age-related macular degeneration: one-year findings from the IVAN randomized trial. Ophthalmology. 2012;119(7):1399–411.

6. Oguido APMT, Casella AMB, Matsuo T, Ramos Filho EH de F, Berbel R, Silva RMA. Prevalence of age-related macular degeneration in Japanese immigrants and their descendants living in Londrina (PR)-Brazil. Arq Bras Oftalmol. 2008;71:375–80.
7. Elias FTS, Silva EN da, Belfort Jr R, Silva MT, Atallah ÁN. Treatment options for age-related macular degeneration: a budget impact analysis from the perspective of the Brazilian Public Health System. PLoS One. 2015;10(10):e0139556.
8. Solomon SD, Lindsley KB, Krzystolik MG, Vedula SS, Hawkins BS. Intravitreal bevacizumab versus ranibizumab for treatment of neovascular age-related macular degeneration: findings from a cochrane systematic review. Ophthalmology. 2016;123(1):70–7.
9. Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E, beta carotene, and zinc for age-related macular degeneration and vision loss: AREDS report no. 8. Archives of ophthalmology. 2001;119(10):1417–36.
10. Keane PA, Patel PJ, Liakopoulos S, Heussen FM, Sadda SR, Tufail A. Evaluation of age-related macular degeneration with optical coherence tomography. Surv Ophthalmol. 2012;57(5):389–414.
11. Macular Photocoagulation Study Group. Laser photocoagulation of subfoveal recurrent neovascular lesions in age-related macular degeneration: results of a randomized clinical trial. Archives of Ophthalmology. 1991;109(9):1232–41.
12. Argon laser photocoagulation for neovascular maculopathy after five years: results from randomized clinical trials. Arch Ophthalmol. 1991;109:1109–14.
13. Bressler NM. Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration with verteporfin: two-year results of 2 randomized clinical trials-tap report 2. Archives of ophthalmology (Chicago, Ill: 1960). 2001;119(2):198–207.
14. Verteporfin In Photodynamic Therapy Study Group. Verteporfin therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration: two-year results of a randomized clinical trial including lesions with occult with no classic choroidal neovascularization—verteporfin in photodynamic thera. Am J Ophthalmol. 2001;131(5):541–60.
15. Chong V. Biological, preclinical and clinical characteristics of inhibitors of vascular endothelial growth factors. Ophthalmologica. 2012;227(Suppl. 1):2–10.
16. Gragoudas ES, Adamis AP, Cunningham Jr ET, Feinsod M, Guyer DR. Pegaptanib for neovascular age-related macular degeneration. New england journal of medicine. 2004;351(27):2805–16.
17. Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS, Boyer DS, Kaiser PK, Chung CY, et al. Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. New England Journal of Medicine. 2006;355(14):1419–31.
18. Brown DM, Kaiser PK, Michels M, Soubrane G, Heier JS, Kim RY, et al. Ranibizumab versus verteporfin for neovascular age-related macular degeneration. New England Journal of Medicine. 2006;355(14):1432–44.
19. Martin DF, Maguire MG, Ying GS, Grunwald JE, Fine SL, Jaffe GJ. Ranibizumab and bevacizumab for neovascular age-related macular degeneration. N Engl J Med. 2011;364(20):1897–908.
20. Martin DF, Maguire MG, Fine SL, Ying G, Jaffe GJ, Grunwald JE, et al. Ranibizumab and bevacizumab for treatment of neovascular age-related macular degeneration: two-year results. Ophthalmology. 2012;119(7):1388–98.
21. Fung AE, Lalwani GA, Rosenfeld PJ, Dubovy SR, Michels S, Feuer WJ, et al. An optical coherence tomography-guided, variable dosing regimen with intravitreal ranibizumab (Lucentis) for neovascular age-related macular degeneration. Am J Ophthalmol. 2007;143(4):566–83.
22. Lalwani GA, Rosenfeld PJ, Fung AE, Dubovy SR, Michels S, Feuer W, et al. A variable-dosing regimen with intravitreal ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: year 2 of the PrONTO Study. Am J Ophthalmol. 2009;148(1):43–58.

os eventos adversos não oculares mais comuns foram nasofaringite (21,0% e 16,3%) e constipação intestinal (3,2% e 5,7%). Eventos adversos graves foram semelhantes entre os grupos AFLI-2sem e AFLI-4sem (15,3% e 16,3%). Nenhum caso de endoftalmite foi relatado.

No estudo ARIES[63] foi verificado perfil de segurança similar entre pacientes randomizados para receber aflibercepte no esquema Tratar e Estender de forma precoce (iniciado com três doses mensais consecutivas, seguido pela extensão do intervalo de tratamento para dois meses) ou de forma tardia (iniciado após o primeiro ano de tratamento). A incidência de eventos adversos foi semelhante nos dois grupos (Tratar e Estender de forma precoce: 84,4% e Tratar e Estender de forma tardia: 82,4%), assim como a incidência de eventos adversos graves (Tratar e Estender de forma precoce: 21,5% e Tratar e Estender de forma tardia: 25,7%).

Pode-se concluir que os estudos que avaliaram o aflibercepte[17,63,69], bevacizumabe [20,30,34,35,70,71] e ranibizumabe[19,20,35,36,38,62] demonstraram que os medicamentos são seguros no tratamento da DMRI neovascular.

9. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes deste PCDT, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso de medicamentos.

Casos de DMRI com indicação de tratamento com aflibercepte, bevacizumabe ou ranibizumabe devem ser atendidos em serviços especializados que disponham dos recursos físicos e humanos necessários para sua adequada avaliação e tratamento, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento.

Os procedimentos diagnósticos (Grupo 02 e seus vários subgrupos – clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e por imagem), terapêuticos clínicos (Grupo 03), terapêuticos cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos cirúrgicos por especialidades e complexidade) e de transplantes (Grupo 05 e seus seis subgrupos) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS podem ser acessados, por código ou nome do procedimento e por código da CID-10 para a respectiva doença, no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp), com versão mensalmente atualizada e disponibilizada.

10. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (TER)

Deve-se informar ao paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

11. REFERÊNCIAS

1. Schmidt-Erfurth U, Chong V, Loewenstein A, Larsen M, Souied E, Schlingemann R, et al. Guidelines for the management of neovascular age-related macular degeneration by the European Society of Retina Specialists (EURETINA). British Journal of Ophthalmology. 2014;98(9):1144–67.
2. Flaxel CJ, Adelman RA, Bailey ST, Fawzi A, Lim JI, Vemulakonda GA, et al. Age-Related Macular Degeneration Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology. 2020;127(1):P1–65.
3. Bressler NM. Age-Related Macular Degeneration Is the Leading Cause of Blindness. Jama. 2004;291(15):1900–1.
4. Santos LP, Diniz JR, Leao AC, Sena MF. Age-related macular degeneration: analysis in two ophthalmological centers in Pernambuco-Brazil. Arq Bras Oftalmol. 2005;68(2):229–33.
5. Romani FA. Prevalence of ocular diseases in a population of elderly residents of the city of Veranopolis, Brazil. Arq Bras Oftalmol. 2005;68(5):649–55.

bevacizumabe, comparado ao de ranibizumabe, foi de 1,29 (IC95% 1,01-1,66). Também houve maiores taxas de hospitalização por infecções (0,7%-1,0% *versus* 2,1%-3,0%; p=0,02) e desordens gastrointestinais (5,4%-6,0% *versus* 9,1%-9,3%; p=0,03) no grupo bevacizumabe. Após dois anos de seguimento do estudo CATT[20], as diferenças entre os dois fármacos se mantiveram. Houve maior proporção de eventos adversos sistêmicos sérios no grupo bevacizumabe (39,9% *versus* 31,7%; p=0,004, NNH calculado de 12), de desordens gastrointestinais (4,8% *versus* 1,8%; p=0,046, NNH calculado de 33) e de outras doenças não relacionadas com anti-VEGF (17,8% *versus* 13,5%; p=0,046, NNH calculado de 23).

No estudo IVAN[19], após um ano de randomização, menos pacientes do grupo bevacizumabe tiveram evento arteriotrombótico ou insuficiência cardíaca quando comparados aos do grupo ranibizumabe (0,7% *versus* 2,9%; IC95% 0,05-1,07; p=0,03). Em relação a outros eventos relativos à segurança sistêmica, como mortalidade, hospitalização por angina, ataque isquêmico transitório e evento venotrombótico, não houve diferença. Um ou mais eventos adversos graves ocorreram em 12,5% no grupo bevacizumabe e em 9,6% no grupo ranibizumabe (p=0,25), e não houve diferença na mortalidade por eventos arteriotrombóticos e por eventos venotrombóticos entre os grupos. Durante a discussão sobre os dados do estudo, os autores fizeram uma meta-análise e concluíram que os fármacos apresentavam perfil de segurança similar, sem aumento do risco de eventos arteriotrombóticos e com leve aumento de eventos adversos sistêmicos sérios com o uso de bevacizumabe. Durante o segundo ano de seguimento do estudo IVAN[42], a frequência de eventos arteriotrombóticos e de admissão hospitalar por IAM não diferiu entre os grupos do ranibizumabe e do bevacizumabe. A mortalidade foi menor no grupo tratamento mensal em comparação com o esquema de tratamento descontínuo (OR 0,47; IC95% 0,22 a 1,03; p=0,05), mas não diferiu entre os fármacos.

No estudo GEFAL[36], não foi encontrada diferença entre os grupos do ranibizumabe e do bevacizumabe em relação ao perfil de segurança sistêmica, com achados semelhantes para número de mortes, eventos arteriotrombóticos e eventos venotrombóticos.

No estudo MANTA[38], 12,3% dos pacientes que receberam bevacizumabe e 9,2% dos que receberam ranibizumabe apresentaram eventos adversos, não atingindo diferença estatística. No estudo de Schmid et al.[72], que procederam a uma meta-análise em rede de sete estudos, contabilizando mais de 8.000 pacientes, todos os medicamentos anti-VEGF apresentaram taxas de eventos adversos graves maiores do que 5% quando comparados ao placebo: 0,5 mg de ranibizumabe (5,33%), 1,25 mg de bevacizumabe (5,58%) e 0,5 mg de aflibercepte (5,65%). Eventos trombóticos sistêmicos também foram mais frequentes com o uso de fármacos anti-VEGF, com aumento de risco em torno de 4%. Considerando os três fármacos, não houve diferença significativa.

No estudo VIEW[37], os perfis de segurança de aflibercepte e de ranibizumabe foram similares. Eventos tromboembólicos arteriais foram semelhantes para indivíduos tratados com 0,5 mg de ranibizumabe (3,2%), 2 mg de aflibercepte (2,4%) e 0,5 mg de aflibercepte (3,8%), após 96 semanas de tratamento. Os eventos adversos oculares graves ocorreram de forma semelhante em todos os grupos de tratamento. Após 52 semanas do início do estudo, os principais eventos adversos sistêmicos graves foram queda e pneumonia e, após 96 semanas de início do estudo, foram queda, pneumonia, fibrilação atrial e infarto do miocárdio. Em geral, eventos adversos sistêmicos graves foram típicos daqueles relatados na população de pacientes idosos que recebem tratamento intravítreo para DMRI neovascular. Considerando a mortalidade, não houve diferença entre os grupos de tratamento.

No estudo ALTAIR[63], foi verificada a segurança de aflibercepte na randomização de dois grupos sob o esquema Tratar e Estender, sendo os intervalos entre as aplicações estendidos a cada 2 semanas (AFLI-2sem) ou 4 semanas (AFLI-4sem). A proporção de eventos adversos emergentes ao tratamento foi equivalente entre os grupos AFLI-2sem e AFLI-4sem (68,5% e 69,9%, respectivamente). Os eventos adversos foram predominantemente leves e moderados. A incidência de eventos adversos oculares foi maior no grupo AFLI-4sem (30,9%) em comparação com o grupo AFLI-2sem (21,0%), enquanto a incidência de eventos adversos não oculares foi semelhante entre os grupos AFLI-2sem e AFLI-4sem (52,4% e 56,1%, respectivamente). Os eventos adversos oculares mais comuns nos grupos AFLI-2sem e AFLI-4sem foram, respectivamente, catarata (5,6% e 8,1%), hemorragia conjuntival (3,2% e 6,5%), olho seco (2,4% e 4,9%) e ruptura do epitélio pigmentar da retina (2,4% e 0%), enquanto

Os pacientes sem resposta a três aplicações de antiangiogênico deverão ter o diagnóstico revisado e, caso confirmado, avaliações e tratamentos mensais poderão ser mantidos até que se completem 24 semanas (cerca de 6 meses ou 180 dias) do início do tratamento. Inexistindo resposta nesse período, deverá ser considerada a suspensão do tratamento com injeções de aflibercepte, bevacizumabe e ranibizumabe.

7.3. Benefícios esperados

O objetivo do tratamento é estabilizar a evolução da doença, definida como a não piora da acuidade visual de 15 letras relativamente ao início do tratamento, de preferência com a cicatrização ou interrupção da atividade da membrana neovascular. Em cerca de um terço dos casos, ocorre melhora da AV inicial[1].

8. MONITORAMENTO

O monitoramento do tratamento deverá ser feito por meio de exames clínicos (AV corrigida e biomicroscopia do segmento posterior sob midríase) e TCO conforme o esquema de tratamento escolhido, podendo variar de 4 até 16 semanas. Retinografia fluorescente (angiografia fluoresceínica) pode ser solicitada na suspeita de aparecimento de novas membranas neovasculares ou em casos em que seja necessário revisar o diagnóstico.

Eventos adversos locais

Após a injeção intravítrea de aflibercepte, bevacizumabe e ranibizumabe, hiperemia local e reação de câmara transitória são relativamente comuns. Complicações significativas, como hemorragia vítrea, descolamento de retina, ruptura do EPR e catarata, têm incidência menor de 10% na maioria dos estudos[28,36–38,62,65]. As taxas de endoftalmite também não atingiram 0,5% por injeção[29,56–58,5,62].

Há preocupação por parte da comunidade médica em relação à endoftalmite como complicação, pois o fracionamento do fármaco (não utilizado nos ensaios clínicos) pode acarretar potencial contaminação e redução de sua efetividade [67,68]. Apesar de serem poucos os estudos que avaliaram a esterilidade e a estabilidade do fármaco após o fracionamento, eles demonstraram que, caso sejam seguidas normas adequadas, o bevacizumabe pode manter sua composição sem crescimento microbiológico por até 6 meses sob refrigeração [68,69].

Eventos adversos sistêmicos

Em relação ao perfil de segurança sistêmica, uma revisão sistemática com meta-análise comparou os aflibercepte e ranibizumabe e identificou que não há diferença significativa na taxa de eventos adversos sistêmicos entre esses dois medicamentos. Porém, o perfil de segurança sistêmica e local dos agentes anti-VEGF devem ser avaliados em estudos de dados de mundo real em larga escala[70].

Em um grande estudo de coorte retrospectivo, Curtis et al.[71] avaliaram mais de 140.000 solicitações de tratamento para DMRI no *Medicare*, nos EUA, e não encontraram diferenças entre os três fármacos anti-VEGF utilizados (pegaptanibe, ranibizumabe e bevacizumabe). Ao procederem à análise secundária, incluindo apenas o período em que os ranibizumabe e bevacizumabe foram solicitados (julho a dezembro de 2006), este último esteve associado com maior mortalidade (4,1% *versus* 4,7%) e maior risco de acidente vascular cerebral (AVC) (1,6% *versus* 2,2%). Entretanto, os próprios autores alertaram para os potenciais vieses de seleção dessa análise secundária e, efetuando outra análise modificada, verificaram não haver diferença estatística entre os fármacos em relação aos desfechos propostos: mortalidade (4,7% *versus* 4,3%), infarto agudo do miocárdio (IAM) (1,1% *versus* 1,3%), hemorragia (5,3% *versus* 5,2%) e AVC (2,1% *versus* 2,4%). A conclusão dos autores foi que não há evidência de que os ranibizumabe e bevacizumabe aumentem o risco desses eventos.

No estudo CATT[19], mortalidade, proporções de eventos arteriotrombóticos, eventos venotrombóticos e hipertensão arterial foram semelhantes entre os grupos que receberam bevacizumabe e ranibizumabe. Um ou mais eventos adversos sérios ocorreram em 24,1% e 19%, respectivamente (p=0,04). Após ajuste para dados demográficos e comorbidades, o risco de

Estudo	Critérios para interromper o tratamento	Critérios para reiniciar o tratamento	Protocolo após recidiva da doença
		4) Nova neovascularização; **ou** 5) Nova hemorragia macular.	
ARIES[61]	Após a administração de doses nas semanas 0, 4, 8 e 16, os pacientes podem ser estendidos a cada 2 ou 4 semanas. O intervalo de tratamento deve ser mantido até a ausência de fluido intra-retiniano, ausência de nova neovascularização ou hemorragia e fluido sub-retiniano não superior a 50 µm de espessura, conforme avaliado na TCO. O critério para interromper o tratamento não foi especificado.	Não especificado	Não especificado.

DMRI: Degeneração Macular Relacionada à Idade; ETDRS: *Early Treatment Diabetic Retinopathy Study*; MNV: membrana neovascular; RF: retinografia fluorescente; TCO: tomografia de coerência óptica

Atualmente, há uma tendência de seguir o esquema Tratar e Estender, pois ele reduz o número de tratamentos/avaliações, mantendo-se resultados anatômicos e funcionais semelhantes ao esquema fixo com menor impacto socioeconômico.

- **Aflibercepte, bevacizumabe e ranibizumabe:** o esquema TES inclui visitas com aplicações mensais até que não haja sinais de atividade da membrana neovascular. A partir desta situação, o intervalo entre cada visita com aplicação é estendido em 2 ou 4 semanas para aflibercepte e 2 semanas para bevacizumabe e ranibizumabe progressivamente enquanto não houver novos sinais de reativação da membrana neovascular, até um máximo de 16 semanas para aflibercepte e 12 semanas para bevacizumabe e ranibizumabe. No caso de presença de sinais de reativação, faz-se a aplicação do medicamento antiangiogênico e o intervalo entre cada visita com aplicação é reduzido em 2-4 semanas.

7.2. Tempo de tratamento – Critérios de interrupção

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), nas avaliações tecnológicas de antiangiogênicos para DMRI, sugere que critérios de suspensão de tratamento devem incluir deterioração persistente da acuidade visual apesar do tratamento e identificação de alterações anatômicas na retina que indicassem resposta inadequada à terapia. Nesta linha, o *Royal College of Ophthalmologists*[63] sugere que a suspensão permanente do tratamento com medicamento antiangiogênico seja considerada em caso de reação de hipersensibilidade e mais três situações:

1. Redução na melhor acuidade visual corrigida no olho tratado para menos de 15 letras (correspondente a 20/400 na Tabela Snellen) em 2 visitas consecutivas, devida a DMRI;
2. Redução na melhor acuidade visual corrigida no olho tratado de 30 letras (correspondente a 6 linhas de visão na tabela Snellen) comparado ao início do tratamento ou à melhora da acuidade atingida desde o início do tratamento; e
3. Evidência de deterioração da lesão neovascular a despeito de tratamento otimizado (exemplos de evidências incluem aumento do tamanho da lesão à angiofluoresceinografia e piora dos indicadores de tomografia de coerência óptica da atividade da lesão).

se o paciente sem critérios de tratamento, inicia-se outra tentativa de estender os tratamentos e avaliações, conforme o **Quadro 2**.

Quadro 2 - Critérios de tratamento relacionados ao esquema Tratar e Estender.

Estudo	Critérios para interromper o tratamento	Critérios para reiniciar o tratamento	Protocolo após recidiva da doença
LUCAS[37]	Tratamento a cada 4 semanas até atingir inatividade da doença pela TCO e biomicroscopia do segmento posterior.	1) Presença de fluido subretiniano; 2) Hemorragia persistente ou nova; 3) Extravasamento do contraste na RF; 4) Aumento do tamanho da lesão na RF; 5) Critérios acima duvidosos com piora de 10 letras ou mais; **ou** 6) Expansão do extravasamento da lesão ou expansão > 25% da MNV na RF.	1) Redução do intervalo de tratamento em 02 semanas até inatividade da doença; 2) A extensão dos intervalos de tratamento/avaliações era reiniciado; 3) O máximo intervalo de tratamento/avaliações era de 02 semanas a menos entre os períodos da última recidiva.
TREX-AMD[38]	Após 3 doses de carregamento, os pacientes devem ser tratados a cada 4 semanas até obter a mácula seca, definida como: 1) resolução do fluido sub- ou intrarretiniano ou 2) resolução de hemorragia sub ou intrarretiniana relacionada com DMRI.	Não especificado, mas considera a presença de qualquer um dos itens descritos como mácula exudativa e indica reiniciar o tratamento.	1) Intervalo entre as visitas reduzido em 2 semanas até atingir a mácula seca; 2) Tentativa de aumentar os intervalos em 1 semana, progressivamente; 3) Caso o paciente apresente recidiva em 3 visitas consecutivas, o tratamento era reduzido para o menor intervalo sem atividade.
ALTAIR[41]	Após 3 doses de carregamento, os pacientes podem ter o esquema de tratamento estendido a cada 2 ou 4 semanas. O intervalo de tratamento deve ser mantido até a redução do fluido residual. O critério para interromper o tratamento não foi especificado.	Considera os seguintes critérios para encurtar o intervalo de tratamento: 1) Presença de fluido na TCO; 2) Perda de 5 letras ou mais no critério ETDRS associada a evidência de fluido recorrente em TCO; 3) Aumento de mais de 100 µm da espessura macular central;	Não especificado.

Estudo	Dose de carregamento	Critérios de Tratamento
		2) Exudação ativa na TCO caracterizada pela presença de edema macular com fluido intrarretiniano ou fluido subretiniano (a menos que este esteja estável em relação às 03 últimas injeções); 3) Aumento da área de MNV ou persistência do extravasamento na RF em relação à visita prévia; **ou** 4) Hemorragia macular nova intraretiniana ou sub-retiniana.
MANTA[36]	Sim, uma dose por três meses consecutivos.	1) Perda de AV de mais de 5 letras associada à evidência de fluido na TCO ou RF; 2) Aumento da espessura macular central maior ou igual a 100 µm na TCO; 3) Nova hemorragia macular; 4) Nova área de MNV clássica; **ou** 5) Evidência ou persistência de fluido na TCO pelo menos 1 mês após a injeção prévia.
VIEW[37]	Sim, uma dose por três meses consecutivos	1) Presença de fluido na TCO; 2) Aumento da espessura da retina central maior ou igual a 100 µm; 3) Perda de AV □ 5 letras no critério ETDRS associada à evidência de fluido recorrente na TCO; 4) Neovascularização clássica de início recente; 5) Extravasamento novo ou persistente na angiografia fluoresceínica; 6) Nova hemorragia macular; **ou** 7) Lapso de tempo de 12 semanas desde a injeção anterior.

AV: acuidade visual; ETDRS: *Early Treatment Diabetic Retinopathy Study*; MNV: membrana neovascular; RF: retinografia fluorescente; TCO: tomografia de coerência óptica.

Apesar de o esquema *Pro Re Nata* apresentar uma tendência a resultados funcionais e anatômicos pouco inferiores em relação às doses fixas mensais, há a vantagem de se reduzir o número de aplicações e o impacto socioeconômico em uma população com uma faixa etária elevada.

- **Aflibercepte, bevacizumabe e ranibizumabe:** o esquema PRN inclui aplicações mensais até que não haja sinais de atividade da membrana neovascular. A partir desta condição, são marcados retornos regulares para avaliação da presença de sinais consistentes com possível reativação da lesão quando novas aplicações do medicamento antiangiogênico são indicadas até a inativação da lesão neovascular.

7.1.3. Esquema Tratar e Estender (TES)

Os pacientes recebem aplicações mensais até não apresentarem mais critérios de tratamento. Os intervalos entre tratamentos/avaliações podem ser aumentados gradativamente em duas semanas, variando de um mínimo de 4 até um máximo de 12 semanas para bevacizumabe e ranibizumabe e de até 16 semanas para aflibercepte[17,18,33,34]. Caso houver recidiva da doença (critérios de tratamento), o intervalo deve ser reduzido para o menor intervalo sem atividade. Por exemplo: recidiva da doença após 10 semanas entre as últimas avaliações: injetar e reduzir o intervalo de tratamento e avaliação para 08 semanas. Mantendo-

Há muita controvérsia na literatura em relação a qual esquema seguir no longo prazo. Cabe ressaltar que, até o momento, não há ECR com mais de 24 meses de acompanhamento. Além disso, estudos de extensão de ECR (abertos) apontam para uma piora progressiva dos resultados funcionais e anatômicos ao longo dos anos (SEVEN-UP/CATT, 5 anos). Não sabemos se a piora em longo prazo é resultado de um esquema de administração mais flexível ou de uma limitação desta classe de medicamentos, pois boa parte dos pacientes desenvolveram ou pioraram a atrofia geográfica com o passar dos anos.

Na prática médica, as particularidades de cada paciente, a evolução clínica e o perfil de cada serviço de saúde irão nortear a frequência de aplicação de anti-VEGF. Ademais, considerando a frequência de comparecimento ao serviço, alguns desses esquemas, os quais consideram visitas com intervalo de tempo menor, podem não ser factíveis, devido à capacidade de atendimento dos centros especializados em que a aplicação é feita. Sendo assim, os esquemas de administração descritos neste Protocolo estão adequados às diversas necessidades possíveis, conforme o perfil do paciente e a autonomia do médico.

A dose intravítrea a ser aplicada, por olho, é de 2 mg de aflibercepte, 0,5 mg de ranibizumabe e 1,25 mg de bevacizumabe.

7.1.1. Esquema fixo

Os pacientes recebem injeções fixas mensais de antiangiogênico independentemente dos achados clínicos e da TCO[17,18,37]. É um esquema de tratamento com tendência a maiores índices de melhora da AV e de redução de espessura na TCO, mas que exige visitas frequentes (mensais ou bimensais), gerando alto impacto socioeconômico. Além disso, não há estudos randomizados neste esquema com duração além de 24 meses.

- **aflibercepte:** o esquema de tratamento fixo inclui uma injeção mensal de 2 mg de aflibercepte por três meses consecutivos, seguido por uma injeção a cada 2 meses.
- **bevacizumabe:** o esquema de tratamento fixo mensal inclui injeções mensais de 1,25 mg de bevacizumabe.
- **ranibizumabe:** o esquema de tratamento fixo mensal inclui injeções mensais de 0,5 mg de ranibizumabe.

7.1.2. Esquema *"Pro Re Nata" (PRN) ou "as needed"*

Os pacientes são acompanhados mensalmente e somente são tratados se apresentarem critérios clínicos ou tomográficos[19,20,27,35–38,68–92], resumidos no **Quadro 1**, conforme o estudo.

Quadro 1 - Critérios de tratamento relacionados ao esquema *Pro Re Nata*

Estudo	Dose de carregamento	Critérios de Tratamento
CATT[19,20]	Não	1) Presença de fluido na TCO; 2) Hemorragia nova ou persistente; 3) Redução da AV comparada com última avaliação; **ou** 4) Extravasamento ou aumento do tamanho da lesão na RF.
IVAN[35,62]	Sim, uma dose por três meses consecutivos.	1) Presença de fluido sub-retiniano; 2) Aumento do fluido intrarretiniano; 3) Nova hemorragia; 4) Critérios acima duvidosos com piora de 10 letras ou mais; **ou** 5) Expansão do extravasamento da lesão ou expansão em > 25% da MNV na RF.
GEFAL[80]	Sim, uma dose por três meses consecutivos.	1) Perda de AV de mais de 5 letras em relação à visita prévia com presença de fluido na TCO, sem atrofia óbvia ou fibrose subretiniana;

os pacientes receberam duas doses mensais de ranibizumabe nos dois primeiros meses de seguimento, seguido de esquema de aplicação *Pro Re Nata*. O grupo randomizado para monoterapia com ranibizumabe recebeu três doses mensais nos três primeiros meses de seguimento, seguido do esquema *Pro Re Nata*, com a aplicação de, pelo menos, uma injeção por trimestre. Após dois anos de seguimento, o grupo do ranibizumabe em monoterapia apresentou resultados superiores em relação à AV em comparação com o grupo da braquiterapia. Por esse motivo, os autores não recomendam o uso rotineiro de braquiterapia epimacular para tratamento da DMRI exsudativa.

Já o ensaio clínico randomizado INTREPID[37] avaliou o tratamento com radioterapia estereotáxica para DMRI exsudativa em 230 pacientes já tratados previamente com terapia antiangiogênica. Os pacientes foram randomizados em três grupos: grupo radioterapia estereotáxica 16 Gy associada ao ranibizumabe em esquema *Pro Re Nata*, grupo radioterapia estereotáxica 24 Gy associada a ranibizumabe em esquema *Pro Re Nata*, e grupo radioterapia simulada que recebeu apenas o ranibizumabe em esquema *Pro Re Nata*. Todos os participantes foram submetidos a tratamento com 0,5 mg de ranibizumabe intravítreo no primeiro dia de seguimento e, entre os dias 1 e 14, receberam radioterapia (16 Gy, 24 Gy ou simulação). Durante todo o ano de seguimento, os pacientes foram avaliados mensalmente, com administração de ranibizumabe quando os critérios de retratamento eram atingidos. Ao final do seguimento, os pacientes dos grupos radioterapia 16 Gy e 24 Gy haviam recebido menos injeções intravítreas em comparação com os do grupo do ranibizumabe isolado (2,64, 2,43 e 3,74, respectivamente). Apesar da significância estatística, tais dados devem ser analisados com cautela visto que os critérios estabelecidos para retratamento no INTREPID são menos rigorosos do que os utilizados em outros *trials*, como o CATT[39]. No segundo ano do estudo, os resultados foram semelhantes, mas surgiram casos de anormalidades vasculares em cerca de 1% dos pacientes que receberam radioterapia, podendo ser um evento adverso crescente em longo prazo[55].

Portanto, pela ausência de dados consistentes que suportem seu uso, tratamentos combinados de antiangiogênicos com diferentes modalidades de radioterapia não são preconizados neste Protocolo.

7. FÁRMACOS

- Aflibercepte: solução injetável de 40 mg/mL, frasco ampola. Cada frasco-ampola contém um volume nominal de enchimento de 0,278 mL, acompanhado de uma agulha com filtro 18 G.

- Bevacizumabe: solução injetável de 25 mg/mL, frasco ampola de 4 mL e 16 mL.

- Ranibizumabe: solução injetável de 10 mg/mL, frasco ampola. Embalagem com 1 frasco-ampola contendo 2,3 mg de ranibizumabe em 0,23 mL de solução e uma agulha com filtro para retirada do conteúdo do frasco. Cada injeção fornece o volume de 0,05 mL (ou 0,5 mg de ranibizumabe).

7.1. Esquema de administração

Os ensaios clínicos randomizados (ECR) incluídos neste Protocolo descreveram três esquemas de administração de antiangiogênicos distintos:

a) Esquema fixo: esquema de injeções fixas mensais[17,18,57];

b) Esquema *Pro Re Nata* (PRN): esquema de injeções conforme a necessidade ou *as needed*[18,35,36,39]; e

c) Esquema Tratar e Estender (TES): esquema de injeções com intervalos de tempo flexíveis conforme resposta ao tratamento (TREX: *Treat and Extend*)[36-39].

Em meta-análise de Schmucker et al., os autores concluíram que, apesar da vantajosa redução do número de aplicações no esquema *Pro Re Nata*, há perda média de 1,9 letras (IC95% 0,5-3,3) na AV em relação ao tratamento com injeções mensais[36]. Por outro lado, três ensaios clínicos não demonstraram diferença significativa em relação ao desfecho funcional e anatômico entre o Esquema Tratar e Estender e o uso de injeções mensais fixas no primeiro ano de tratamento[36-38].

Pegaptanibe sódico

O pegaptanibe sódico, um aptâmero seletivo que inibe a atividade da isoforma 165 do VEGF-A, foi o primeiro fármaco intravítreo aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o tratamento de todos os subtipos de membranas neovasculares[13]. No estudo VISION[14], pacientes do grupo tratamento (70%) perderam menos de 15 letras na AV quando comparados com os do grupo controle (55%). Apesar dos achados promissores, esse fármaco caiu em desuso em razão dos melhores resultados alcançados com outros anti-VEGF-A não seletivos para a isoforma 165: ranibizumabe e bevacizumabe[1,2]. Por esse motivo, o pegaptanibe não está preconizado neste Protocolo.

6.3. Terapias combinadas

Terapia fotodinâmica (*photodynamic therapy* - PDT) associada a antiangiogênicos

Três ensaios clínicos randomizados compararam o uso de ranibizumabe intravítreo em monoterapia com PDT associado a ranibizumabe em esquema *Pro Re Nata*[45–47]. O objetivo primário foi comprovar a não inferioridade da terapia combinada (em relação ao ganho de letras) e a redução do número de injeções de ranibizumabe em 1 ano de seguimento. No estudo MONT BLANC[45], o grupo PDT não teve resultado inferior ao grupo ranibizumabe em monoterapia em relação ao ganho de letras, mas também não houve redução significativa no número de injeções. Já no estudo DENALI[46], observou-se redução significativa no número de injeções (5 *versus* 10), mas os resultados de AV foram melhores nos pacientes que receberam apenas o ranibizumabe. Essa diferença pode ser reflexo dos critérios de retratamento mais rigorosos do estudo DENALI, hipótese corroborada pela alta média de injeções em 12 meses (10 *versus* 6,9 do estudo CATT[20], por exemplo). Hatz et al.[47] avaliaram apenas 34 pacientes até o final do estudo, encontrando redução de média de 1,5 injeção de ranibizumabe em 1 ano, sem diferenças de desfecho visual entre os grupos. Entretanto, utilizaram a dose de 0,3 mg de ranibizumabe.

Portanto, o uso associado de PDT não trouxe benefício consistente quando comparado com o de ranibizumabe em monoterapia, e não está preconizado neste Protocolo.

Corticosteroides intravítreos associados a antiangiogênicos

Apesar de alguns relatos de casos de terapia combinada e resposta positiva após taquifilaxia do anti-VEGF, não há evidência científica, baseada em ensaios clínicos randomizados, de que a combinação de triancinolona e bevacizumabe melhore a eficácia do tratamento da DMRI[48–50]. Em ensaio clínico de Ahmadieh *et al.*[51,52], com pequena amostra de 55 pacientes, apesar de haver resposta mais rápida e menor número de injeções nos pacientes com terapia combinada (1,25 mg de bevacizumabe/2 mg de triancinolona), os achados de AV foram semelhantes aos dos pacientes que receberam apenas bevacizumabe no seguimento de 54 semanas.

Em ensaio clínico randomizado, Kuppermann et al.[53] compararam o efeito adjuvante do implante de dexametasona associado ao ranibizumabe aplicado em esquema *Pro Re Nata* em 243 pacientes. Não houve diferença significativa em relação a AV e espessura macular central na TCO após 6 meses de seguimento. Além disso, mais pacientes do grupo da dexametasona desenvolveram hipertensão ocular. Em relação ao tempo livre de injeções, não houve diferença maior que 3 semanas entre os grupos (NNT: 18; NNH: 10).

Portanto, até que evidências científicas consistentes apoiem o benefício do uso de corticosteroide intravítreo (acetato de triancinolona e implante de dexametasona) em separado ou em uso combinado com outras terapias, eles não serão preconizados neste Protocolo.

Radioterapia associada a antiangiogênicos

O ensaio clínico randomizado CABERNET[54], que acompanhou 494 pacientes, comparou ranibizumabe associado a braquiterapia epimacular com ranibizumabe em monoterapia. Os pacientes randomizados para o grupo braquiterapia epimacular foram submetidos a vitrectomia posterior para emissão de radiação sobre o complexo neovascular. Além desse procedimento,

p<0,001) e redução significativa na espessura central da retina (212 µm; p< .001). Os participantes receberam uma média de 9,9 injeções intravítreas em 24 meses. Não houve eventos adversos oculares ou sistêmicos atribuíveis à injeção de ranibizumabe[22].

O estudo HARBOR é um ensaio clínico randomizado de fase 3, duplo-cego e com tratamento controlado. Pacientes com DMRI neovascular foram randomizados para receber injeções intravítreas de ranibizumabe 0,5 mg ou 2,0 mg mensalmente ou em esquema *Pro Re Nata* após três doses mensais de carregamento. Em 12 meses de seguimento, os pacientes apresentaram aumento na melhor acuidade visual corrigida com média de 10,1 letras (0,5 mg mensal), 8,2 letras (0,5 mg PRN), 9,2 letras (2,0 mg mensal) e 8,6 letras (2,0 mg PRN). Após 24 meses de seguimento, os pacientes apresentaram aumento na melhor acuidade visual corrigida com média de 9,1 letras (0,5 mg mensal), 7,9 letras (0,5 mg PRN), 8,0 letras (2,0 mg mensal) e 7,6 letras (2,0 mg PRN). O número médio de injeções de ranibizumabe até o mês 24 foi de 21,4 (0,5 mg mensal), 13,3 (0,5 mg PRN), 21,6 (2,0 mg mensal) e 11,2 (2,0 mg PRN). Pacientes que receberam 0,5 mg no esquema PRN tiveram intervalo médio de tratamento de 9,9 semanas após 3 doses de carga mensais e 93% desses pacientes não precisaram de tratamento mensal. Os perfis de segurança ocular e sistêmica ao longo de 2 anos de seguimento foram semelhantes entre todos os quatro grupos de tratamento[23].

Os resultados de uso do ranibizumabe no esquema Tratar e Estender foram avaliados pelos estudos TREX-AMD e RIVAL. O estudo TREX-AMD é um ensaio clínico randomizado que comparou o uso de ranibizumabe 0,5 mg no esquema fixo (n=20) e no esquema Tratar e Estender (n=40), precedido por 3 doses de carregamento mensais. Uma amostra de 50 pacientes completou o estudo e após 24 meses de seguimento, pacientes tratados com ranibizumabe mensalmente e no esquema Tratar e Estender tiveram uma melhora significativa na melhor acuidade visual corrigida com o ganho de 10,5 e 8,7 letras, respectivamente (p=0,64). Em 24 meses de seguimento, o número médio de injeções administradas foi de 25,5 e 18,6 para o esquema fixo e esquema Tratar e Estender, respectivamente (p<0,001). Entre os pacientes do grupo Tratar e Estender (n=23), em 24 meses de seguimento, 14 pacientes (47%) estavam em um intervalo de extensão de 8 semanas ou mais, 11 pacientes (37%) estavam em um intervalo de extensão de 11 ou 12 semanas, e o intervalo de extensão médio tolerado foi de 8,5 semanas. De acordo com os autores, a maioria dos pacientes do grupo Tratar e Estender parecem ter um intervalo de extensão máximo consistente[24].

O estudo RIVAL foi um estudo de fase IV, randomizado, que investigou a diferença no desenvolvimento de atrofia macular ao longo de 24 meses entre pacientes com DMRI neovascular que receberam injeções intravítreas de ranibizumabe 0,5 mg (n=141) e de aflibercepte 2,0 mg (n=137) no esquema Tratar e Estender, após a administração inicial de três injeções mensais. Os pacientes foram avaliados após 24 meses de uso dos fármacos e não houve alteração estatisticamente significativa na área média da atrofia macular entre pacientes que receberam ranibizumabe (+0,36mm; IC95% 0,27 até 0,45mm) e aflibercepte (+0,28; IC95% 0,19 até 0,37), sendo apresentada uma diferença de +0,08 mm entre os tratamentos (IC95% 0,05 até 0,21 mm; p=0,24). O número médio de injeções recebidas por ano foi semelhante entre os dois grupos, sendo 9,6 para ranibizumabe e 9,5 para aflibercepte. A alteração média na melhor acuidade visual corrigida em 24 meses de tratamento também não foi significativa, sendo apresentado +6,6 letras (IC95% 4,7 até 8,5 letras) para o grupo de ranibizumabe e +4,6 letras (IC95% 2,7 até 6,6 letras) para o grupo de aflibercepte com uma diferença entre os tratamentos de 2,0 letras (IC95% 0,7 até 4,6, p=0,15). As taxas de eventos adversos foram semelhantes entre os dois grupos[25].

O ranibizumabe foi incorporado, no âmbito do SUS, para o tratamento de DMRI neovascular em pacientes acima de 60 anos de idade, após avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), conforme detalhado no seu Relatório de Recomendação nº 608, de abril de 2021[26]. As evidências científicas que fundamentaram a recomendação da Conitec compararam o ranibizumabe com o aflibercepte. Os estudos avaliados indicaram que esses dois medicamentos apresentam eficácia e segurança similares no tratamento da DMRI neovascular. Neste sentido, o ranibizumabe está preconizado neste Protocolo para o tratamento de pacientes acima de 60 anos e será ofertado por meio da assistência oftalmológica no SUS[27-29].

O bevacizumabe está preconizado neste Protocolo para o tratamento de pacientes acima de 60 anos e será ofertado por meio da assistência oftalmológica no SUS[28,29]. O medicamento foi avaliado pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC) e incorporado ao SUS em 2011, de acordo com os critérios de eficácia, segurança e custo-efetividade.

Ranibizumabe

O ranibizumabe, fármaco de uso intravítreo, consiste de fração de anticorpo que inibe a ação de todas as isoformas do VEGF-A[1,2,15]. Foi o primeiro tratamento a demonstrar não só estabilização da visão como melhora da AV em cerca de 30% dos casos[17]. Dois grandes estudos, MARINA[17] e ANCHOR[18], apresentaram resultados consistentes com aplicações mensais por 24 meses de seguimento. Em virtude de seu alto custo, foram estudados diferentes protocolos de aplicação (protocolo *Pro Re Nata*, também chamado de *as needed*, e protocolo Tratar e Estender) com resultados um pouco inferiores na maioria dos trabalhos.

O ensaio clínico CATT[19] comparou, de maneira unicega, os fármacos antiangiogênicos então mais utilizados (bevacizumabe e ranibizumabe) no tratamento da membrana neovascular secundária à DMRI. Foram randomizados 1.208 pacientes em 44 centros dos Estados Unidos, entre fevereiro de 2008 e dezembro de 2009, em quatro braços: 0,5 mg de ranibizumabe mensal, 0,5 mg de ranibizumabe em esquema *Pro Re Nata*, 1,25 mg de bevacizumabe mensal e 1,25 mg de bevacizumabe em esquema *Pro Re Nata*. Os pacientes deveriam ter 50 anos ou mais, DMRI neovascular ativa virgem de tratamento e AV entre 20/25 e 20/320. A definição de neovascularização ativa foi avaliada pela presença de extravasamento do contraste à angiografia ou pela presença de fluido intra, sub-retiniano ou abaixo do EPR à TCO. Os pacientes eram encaminhados para retratamento caso houvesse fluido à TCO ou hemorragia nova/persistente na mácula. O desfecho primário avaliado foi a alteração na média da AV após 12 meses de seguimento. Os resultados demonstraram semelhança entre os grupos, com leve tendência de melhora no esquema de tratamento mensal quando comparado ao *Pro Re Nata* para ambos os fármacos. Houve ganho médio de 8,5 letras no grupo ranibizumabe mensal, de 6,8 no grupo *Pro Re Nata* de ranibizumabe, de 8,0 no grupo bevacizumabe mensal e de 5,9 no grupo *Pro Re Nata* de bevacizumabe. Também não houve diferença significativa entre os grupos, respectivamente, quanto à manutenção (94%, 95,4%, 94%, 91,5%), ganho de AV (34,2%, 24,9%, 31,3%, 28%) e redução da espessura foveal (-196, -186, -164, -152 micra). A média de aplicações nos esquemas *Pro Re Nata* foi de 6,9 injeções no grupo ranibizumabe *versus* 7,7 injeções no grupo bevacizumabe. No segundo ano de acompanhamento dos pacientes do estudo CATT[20], houve manutenção dos achados de AV e TCO entre os grupos. Os autores concluíram haver eficácia e segurança similares entre os dois fármacos. Os pacientes submetidos a tratamentos mensais demonstraram redução significativa do extravasamento e da área da lesão à angiografia quando comparados com os tratados em esquema *Pro Re Nata*. Apesar das pequenas diferenças nos exames complementares, não houve ganho significativo na AV, ficando os esquemas terapêuticos com médias semelhantes de ganho, de proporção de ganho de letras e de perda de AV. O número total de injeções no período foi de, no máximo, 26, com uma média de 12,6 injeções para ranibizumabe e de 14,1 para bevacizumabe.

Outros estudos avaliaram o ranibizumabe no esquema *Pro Re Nata*, como o estudo PRONTO e o estudo HARBOR. O estudo PRONTO é um estudo clínico, aberto, prospectivo, não controlado que avaliou a eficácia e segurança de ranibizumabe 0,5 mg em pacientes com DMRI neovascular por meio do esquema *Pro Re Nata* guiado pelos resultados da TCO[21,22]. Inicialmente os pacientes receberam três injeções intravítreas mensais consecutivas de ranibizumabe. Após o primeiro ano, o retratamento com ranibizumabe foi realizado em cada visita mensal se algum critério de retratamento fosse preenchido. Os critérios de retratamento compreenderam: perda de acuidade visual de pelo menos 5 letras com presença de fluido na mácula avaliado por exame de TCO, aumento na espessura central da retina de pelo menos 100 µm avaliado por exame de TCO, nova hemorragia macular, nova área de neovascularização coroidal clássica, ou fluido persistente por TCO por pelo menos um mês após a última injeção. No segundo ano, os critérios de retratamento foram alterados para incluir qualquer alteração qualitativa na aparência das imagens de TCO que sugerissem fluido recorrente na mácula. O estudo incluiu uma pequena amostra de participantes e após 2 anos de seguimento os resultados apresentados indicaram melhora significativa na acuidade visual média (ganho de 11,1 letras;

promissores[1,2,7,15]. Na literatura especializada, encontra-se um grande número de estudos publicados sobre o uso de bevacizumabe intravítreo na DMRI[6-18]. A seguir, são sumarizados os achados dos principais ensaios clínicos randomizados, meta-análises e revisões sistemáticas publicados até o momento.

Os primeiros trabalhos que compararam bevacizumabe e PDT, padrão ouro à época, apesar do pequeno número da amostra e do curto período de seguimento, mostraram benefício do bevacizumabe. Os pacientes obtiveram redução média de 100 micrômetros na espessura macular central e ganharam, em média, 10 letras de visão, enquanto com a PDT tiveram redução de 50 micrômetros na espessura e perda de visão[31-33]. Na meta-análise de Andriolo et al.[30], publicada em 2009, o bevacizumabe apresentou número necessário para tratar (NNT) variando de 3-4 quando comparado à PDT em relação à manutenção e melhora da AV.

Subramanian et al.[34], com amostra reduzida e seguimento de 6 meses, demonstraram equivalência entre bevacizumabe e ranibizumabe para o tratamento de membranas subfoveais secundárias à DMRI. Tais achados foram corroborados posteriormente pelo estudo CATT[28], com seguimento de até 2 anos. Resumidamente, os achados nesse estudo de AV (ganho de letras, porcentagem de ganho, estabilização e perda de visão) foram semelhantes entre os grupos que receberam ranibizumabe nos esquemas de aplicação mensal e *Pro Re Nata*. Houve uma tendência, estatisticamente não significativa, de maior redução da espessura foveal à TCO nos pacientes que receberam ranibizumabe. Os resultados mantiveram-se semelhantes no seguimento de 2 anos, confirmando o menor custo direto de tratamento por paciente/ano com o uso de bevacizumabe.

O estudo IVAN[35] também comparou o uso de ranibizumabe e bevacizumabe para tratamento da DMRI exsudativa em pacientes com mais de 50 anos. Foram randomizados 610 participantes em quatro grupos: 1,25 mg de bevacizumabe mensal, 1,25 mg de bevacizumabe em esquema *Pro Re Nata*, 0,5 mg de ranibizumabe mensal e 0,5 mg de ranibizumabe em esquema *Pro Re Nata*. Os pacientes alocados para o esquema de tratamento *Pro Re Nata* receberam uma injeção mensal nos 3 primeiros meses de seguimento. Após, foram reavaliados mensalmente e, se apresentassem critérios de atividade, recebiam novo ciclo de três injeções mensais. Com um ano de seguimento, a diferença entre bevacizumabe e ranibizumabe foi de -1,99 letra em relação à AV (IC95% -4,04 a 0,06). O tratamento mensal contínuo foi equivalente ao tratamento em esquema *Pro Re Nata*. A espessura foveal não diferiu significativamente entre os fármacos, mas foi 9% menor no grupo com tratamento mensal. Após 2 anos de seguimento do estudo IVAN[36], a diferença entre bevacizumabe e ranibizumabe foi de -1,37 letra (IC95% -3,75 a 1,01; p=0,26). Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos tratamento mensal e *Pro Re Nata* em relação à AV. Os autores concluíram que os fármacos possuem eficácia similar, apesar de os resultados serem inconclusivos se avaliados a partir da margem de não inferioridade pré-estabelecida de 3,5 letras.

O estudo GEFAL[20,37] comparou, por meio de um ensaio clínico randomizado e duplo-cego, o uso de ranibizumabe com o de bevacizumabe para o tratamento da DMRI exsudativa em 501 pacientes com AV entre 20/32 e 20/320. Os pacientes foram acompanhados durante um ano, tendo sido realizadas três injeções mensais nos 3 primeiros meses de acompanhamento, seguidas por um esquema conforme a necessidade até o final do acompanhamento. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os fármacos, que apresentaram resultados similares em relação a AV, número de injeções, redução da espessura macular central e eventos adversos.

No estudo MANTA[38], foram randomizados 321 pacientes para receber 0,5 mg de ranibizumabe ou 1,25 mg de bevacizumabe. Após um ano de seguimento, os autores não encontraram diferença entre os fármacos em relação a AV, redução da espessura da TCO e número de eventos adversos. Houve um aumento de 4,9 letras no grupo bevacizumabe e de 4,1 letras no grupo ranibizumabe (p=0,78) às custas de uma média de 6,1 + 2,8 injeções e 5,8 + 2,7 injeções, respectivamente. Os autores concluíram que o uso de bevacizumabe apresenta resultados equivalentes aos de ranibizumabe em relação a AV, espessura retiniana e eventos adversos.

surgimento dos fármacos antiangiogênicos, a terapia fotodinâmica era o tratamento de escolha para lesões subfoveais[2,9], mas não está preconizada neste Protocolo.

6.2. Tratamento medicamentoso

Aflibercepte

O aflibercepte é uma proteína composta de duas porções do receptor de VEGF (VEGF-R1 e VEGFR-2), fusionadas a uma região constante de IgG1 humana[15]. Tem a capacidade de se ligar a todas as isoformas do VEGF-A, ao VEGF-B e ao PGF (*placenta growth factor*), exercendo, assim, a atividade antiangiogênica e reduzindo a permeabilidade vascular.

Obteve aprovação da Anvisa em outubro de 2012 para uso no tratamento da DMRI exsudativa com base nos resultados dos estudos VIEW-1 e VIEW-2[37]. Nesses estudos, analisados em conjunto por Heier et al.[44], cerca de 2.400 pacientes com neovascularizações subfoveal ou justafoveal secundárias à DMRI foram randomizados em quatro grupos: 0,5 mg de ranibizumabe mensal, 0,5 mg de aflibercepte mensal, 2 mg de aflibercepte mensal e 2 mg de aflibercepte mensal por 3 meses e, após, a cada 2 meses. O desfecho primário avaliado foi a não inferioridade dos esquemas de tratamento comparados com ranibizumabe mensal em relação à proporção de manutenção da AV em 52 semanas. Houve pouca perda de seguimento (menos de 12%), e os grupos estavam bem balanceados pela randomização em relação aos dados de entrada. Cerca de 95% dos pacientes de todos os grupos atingiram o desfecho primário, sem diferenças também em relação a mudança na AV, proporção de ganho de mais de 15 letras, área da lesão neovascular e questionário de qualidade de vida. Achados tomográficos também foram compatíveis entre os grupos, com redução média da espessura foveal de 115-155 micrômetros e ausência de fluido intra ou sub-retiniano em 60%-70% dos casos. No estudo VIEW-2, houve tendência de melhores achados tomográficos nos pacientes que receberam 2 mg de aflibercepte tanto no esquema de aplicação mensal quanto no esquema de aplicação a cada 8 semanas. O número de eventos adversos sistêmicos graves variou de 8,9%-18,8% no grupo ranibizumabe versus 11,7%-16,8% nos grupos que receberam aflibercepte (respectivamente VIEW-2 e VIEW-1). Entre os grupos aflibercepte, não houve evidência de dose resposta para eventos adversos. A incidência de eventos adversos oculares graves ficou abaixo de 2%, com apenas dois casos de endoftalmite no VIEW-1 (um no grupo ranibizumabe e um no grupo 2 mg de aflibercepte mensal). A conclusão do estudo foi que, com esses achados, o aflibercepte apresentou eficácia não inferior ao ranibizumabe mensal e que o esquema de aplicação a cada 8 semanas, após indução mensal por três vezes, poderia ser uma alternativa para a redução de número de injeções, riscos potenciais e custos. Conforme planejado inicialmente, durante o segundo ano de seguimento desses pacientes, os autores modificaram o esquema de tratamento de todos os grupos para o esquema *Pro Re Nata*, mantendo o mínimo de uma injeção por trimestre. Discreta diminuição nos ganhos anatômicos e de AV foi evidenciada com essa troca, mas não houve diferença estatisticamente significativa de AV entre os grupos em uso de aflibercepte e de ranibizumabe. Em análise *post hoc*, os grupos randomizados inicialmente para receber 2 mg de aflibercepte a cada 4 semanas e 2 mg a cada 8 semanas apresentaram, durante o segundo ano de seguimento, redução discreta no número de injeções aplicadas, respectivamente -0,64 e -0,55, em comparação com o grupo do ranibizumabe. Durante os dois anos de seguimento, tanto o ranibizumabe quanto o aflibercepte apresentaram um perfil de segurança favorável, sem diferença na incidência de eventos sistêmicos entre os grupos[37].

O aflibercepte foi incorporado, no âmbito do SUS, para o tratamento de DMRI neovascular em pacientes acima de 60 anos de idade, conforme deliberação da Conitec, consubstanciada no Relatório de Recomendação nº 608, de abril de 2021[26]. As evidências científicas apresentadas neste Relatório indicam que os ranibizumabe e aflibercepte apresentam eficácia e segurança similares no tratamento da DMRI neovascular. Neste sentido, o aflibercepte está preconizado neste Protocolo para o tratamento de pacientes acima de 60 anos, ofertado por meio da assistência oftalmológica no SUS[27-28].

Bevacizumabe

O bevacizumabe é um anticorpo completo, humanizado, que inibe a ação do VEGF-A, sendo utilizado de forma *off label*, nacional e internacionalmente, por oftalmologistas desde junho de 2005, quando Rosenfeld mostrou seus resultados

b) à TCO: lesão hiper-reflectiva sub-retiniana associada a líquido sub ou intrarretiniano, ou descolamento do EPR (DEP) associado a líquido sub ou intrarretiniano sem outra causa aparente além de membrana neovascular oculta, ou lesão tipo RAP associada a líquido sub ou intrarretiniano ou DEP.

Pacientes com membranas extrafoveais devem ser tratados conforme o protocolo de tratamento por fotocoagulação (ver o sub-item 7.1 e o **Apêndice 1**).

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo de tratamento com antiangiogênicos pacientes com DMRI que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicação absoluta ao uso dos respectivos medicamentos ou procedimentos preconizados neste Protocolo, e os pacientes que apresentarem membrana neovascular com cicatriz disciforme envolvendo a área foveal que impossibilite melhora significativa da acuidade visual, ou AV inferior a 20/400 ou superior a 20/30. Tais critérios foram estabelecidos por não haver estudos que tenham avaliado alguns desses achados ou por haver evidência de resposta insuficiente ao tratamento.

6. TRATAMENTO

A conduta para DMRI exsudativa baseava-se em terapêuticas destrutivas (fotocoagulação a laser e terapia fotodinâmica), gerando sequelas de maior ou menor grau ao tecido neurossensorial, raramente com melhora da visão. No início da década passada, surgiram os primeiros estudos com fármacos que modificaram a terapêutica dessa doença[1,2].

6.1. Tratamento não medicamentoso

Fotocoagulação a laser

A fotocoagulação a laser é um procedimento em que se irradia a retina com luz de comprimento de onda específico (laser de espectro da luz verde – 532 nm, habitualmente), luz essa que é absorvida pelo EPR, gerando calor e consequente coagulação dos tecidos adjacentes[1,2,11]. Com isso, há destruição do complexo neovascular e formação de cicatriz reacional. Indicada para pacientes com membranas extrafoveais bem delimitadas, foi praticamente abandonada para o tratamento de membranas justa e subfoveais por gerar cicatriz com dano permanente na camada de fotorreceptores. Entretanto, na era pré-antiangiogênicos e pré-terapia fotodinâmica, utilizava-se esse tratamento, pois o estudo *Macular Photocoagulation Study* (MPS) mostrou benefício para o grupo que foi submetido à fotocoagulação das membranas subfoveais quando comparado com o grupo de pacientes sem tratamento[11]. Contudo, 80% dos casos submetidos à fotocoagulação evoluíram com AV inferior a 20/200[11]. Pacientes com membranas extrafoveais bem delimitadas que foram tratados com fotocoagulação obtiveram benefício persistente ao longo de 5 anos quando comparados com os sem tratamento (46% e 64% progrediram para perda visual grave, respectivamente)[11,12].

O tratamento por fotocoagulação de membranas extrafoveais secundárias à DMRI encontra-se especificado no **Apêndice1.**

Terapia fotodinâmica

A terapia fotodinâmica (*photodynamic therapy* - PDT) consiste na injeção intravenosa de fármaco fotossensível (verteporfirina) combinada com irradiação de laser (689 nm) de baixa intensidade. O objetivo é danificar o tecido neovascular por uma reação fotoquímica entre o fármaco e a luz, resultando em dano ao endotélio vascular e trombose venosa. Assim, diferentemente do laser térmico, procura-se fazer um tratamento seletivo da membrana neovascular, poupando o tecido neurossensorial[1,2]. Dois grandes estudos, denominados TAP[13] e VIP[14], demonstraram redução de perda visual no grupo tratado de lesões subfoveais quando comparado ao grupo placebo. Os benefícios foram mais evidentes em membranas predominantemente clássicas e em membranas ocultas com até 4 diâmetros de disco óptico. Entretanto, poucos pacientes apresentaram melhora ou manutenção da visão, evoluindo na maioria das vezes para cicatriz ou atrofia foveal. Antes do

• Oculta: o complexo vascular não é visível nas fases iniciais com hiperfluorescência focal, apresentando características de extravasamento (*leakage*) ou represamento (*pooling*) de fonte indeterminada, sendo caracterizado como descolamento fibrovascular do epitélio pigmentar ou extravasamento tardio de fonte indeterminada.

c) Quanto à composição

- Predominantemente clássica: mais de 50% da lesão é composta de membrana neovascular clássica.
- Minimamente clássica: a área total é composta de 1%-50% de membrana neovascular clássica.
- Oculta: a lesão é composta apenas de membrana neovascular oculta.

Tomografia de Coerência Óptica (TCO)

A TCO é um exame não invasivo que utiliza as propriedades da interferometria para análise de diferentes estruturas do globo ocular. Por meio da reflexão da luz por parte da parede ocular, uma câmera capta as imagens, e um *software* as analisa, gerando cortes ópticos de alta resolução[1,2,10]. Esse exame, além de avaliar a anatomia da região macular e identificar a presença de líquido intra- e sub-retiniano, permite quantificar o aumento da espessura retiniana (edema macular) e monitorar o tratamento. Na DMRI exsudativa, pode haver diferentes padrões, a seguir descritos[1,2]:

a) Membrana neovascular oculta (MNV tipo 1): A membrana neovascular (MNV) localiza-se abaixo do EPR. Na TCO, há evidência de descolamento do EPR, irregularidade do complexo fotorreceptor-membrana limitante externa geralmente associada a variável acúmulo de fluido sub ou intrarretiniano.

b) Membrana neovascular clássica (MNV tipo 2): A MNV clássica localiza-se abaixo da retina. Na TCO, observa-se a lesão fusiforme com alta reflexão abaixo da retina, acompanhada de exsudação secundária, representada por áreas de fluido intra e sub-retiniano (sem reflectividade).

c) Descolamento do epitélio pigmentar da retina (DEP): Normalmente é acompanhado de membranas ocultas e é representado por elevações contínuas e côncavas do EPR (banda externa hiper-refletida). Pode estar preenchido por material seroso (sem reflectividade – DEP seroso), por fibrose, hemorragias e exsudatos (áreas e pontos irregulares de média e alta reflectividade – DEP fibrovascular), ou por material amorfo uniforme (alta reflectividade – DEP drusenoide).

d) Ruptura do EPR: Observa-se elevação da linha representativa do EPR-Bruch que se encontra mais espessada e irregular, muitas vezes descontínua e associada a um DEP significativo.

e) RAP (*retinal angiomatous proliferation* – MNV tipo 3): É uma variação da neovascularização caracterizada por neovascularização intra-retiniana que pode progredir para anastomoses coroido-retinianas, associada à hemorragia intrarretiniana com ou sem DEP seroso. Na TCO, observam-se complexo intrarretiniano hiper-reflectivo, aumento cístico da espessura retiniana e, nas fases iniciais, pouco fluido sub-retiniano. Pode-se observar também pequena erosão ou elevação do EPR no local.

f) Neovascularização polipoidal: É um subtipo da membrana neovascular tipo 1 com características clínicas e história natural distintas, geralmente associado ao espectro de paquicoroide.

g) Cicatriz disciforme: Há complexo hiper-reflectivo na retina externa ou sub-retiniano. Caso haja ainda atividade da membrana neovascular, pode-se observar acúmulo de líquido intra ou sub-retiniano.

A maioria dos estudos utiliza dados da TCO para a indicação de tratamento, sendo o principal deles o aumento da espessura (superior a 250 micrômetros) associado à presença de líquido intra ou sub-retiniano[1,2,10].

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo para tratamento com injeções intravítreas os pacientes com DMRI exsudativa que tenham mais de 60 anos, com melhor AV corrigida igual ou superior a 20/400 e igual ou inferior a 20/30, que apresentam lesão neovascular sub ou justafoveal confirmada por angiografia fluoresceínica ou TCO, com os seguintes achados:

a) à angiografia fluoresceínica: formação neovascular clássica ou oculta;

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- H35.3 Degeneração da mácula e do polo posterior

3. DIAGNÓSTICO

3.1. Diagnóstico Clínico

O diagnóstico clínico é feito por meio de exame oftalmológico completo e, principalmente, por biomicroscopia do segmento posterior. Os achados de alterações maculares incluem drusas, alterações pigmentares do EPR, hemorragia e exsudatos duros intra- ou sub-retinianos, descolamento seroso da retina, descolamento do EPR, lesões fibróticas e atrofia geográfica. Os principais sintomas são a piora da visão central e a metamorfopsia[1,2].

Diversas são as classificações encontradas na literatura, mas aqui será apresentada a do estudo AREDS (*Age-Related Eye Disease Study*)[6] e simplificada pelo consenso da Academia Americana de Oftalmologia[2]:

a) Sem DMRI (AREDS categoria 1): caracterizada por nenhuma ou poucas drusas pequenas (tamanho inferior a 63 micra de diâmetro);

b) DMRI leve (AREDS categoria 2): caracterizada por combinação de múltiplas drusas pequenas, poucas intermediárias (63-124 micra de diâmetro) ou anormalidades do EPR;

c) DMRI intermediária (AREDS categoria 3): caracterizada por drusas intermediárias extensas, pelo menos 1 drusa grande (igual ou superior a 125 micra de diâmetro) ou atrofia geográfica não envolvendo o centro da fóvea;

d) DMRI avançada (AREDS categoria 4): caracterizada por pelo menos uma das condições abaixo (sem outras causas):

- Atrofia geográfica do EPR e coriocapilar envolvendo o centro da fóvea;
- DMRI exsudativa (maculopatia neovascular), definida como neovascularização de coroide, descolamento seroso ou hemorrágico da retina neurossensorial ou do EPR, exsudatos lipídicos (fenômeno secundário de extravasamento vascular de qualquer fonte), proliferação fibrovascular sub-retiniana ou sub-EPR e cicatriz disciforme.

Em suma, pode-se classificar a DMRI como seca (drusas e alterações do EPR) ou exsudativa (maculopatia neovascular) e estagiar progressivamente o dano gerado desde leve até avançado.

3.2. Complementação Diagnóstica

A retinografia fluorescente (RF) ou angiografia fluoresceínica e TCO são os exames complementares preconizados para avaliação do paciente com DMRI exsudativa. Além de serem importantes na confirmação do diagnóstico, podem localizar anatomicamente a lesão neovascular, servindo de base para uma melhor escolha e monitorização do tratamento[1,2].

Angiografia fluoresceínica

A angiografia fluoresceínica consiste na aplicação de corante (fluoresceína) por via intravenosa, seguida de documentação fotográfica do fundo ocular e da sua vascularização com filtros especiais após estimulação luminosa. Na DMRI exsudativa, o extravasamento do corante pode ser observado na região macular em formações neovasculares localizadas, contribuindo, assim, para avaliar e classificar os diferentes subtipos de membranas neovasculares, a seguir descritos[1,2]:

a) Quanto à localização

- Extrafoveais: o complexo vascular encontra-se a mais de 200 micrômetros do centro da zona avascular foveal (ZAF).
- Justafoveais: o complexo vascular está localizado entre 1-200 micrômetros do centro da ZAF.
- Subfoveais: complexo vascular envolve o centro da ZAF.

b) Quanto à forma

- Clássica: o complexo vascular é visível nas fases iniciais do angiograma com crescente hiperfluorescência local por extravasamento do corante.

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

DEGENERAÇÃO MACULAR RELACIONADA À IDADE (FORMA NEOVASCULAR)

1. INTRODUÇÃO

A Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI) é uma doença degenerativa e progressiva que acomete a área central da retina (mácula), levando frequentemente ao comprometimento da visão central. Pode ser classificada como seca, responsável pela maior parte dos casos (85%-90%), ou exsudativa, também denominada neovascular ou úmida (10%-15%)[1,2]. Na DMRI seca, ocorre a formação de drusas e alterações no Epitélio Pigmentar da Retina (EPR), podendo evoluir para um estágio final denominado atrofia geográfica. Na DMRI exsudativa, ocorre a formação de Membrana Neovascular (MNV), sendo responsável por 90% dos casos de cegueira (acuidade visual - AV - igual ou inferior a 20/200)[1,2]. O aumento da permeabilidade do complexo neovascular causa extravasamento do conteúdo do plasma para diferentes camadas da retina, gerando dano às células neurais e formação de cicatriz sub-retiniana[1,3].

A DMRI é a principal causa de cegueira irreversível em indivíduos com mais de 50 anos nos países desenvolvidos[3]. Estudos internacionais apontam para incidência e prevalência crescentes após essa faixa etária, com cerca de 30% da população com mais de 75 anos apresentando algum estágio dessa doença[3]. No Brasil, um estudo encontrou prevalência de 23%-30% em pacientes com mais de 55 anos em um hospital de referência de Pernambuco[4]. Outro estudo[5] verificou prevalência de 31,5% em pacientes com mais de 80 anos em Veranópolis, no Rio Grande do Sul, e outro[6], ao estudar imigrantes e descendentes de japoneses em Londrina, no Paraná, registrou uma frequência total de 13% em pacientes com mais de 60 anos, sendo 1,3% com doença neovascular. Em meta-análise[7], com base em dados de outros países, sugere-se uma prevalência de DMRI no Brasil de 2,2% na faixa etária de 70-79 anos e de até 10,3% em indivíduos com 80 ou mais anos.

O principal fator de risco para a DMRI é o aumento da idade. Etnia caucasiana, aterosclerose e tabagismo, assim como certos polimorfismos genéticos, também estão associados[2]. Entretanto, entre todos esses fatores, apenas o tabagismo é um fator modificável, e sua interrupção reduz o risco de doença[1,2]. A fisiopatologia da DMRI ainda não está completamente esclarecida, mas acredita-se que estresse oxidativo, alterações na circulação da coroide, degeneração da membrana de Bruch e inflamação crônica predisponham o indivíduo para a perda da homeostase local. O desbalanço entre fatores pró-inflamatórios e fatores angiogênicos leva à formação de drusas, a alterações do EPR e ao desenvolvimento de membrana neovascular[1,2]. O principal mediador envolvido na fisiopatogenia dessa doença é o fator de crescimento do endotélio vascular A (*vascular endothelial growth factor A* – VEGF-A)[1,2].

O diagnóstico pode ser feito pela biomicroscopia do segmento posterior, mas exames complementares como a retinografia fluorescente (RF) e a tomografia de coerência óptica (TCO) são importantes para confirmar, classificar e monitorar a doença. Atualmente, somente a DMRI exsudativa apresenta tratamento com potencial melhora da visão[1,2]. O tratamento está baseado na aplicação de fármacos na cavidade vítrea que bloqueiam a atividade do VEGF-A, inibindo a permeabilidade vascular e a angiogênese[1,2]. A ação dos fármacos dura em torno de 4-6 semanas, estabilizando a AV e, em cerca de 1/3 dos casos, melhorando-a[8]. Os resultados já podem ser observados nos primeiros 30 dias, mas na maioria dos casos são necessárias aplicações contínuas por longo tempo para que haja controle da doença[1].

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos da DMRI. A metodologia de busca e avaliação das evidências estão detalhadas no **Apêndice 3**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA Nº 24, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2022.

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Degeneração Macular Relacionada à Idade.

A SECRETÁRIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e a SECRETÁRIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem os parâmetros sobre a Degeneração Macular Relacionada à Idade no Brasil e diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 771/2022 e o Relatório de Recomendação nº 774 – Outubro de 2022 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Degeneração Macular Relacionada à Idade.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral da Degeneração Macular Relacionada à Idade, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais (efeitos ou eventos adversos) relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme suas competências e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Fica revogada a Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 10, de 23 de maio de 2022, publicada no Diário Oficial da União nº 99, de 26 de maio de 2022, seção 1, página 177.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

SANDRA DE CASTRO BARROS

			DE IMPLANTE COCLEAR	
		07.01.09. 013-8	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 014-6	CONSERTO DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 015-4	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DAS BATERIAS RECARREGÁVEIS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 016-2	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CONTROLE REMOTO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 017-0	CONSERTO DO CONTROLE REMOTO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 018-9	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO IMÃ DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 019-7	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CARREGADOR DE BATERIA RECARREGÁVEL DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 020-0	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO GANCHO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 021-9	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO GANCHO COM MICROFONE DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 022-7	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO DESUMIDIFICADOR DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 023-5	CONSERTO DO PROCESSADOR DE FALA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4

		02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	1
02.11.07.041-6	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	1
		02.11.07.026-2	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	1
03.01.07.019-9	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR	02.11.07.038-6	MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DOS ELETRODOS	1
		02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.00,-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	1
		02.11.07.007-6	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	1
		02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
		02.11.07.040-8	REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE	1
03.01.07.018-0	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.007-6	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	1
03.01. 07 017-2	MANUTENÇÃO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	07.01.09. 010-3	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CABO DE CONEXÃO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 011-1	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO COMPARTIMENTO/GAVETA DE BATERIAS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR	4
		07.01.09. 012-0	CONSERTO DO COMPARTIMENTO/GAVETA DE BATERIAS DA PRÓTESE	4

ANEXO IV

RELAÇÃO DAS COMPATIBILIDADES ENTRE PROCEDIMENTOS DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
04.04.01.057-1	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL	07.02.09.009-3	PRÓTESE P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	1
		02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
04.04.01.58-0	CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL	07.02.09.009-3	PRÓTESE P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	2
		02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
04.04.01.059-8	CIRURGIA PARA REVISÃO DO IMPLANTE COCLEAR SEM DISPOSITIVO INTERNO DO IMPLANTE COCLEAR	02.11.07.039-4	POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO	1
04.04.01.060-1	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 1º TEMPO	07.02.09.005-0	IMPLANTE DE TITÂNIO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
04.04.01.061-0	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 2º TEMPO	07.02.09.006-9	PILAR DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
04.04.01.062-8	CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - TEMPO ÚNICO	07.02.09.008-5	PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
04.04.01.064-4	CIRURGIA PARA REIMPLANTAÇÃO DA PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	07.02.09.005-0	IMPLANTE DE TITÂNIO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
		07.02.09.006-9	PILAR DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	1
02.11.07.037-8	AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA IMPLANTE COCLEAR	02.11.07.021-1	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	1
		02.11.07.020-3	IMITANCIOMETRIA	1
		02.11.07.004-1	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.002-5	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	1
		02.11.07.003-3	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	1
		02.11.07.024-6	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	1
		02.11.07.015-7	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	1

Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 58,62
Valor Ambulatorial Total:	R$ 58,62
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
CBO:	225275, 223810
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	107/008 – Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.02.09.008-5 - PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste em uma prótese auditiva implantável, composta por implante de titânio, pilar e áudio processador, capaz de decodificar os sons e transmiti-los diretamente para a cóclea.
Complexidade:	N/A
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 25.875,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 25.875,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	Não se aplica
Idade Máxima:	Não se aplica
Quantidade Máxima:	2
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.02.09.009-3 - PRÓTESE PARA IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL
Descrição:	Consiste em uma prótese auditiva implantável.
Origem	07.02.09.003-4
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 43.830,15
Valor Hospitalar Total:	R$ 43.830,15
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	Não se aplica
Idade Máxima:	Não se aplica
Quantidade Máxima:	2
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	03.01.07.019-9 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste no acompanhamento de paciente com implante coclear para ativação e/ou mapeamento e balanceamento dos eletrodos, avaliação do desempenho e orientações de cuidados e manutenção.
Origem	03.01.07.001-6

Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	Não se aplica
Idade Máxima:	Não se aplica
Quantidade Máxima:	2
Média de Permanência:	1
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.02.09.006-9 - PILAR DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste em um pilar intermediário encaixado entre o implante de titânio e o áudio processador da prótese auditiva ancorada no osso.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 4.398,75
Valor Hospitalar Total:	R$ 4.398,75
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	Não se aplica
Idade Máxima:	Não se aplica
Quantidade Máxima:	2
Média de Permanência:	1
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.02.09.007-7 - AUDIO PROCESSADOR DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste em um processador de som que capta o som e o transfere diretamente pelo osso à cóclea.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 - ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 15.007,50
Valor Hospitalar Total:	R$ 15.007,50
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	Não se aplica
Idade Máxima:	Não se aplica
Quantidade Máxima:	2
Serviço/classificação:	

Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.023-5 CONSERTO DO PROCESSADOR DE FALA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste no conserto do processador de fala da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.02.09.005-0 - IMPLANTE DE TITÂNIO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste em um pino ou parafuso de titânio implantado no crânio, atrás da orelha.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 6.468,75
Valor Hospitalar Total:	R$ 6.468,75

	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.020-0 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO GANCHO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do gancho da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.021-9 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO GANCHO COM MICROFONE DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do gancho com microfone da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.022-7 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO DESUMIDIFICADOR DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do desumidificador da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica

Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.018-9 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO IMÃ DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do imã da antena da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.019-7 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CARREGADOR DE BATERIA RECARREGÁVEL DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do carregador de bateria recarregável da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	

Descrição:	Consiste na substituição/troca das baterias recarregáveis da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.016-2 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CONTROLE REMOTO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do controle remoto da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.017-0 CONSERTO DO CONTROLE REMOTO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste no conserto do controle remoto da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00

Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.013-8 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca da antena da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09. 014-6 CONSERTO DA ANTENA DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste no conserto da antena da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.015-4 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DAS BATERIAS RECARREGÁVEIS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR

Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.011-1 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO COMPARTIMENTO/GAVETA DE BATERIAS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do compartimento/gaveta de baterias da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	4
CBO:	225275, 223810
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.120-0 CONSERTO DO COMPARTIMENTO/GAVETA DE BATERIAS DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste no conserto do compartimento/gaveta de baterias da prótese de implante coclear
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)

Média de Permanência:	1
Pontos	400
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
CBO:	225275
CID:	H61.3, H90.0, H90.2, H90.6, H90.8, L02.8, L03.8, L08.8, L08.9, L91.0, L91.8, L91.9, L98.4, Q16.1, Y70.2, Y72.8, Y83.1, Y83.8, Y83.9, Y84.8, Y84.9.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.064-4 - CIRURGIA PARA REIMPLANTAÇÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste na reimplantação cirúrgica do implante de titânio e pilar da prótese auditiva ancorada ao osso nos casos de complicações com perda da osteointegração do implante de titânio e/ou a necessidade de substituição do pilar. Permite apenas as OPM implante de titânio e/ou pilar.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 655,68
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.058,98
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.714,66
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	2
Média de Permanência:	1
Pontos	400
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Atributo complementar	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior; 017 Exige informação da OPM.
CBO:	225275
CID:	H61.3, H90.0, H90.2, H90.6, H90.8, L02.8, L03.8, L08.8, L08.9, L91.0, L91.8, L91.9, L98.4, Q16.1, Y70.2, Y72.8, Y83.1, Y83.8, Y83.9, Y84.8, Y84.9.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	07.01.09.010-3 SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO CABO DE CONEXÃO DA PRÓTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na substituição/troca do cabo de conexão do componente externo do implante coclear.
Complexidade:	Não se aplica
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00

Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.062-8 - CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO – TEMPO ÚNICO
Descrição:	Consiste na implantação cirúrgica do implante de titânio e do pilar da prótese auditiva ancorada no osso. Permite a OPM de implante de titânio, pilar e do áudio processador da prótese auditiva ancorada no osso.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 655,68
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.058,98
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.714,66
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	7 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
Média de Permanência:	1
Pontos	400
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Atributo complementar	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior; 017 Exige informação da OPM.
CBO:	225275
CID:	H61.3, H90.0, H90.2, H90.6, H90.8, Q16.1.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.063-6 - CIRURGIA PARA REVISÃO DA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste na revisão cirúrgica de complicações pós-implante da prótese auditiva ancorada no osso. Não permite OPM.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 175,92
Valor Hospitalar SH:	R$ 287,03
Valor Hospitalar Total:	R$ 462,95
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	2
Atributo complementar	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior

	ancorada no osso. Permite apenas a OPM de implante de titânio da prótese auditiva ancorada no osso sem o áudio processador.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 586,41
Valor Hospitalar SH:	R$ 956,78
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.543,19
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	5 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
Média de Permanência:	1
Pontos	400
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Atributo complementar	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior; 017 Exige informação da OPM.
CBO:	225275
CID:	H61.3, H90.0, H90.2, H90.6, H90.8, Q16.1.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.061-0 - CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 2º TEMPO
Descrição:	Consiste na exposição do implante de titânio da prótese auditiva ancorada no osso e acoplamento do pilar. Permite apenas a OPM do pilar e do áudio processador da prótese auditiva ancorada no osso.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 58,64
Valor Hospitalar SH:	R$ 95,68
Valor Hospitalar Total:	R$ 154,32
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	5 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
Média de Permanência:	1
Pontos	400
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Atributo complementar	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior; 017 Exige informação da OPM.
CBO:	225275
CID:	H61.3, H90.0, H90.2, H90.6, H90.8, Q16.1.

Valor Hospitalar SP:	R$ 2.040,45
Valor Hospitalar SH:	R$ 874,48
Valor Hospitalar Total:	R$ 2.914,92
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
Pontos	400
Média de Permanência:	2
Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Atributo Complementar:	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior; 017 Exige informação da OPM.
CBO:	225275
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.059-8 - CIRURGIA PARA REVISÃO DO IMPLANTE COCLEAR SEM DISPOSITIVO INTERNO DO IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na revisão ou reimplantação cirúrgica, com a recolocação/reposicionamento do feixe de eletrodos dentro da cóclea (orelha interna). Não permite OPM.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 196,70
Valor Hospitalar SH:	R$ 317,69
Valor Hospitalar Total:	R$ 514,40
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	2
Média de Permanência:	2
Pontos	400
Especialidade do Leito:	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
Atributo complementar	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior.
CBO:	225275
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H.90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	
	107/008 - Serviço Especializado de Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.060-1 - CIRURGIA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO - 1º TEMPO
Descrição:	Consiste na implantação cirúrgica do implante de titânio da prótese auditiva

Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
CBO:	225275, 223810
CID:	H83.3, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.8, H91.9, H93.2.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.057-1 - CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL
Descrição:	Consiste na implantação cirúrgica unilateral de feixe de eletrodos posicionado dentro da cóclea com objetivo de substituir parcialmente as funções da orelha interna (cóclea), transformando os sinais sonoros em sinais elétricos.
Origem:	04.04.01.014-8
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 1.058,98
Valor Hospitalar SP:	R$ 655,68
Valor Hospitalar Total:	R$ 1.714,66
Sexo	Ambos
Idade Mínima:	0 Mes(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
Pontos	400
CBO	225275
Leito	01 – Cirúrgico; 07 - Pediátrico
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Atributo Complementar:	001 Inclui valor da anestesia; 004 Admite permanência à maior; 017 Exige informação da OPM.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	04.04.01.058-0 - CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL
Descrição:	Consiste na implantação cirúrgica bilateral de feixe de eletrodos posicionado dentro da cóclea com objetivo de substituir parcialmente as funções da orelha interna (cóclea), transformando os sinais sonoros em sinais elétricos.
Origem:	04.04.01.014-8
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	02 – Hospitalar
Instrumento de Registro:	03 – AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 0,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 0,00

Valor Ambulatorial Total:	R$ 46,56
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	5 Ano(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
CBO:	225275,2238
CID:	H61.3, H90.0, H90.2, H90.6, H90.8, Q16.1.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	03.01.07.017-2 – MANUTENÇÃO DA PROTESE DE IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na troca ou substituição dos componentes externos do implante coclear.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	03 – APAC (proced. principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 1.226,35
Valor Ambulatorial Total:	R$ 1.226,35
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
CBO:	225275, 223810
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	03.01.07.018-0 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste no acompanhamento de paciente com prótese auditiva ancorada no osso para adaptação do áudio processador, avaliações do desempenho e orientações de cuidados e manutenção.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 58,62
Valor Ambulatorial Total:	R$ 58,62
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos

Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	2
CBO:	225275, 223810
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	02.11.07.040-8 – REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE
Descrição:	Consiste na pesquisa do reflexo estapediano estimulado com sinal elétrico do implante coclear
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	05 - AIH (Proc. Secundário), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 46,00
Valor Ambulatorial Total:	R$ 46,00
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	2
CBO:	225275, 223810
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	02.11.07.041-6 - AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO
Descrição:	Consiste na avaliação dos candidatos a prótese auditiva ancorada no osso realizada pela equipe multidisciplinar, incluindo as seguintes avaliações: avaliação otorrinolaringológica, avaliação psicológica, avaliação de serviço social, avaliação audiologica (audiometria tonal limiar ou audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria condicionada lúdica por via aérea e via óssea; logoaudiometria (LDV, LRF, IRF); imitanciometria, potencial evocado auditivo de curta, média e/ou longa latência, emissões otoacústicas evocadas transiente e/ou produto de distorção e pesquisa do ganho funcional e, avaliação de linguagem.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 46,56

Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	1
CBO:	225275, 223810
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	02.11.07.038-6– MAPEAMENTO E BALANCEAMENTO DOS ELETRODOS
Descrição:	Consiste nos procedimentos de programação e balanceamento dos eletrodos, ou seja, estabelecer os parâmetros, em cada mapa, de como será a conversão dos sinais acústicos em elétricos e medir os níveis de corrente necessários para a estimulação elétrica em níveis audíveis e confortáveis em todo o feixe de eletrodos, estabelecendo a área dinâmica para estimulação elétrica.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 – Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 33,91
Valor Ambulatorial Total:	R$ 33,91
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00
Sexo:	Ambos
Idade Mínima:	0 Mês(s)
Idade Máxima:	130 Ano(s)
Quantidade Máxima:	2
CBO:	225275, 223810
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.
Serviço/classificação:	107/008 - Serviço Especializado de Atenção às pessoas com Deficiência Auditiva
Habilitação:	0305 - Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva

Procedimento:	02.11.07.039-4 – POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO
Descrição:	Consiste na pesquisa do potencial evocado eletricamente no sistema auditivo utilizando o próprio implante para eliciar o estímulo elétrico (usando o processador de fala) e registrando a resposta por meio do equipamento de potenciais evocados.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial, 02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro:	05 - AIH (Proc. Especial), 07 - APAC (Proc. Secundário)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 93,76
Valor Ambulatorial Total:	R$ 93,76
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00

ANEXO III

PROCEDIMENTOS PARA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA NA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS

A. PROCEDIMENTOS ALTERADOS

Procedimento:	02.11.07.007-6- AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL
Instrumento de Registro:	01 - BPA (Consolidado) 02 – BPA (Individualizado) 05 - AIH (Proc. Secundário) 07 – APAC (Proc. Secundário)

Procedimento:	03.01.07.001-6 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE C/ IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste no acompanhamento de paciente com implante coclear para ativação e/ou mapeamento e balanceamento dos eletrodos, avaliação do desempenho e orientações de cuidados e manutenção.
CID:	H80.2, H83.3, H83.8, H83.9, H90.3, H90.6, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.3, H93.8, H93.9, H94.0.

Procedimento:	07.02.09.003-4 - PROTESE P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL
Descrição:	Consiste em uma prótese auditiva implantável

Procedimento:	04.04.01.014-8 - IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na implantação cirúrgica unilateral de feixe de eletrodos posicionado dentro da cóclea com objetivo de substituir parcialmente as funções da orelha interna (cóclea), transformando os sinais sonoros em sinais elétricos.
Quantidade Máxima:	1

B. PROCEDIMENTOS INCLUÍDOS

Procedimento:	02.11.07.037-8 - AVALIAÇÃO E SELEÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA PARA IMPLANTE COCLEAR
Descrição:	Consiste na avaliação dos candidatos ao implante coclear realizada pela equipe multidisciplinar, incluindo as seguintes avaliações: avaliação otorrinolaringológica, avaliação psicológica, avaliação de serviço social, avaliação audiológica (audiometria tonal limiar ou audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria condicionada lúdica por via aérea e via óssea; logoaudiometria (LDV, LRF, IRF); imitanciometria, potencial evocado auditivo de curta, média e/ou longa latência, emissões otoacústicas evocadas transiente e/ou produto de distorção e pesquisa do ganho funcional) e avaliação de linguagem.
Complexidade:	AC – Alta Complexidade
Modalidade:	01 - Ambulatorial
Instrumento de Registro:	APAC (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento:	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)
Valor Ambulatorial SA:	R$ 46,56
Valor Ambulatorial Total:	R$ 46,56
Valor Hospitalar SP:	R$ 0,00
Valor Hospitalar SH:	R$ 0,00
Valor Hospitalar Total:	R$ 0,00

mapeamento), avaliação dos limiares em campo livre com o Implante e avaliações e orientações clínicas pertinentes. ( ) Sim ( ) Não

Frequência dos acompanhamentos:

Crianças:

- Primeiro ano de uso: 6 (seis) acompanhamentos
- Segundo ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos
- Terceiro ano de uso:
  Para crianças de até três anos de idade: 4 (quatro) acompanhamentos
  Para crianças com mais de três anos de idade: 2 (dois) acompanhamentos
- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

Adultos:

- Primeiro ano de uso: 4 (quatro) acompanhamentos;
- Segundo ano de uso: 2 (dois) acompanhamentos;
- A partir do quarto ano: anualmente (uma vez/ano).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Anexar cópia do diploma de graduação, títulos, curso de capacitação e comprovantes de experiência dos profissionais.

INTERESSE DO GESTOR (ESTADUAL OU MUNICIPAL) NO CREDENCIAMENTO:

_____

_____

_____

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada *in loco*, no dia___/___/_____a Instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS nº XXX, de XXX de XXX de 2013.

OBSERVAÇÕES:

_____

_____

_____

_____

LOCAL / DATA: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR: _____

l - Conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
m - Caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
n - Materiais pedagógicos ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
o - Espelho Fixo ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
p - Televisão e vídeo para o trabalho com crianças ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
q - Conjunto básico de instrumentos musicais ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
r - Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica ( ) Sim ( ) Não
Quantos:

9. - Recursos Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
a - Laboratório de Análises Clínicas que realize exames na unidade, disponíveis nas 24 horas do dia de hematologia, bioquímica; microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise.
( ) Sim ( ) Não
O Laboratório deverá participar de Programa de Controle de Qualidade

b - Serviço de Imagenologia: equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética. O serviço de Imagenologia deverá participar de Programa de Controle de Qualidade. ( ) Sim ( ) Não

c - Hemoterapia disponível nas 24 horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente. ( ) Sim ( ) Não

d - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS, conforme legislação vigente.
( ) Sim ( ) Não
10. - Registro de Pacientes
Os estabelecimentos devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames e tratamentos prévios, todos devidamente escritos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.
Informações e procedimentos mínimos:
- Identificação do paciente ( ) Sim ( ) Não
- Histórico clínico e audiológico ( ) Sim ( ) Não
- Diagnóstico ( ) Sim ( ) Não
- Indicação do Implante Coclear ( ) Sim ( ) Não
- Descrição do ato cirúrgico ( ) Sim ( ) Não
- Condições na alta hospitalar e na retirada dos pontos ( ) Sim ( ) Não
- Acompanhamento do paciente com implante coclear nas etapas, conforme anexo I - Diretrizes Gerais para a Atenção às Pessoas com Deficiência Auditiva no âmbito hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS, item D:
Transoperatório: potencial evocado eletricamente no sistema auditivo (telemetrias - impedância e compliância dos eletrodos, telemetria de respostas neurais) ( ) Sim ( ) Não
Ativação: do dispositivo interno (eletrodo), com adaptação da unidade externa, no prazo máximo de 45 dias após o ato cirúrgico (salvo nos casos de contraindicação clínica). Na ocasião deverão ser realizadas: telemetria neural, impedância dos eletrodos, medidas psicofísicas do implante coclear (programação ou

Quantos:
m - monitor de transporte ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
n - monitor de pressão não invasiva ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
o - aquecedor de sangue ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
p - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
q - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
r - 02 bombas de infusão, no mínimo ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
s - 01 termômetro termoeletrônico ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
t - Equipamento de telemetria para aferição pós-operatório ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
u - Sistema motor (brocas cirúrgicas) ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
v - Sistema de video documentação ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
w - Condições bloco cirúrgico - favorável ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
x - Condições anestésicas - favorável ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
y - Condições UTI - favorável ( ) Sim ( ) Não

8.3 - Dos materiais de avaliação e reabilitação audiológica:
a - Cabina acústica ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
b - Audiômetro de dois canais ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
c - Imitanciômetro multifrequencial ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
d - Sistema de campo livre ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
e - Sistema completo de reforço visual ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
f - Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção) ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
g - Potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
h - Equipamento de verificação eletroacústica – ganho de inserção ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
i - Interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc) ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
j - Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos) ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
k - Programas de computação periféricos para programação de AASI ( ) Sim ( ) Não
Quantos:

( ) Sim ( ) Não

Quantos:

OBSERVAÇÕES:

a - deverão ser utilizados equipamentos de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, do Ministério da Saúde - MS.

b - fica a critério do estabelecimento a escolha do equipamento mais indicado para cada caso.

8 – Materiais e equipamentos

8.1 - Dos materiais de atendimento otorrinolaringológico/ otológica:

a - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial	( ) Sim ( ) Não
b - aspirador otológico de secreção	( ) Sim ( ) Não
c - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico)	( ) Sim ( ) Não
d - cureta para remoção de cerúmen	( ) Sim ( ) Não
e - equipo de ORL	( ) Sim ( ) Não
f - espéculo auricular (20 unidades)	( ) Sim ( ) Não
g - espéculo nasal metálico (10 unidades)	( ) Sim ( ) Não
h - estilete para retirada de corpo estranho	( ) Sim ( ) Não
i - estilete porta algodão	( ) Sim ( ) Não
j - fotóforo	( ) Sim ( ) Não
k - otoscópio	( ) Sim ( ) Não
l - ponta de aspiração otológica	( ) Sim ( ) Não
m - seringa metálica de 100 ml para remoção de cerumem	( ) Sim ( ) Não

8.2 - Dos materiais destinados à atividade cirúrgica

a - Microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
b - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
c - Monitor nervo facial transoperatório	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
d - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
e - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
f – notebook	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
g - raio X intraoperatório	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
h - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
i - analisador de gases anestésicos	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
j - capnógrafo	( ) Sim ( ) Não
Quantos:	
k - desfibrilador com pás externas e internas	( ) Sim ( )Não
Quantos:	
l - oximetro de pulso	( ) Sim ( ) Não

b - diagnóstico por imagem ( ) Sim ( ) Não
Quantos:

c - farmácia ( ) Sim ( ) Não
Quantos:

OBSERVAÇÕES:
Os estabelecimentos poderão contratar serviços especializados de terceiros a seu critério e responsabilidade, desde que isso não comprometa a integralidade e interdisciplinaridade do tratamento ofertado ao paciente.

7 - Instalações físicas:
O Estabelecimento possui:
a - Consultório Médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia, incluindo microscópio otológico ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
b - Consultórios Médicos para as diferentes especialidades médicas (neurologia, genética e pediatria
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
c - Serviço de Audiologia Clínica com salas equipadas com: cabine acústica, VRA, audiômetro, imitanciômetro, BERA, amplificadores coletivos, vibradores táteis, ganho de inserção e emissões otoacústicas, equipamentos para testes perceptuais e conjuntos para teste de diferentes modelos de AASI, Hardware, Software e periféricos para ativação, mapeamento e balanceamento de eletrodos
( ) Sim ( ) Não
d - Sala para avaliação e terapia fonoaudiológica
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
e - Sala para atendimento psicológico e serviço social
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
f - Sala para serviços administrativos
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
g - Sala de recepção e de espera para acompanhantes
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
h - Área de arquivo médico e registro de pacientes
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
i - Depósito de material de limpeza
( ) Sim ( ) Não
Quantos:
j - Área para guardar materiais/ equipamentos

Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____
e - Anestesiologista: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____
f - Enfermagem: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____

5. Equipe Complementar:
a - Neurologista: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
b - Neuropediatra: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
c - Geneticista ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
d - Clínico Geral ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
e - Pediatra ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
f - cardiologista ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____
g - cirurgião plástico ( ) Sim ( ) Não
Quantos: ( )
Nome:_____
Especialidade_____
h – nutricionista ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade_____

6. Infraestrutura Hospitalar:
a – Laboratório clínico ( ) Sim ( ) Não
Quantos:

2. Registro das informações do paciente em Serviço de Arquivo médico: ( ) Sim ( ) Não
Prontuário único para cada paciente contendo todos os tipos de atendimentos a ele referentes conforme item 2, do anexo II.

3. Recursos Humanos:
3.1 O Serviço conta com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, devidamente habilitado.
( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Registro Profissional: _____

3.1.1. O técnico é responsável por um único serviço credenciado pelo SUS ( ) Sim ( ) Não
3.1.2 - O técnico responsável reside no mesmo município ou cidade circunvizinha do serviço que está solicitando o credenciamento ( ) Sim ( ) Não

3.2. O Estabelecimento dimensiona a sua equipe multiprofissional de acordo com os parâmetros de equipe mínima e qualificação profissional ( ) Sim) Não

4. Equipe básica (mínima):
a - Otorrinolaringologista: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____ Especialidade:_____
Nome:_____ Especialidade:_____
Nome:_____ Especialidade:_____

O Estabelecimento Possui:
- Residência Médica em Otorrinolaringologia ou título de especialista em otorrinolaringologia.
( ) Sim ( ) Não
- Experiência em cirurgia otológica, com a carga horária exigida na Residência Médica.
( ) Sim ( ) Não
- curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos.( ) Sim ( ) Não
b - Fonoaudiólogo: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
- 02 Fonoaudiólogos com especialização em audiologia clínica e com curso teórico prático de 60 horas e estágio prático de 80 horas em ambulatório, acompanhamento de 10 cirurgias de IC em adulto e 10 cirurgias de implante coclear em criança comprovados nos Serviços de Implante Coclear habilitados no mínimo há 10 anos. ( ) Sim ( ) Não
Nome:_____
Especialidade:_____
Nome:_____
Especialidade:_____
Nome:_____
Especialidade:_____
Nome:_____
Especialidade:_____
c - Psicólogo: ( ) Sim ( ) Não
Quantos:
Nome:_____
Especialidade:_____
d - Assistente Social: ( ) Sim ( ) Não

ANEXO I

PROPORCIONALIDADE

CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR (UNI OU BILATERAL)	CIRURGIA DE PROTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO	CIRURGIAS OTOLOGICAS	CONSULTAS MÉDICAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS
08	1	32	80

ANEXO II

FORMULÁRIO DE VISTORIA DO GESTOR PARA HABILITAÇÃO DO ESTABELECIMENTO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Nome do estabelecimento: _____
CNPJ: _____ CNES: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefones: ( ) _____
Fax: ( ) _____
E-mail: _____
Diretor Técnico: _____
Telefones: ( ) _____ Fax: ( ) _____
E-mail: _____
Gestor: _____ Telefones: ( ) _____
Fax: ( ) _____
E-mail: _____

NORMAS ESPECÍFICAS PARA HABILITAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A) EXIGÊNCIAS GERAIS:

1. Parecer conclusivo do respectivo Gestor (Municipal e/ou Estadual) do SUS – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao credenciamento:
_____
_____
_____
_____

2. A aprovação da habilitação foi pactuada em CIB: ( ) Sim ( ) Não
Informar CIB Nº: _____ Data: _____ de _____ de _____.

3. Relatório de vistoria da VISA local com parecer conclusivo sobre a habilitação em pauta:
( ) Sim ( ) Não

B) EXIGÊNCIAS ESPECÍFICAS:

1. Dispõe de estrutura física e funcional, com equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada às pessoas com doenças otológicas e em especial às pessoas com deficiência auditiva a nível hospitalar. ( ) Sim ( ) Não

Art. 35. Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, ocorrerão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 36.Caberá à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS), adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS) para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 37. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais nos sistemas na competência seguinte à sua publicação.

Art. 38. Fica revogada a Portaria nº 1.278/GM/MS, de 20 de outubro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 202, Seção 1, do dia seguinte, p. 90.

ARTHUR CHIORO

normas constantes deste ato normativo e requererem nova habilitação também nos termos deste ato normativo, sob pena de revogação da atual habilitação pelo Ministério da Saúde.

CAPITULO VII
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Compete ao estabelecimento de saúde da Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva avaliar e ofertar, dentro do período de garantia, as trocas e manutenções das OPME relacionadas à assistência que trata esta Portaria, após autorização do respectivo gestor.

Art. 26. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão as providências necessárias ao cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, podendo estabelecer normas de caráter suplementar, a fim de adequá-las às especificidades locais ou regionais.

Art. 27. Eventual complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações previstas nesta Portaria é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e CIR.

Art. 28. Fica incluída a classificação 008 (Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva) no serviço de código 107 (Serviço de Atenção à Saúde Auditiva) da tabela de serviço/classificação do SCNES.

Art. 29. Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, os procedimentos descritos no item "A" do anexo III a esta Portaria.

Art. 30. Ficam incluídos, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, os procedimentos descritos no item "B" do anexo III a esta Portaria.

Art. 31. Ficam incluídas as compatibilidades entre os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS relacionados no Anexo IV a esta Portaria.

Art. 32. A Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) emitida para a realização do procedimento de manutenção da prótese de implante coclear (03.01.07.017-2) terá validade fixa de 12 (doze) competências.

§ 1º Na APAC inicial do procedimento descrito no "caput" do art. 13 deverá ser registrado o procedimento principal de manutenção com o quantitativo 1 (um), compatibilizando-o com os procedimentos secundários necessários e quantificados.

§ 2º A partir da segunda competência (APAC de continuidades), se houver necessidade de trocas, o procedimento principal de manutenção da prótese de implante coclear (03.01.07. 017-2) deverá ser registrado com o quantitativo zerado e os respectivos procedimentos secundários quantificados, durante o período de validade da APAC.

Art. 33. Os procedimentos incluídos nos termos do disposto no anexo III - B, e deverão ser utilizados pelos estabelecimentos habilitados em Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva, de acordo com o estabelecido no Capítulo IV.

Art. 34. As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem estabelecer fluxos assistenciais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva.

Art. 18. O monitoramento descrito no art. 17 não exonera a Secretaria de Saúde do respectivo ente federativo de avaliar, anualmente, o estabelecimento de saúde que lhe é vinculado, ou, ainda, em virtude de recomendação da CGMAC/DAET/SAS/MS, no que tange ao cumprimento das metas descritas no art. 12.

§ 1º Os relatórios gerados, incluindo avaliações anuais, qualitativas e quantitativas dos estabelecimentos produzidos, deverão ser encaminhados à CGMAC/DAET/SAS/MS para análise.

§ 2º A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio da CGMAC/DAET/SAS/MS, determinará o descredenciamento ou a manutenção da habilitação, amparado no cumprimento das normas estabelecidas nesta Portaria, nos relatórios periódicos de avaliação e na produção anual.

Art. 19. O repasse dos incentivos financeiros de que trata esta Portaria será imediatamente interrompido quando:

I - constatada, durante o monitoramento, a inobservância dos requisitos de habilitação e das demais condições previstas nesta Portaria; e

II - houver falha na alimentação do SIA/SUS e SIH/SUS, por período igual ou superior a 3 (três) competências consecutivas, conforme determinação contida na Portaria nº 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010.

Parágrafo único. Uma vez interrompido o repasse do incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido após novo procedimento de habilitação, em que fique demonstrado o cumprimento de todos os requisitos previstos nesta Portaria, hipótese em que o custeio voltará a ser pago, sem efeitos retroativos, a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

Art. 20. Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos das Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 3.134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

Art. 21. Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

Art. 22. Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Art. 23. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 24. Os estabelecimentos atualmente habilitados em 0301 (Centros/Núcleos para Realização de Implante Coclear), segundo as regras da Portaria nº 1.278/GM/MS, de 20 de outubro de 1999, terão o prazo de 12 (doze) meses, a partir da publicação desta Portaria, para se adequarem às

Art. 15. Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais, constantes no anexo III - B a esta Portaria, serão financiados por meio do Teto de Média e Alta Complexidade (MAC), pós-produção, em conformidade com o limite financeiro estabelecido em portaria específica.

§ 1º Farão jus ao recebimento do recurso financeiro de que trata o "caput" os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva.

§ 2º O repasse dos recursos de que trata este artigo ocorrerá em conformidade com a produção dos respectivos procedimentos informados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), observado o limite financeiro estabelecido.

§ 3º O recurso financeiro previsto no "caput" será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos entes federativos beneficiários, respeitando-se a especificidade do serviço.

§ 4º Os recursos para financiamento dos procedimentos de que trata o "caput" permanecerão, por um período de 6 (seis) meses, sendo efetivados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para a formação de série histórica necessária à sua incorporação ao Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme será definido em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

CAPÍTULO V
DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 16. Os estabelecimentos de saúde habilitados a prestarem a Atenção Especializada às Pessoas com deficiência auditiva no âmbito do SUS estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde.

Art. 17. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), em conjunto com a CGMAC/DAET/SAS/MS, monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário, de acordo com as informações constantes no SIA/SUS e no SIH/SUS.

§ 1º O estabelecimento de saúde que não cumprir as metas estabelecidas no art. 12 será notificado a respeito.

§ 2º No caso do § 1º , o gestor público de saúde interessado em manter a habilitação do serviço encaminhará, ao Ministério da Saúde, justificativa sobre o não cumprimento da produção mínima exigida, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da notificação.

§ 3º O Ministério da Saúde analisará a justificativa de que trata o § 2º e decidirá pela manutenção da habilitação ou pela desabilitação do estabelecimento hospitalar.

§ 4º A desabilitação referida no § 3º será processada pela edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, com indicação do ente federativo desabilitado, nome e código SCNES do serviço desabilitado e o tipo de habilitação cancelada.

§ 5º O ente federativo desabilitado fica obrigado a restituir ao Ministério da Saúde os valores referentes ao período no qual não tenha cumprido as metas mínimas.

§ 5º Os exames de tomografia e ressonância magnética poderão ser realizados por terceiros, instalados dentro ou fora da estrutura ambulatório-hospitalar, desde que sejam cadastrados no SCNES nessa qualidade.

Art. 12. O estabelecimento de saúde habilitado em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve realizar, no mínimo:

I - 24 (vinte e quatro) atos operatórios de implantes cocleares ao ano;

II - 3 (três) cirurgias de prótese auditiva ancorada no osso ao ano;

III - 144 (cento e quarenta e quatro) cirurgias otológicas ao ano, listadas no anexo II a esta Portaria, em pacientes do SUS; e

IV - 480 (quatrocentos e oitenta) consultas otorrinolaringológicas ao ano.

Art. 13. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir prontuário único para cada paciente, no qual devem ser incluídos todos os atendimentos a ele referentes, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

I - identificação do paciente;

II - histórico clínico;

III - avaliação inicial;

IV - indicação do procedimento cirúrgico, de acordo com o protocolo estabelecido;

V - descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica, contendo:

a) identificação da equipe; e

b) descrição cirúrgica, incluindo materiais usados e seus respectivos registros nacionais, quando existirem, para controle e rastreamento de implantes;

VI - descrição da evolução;

VII - sumário de alta hospitalar;

VIII - ficha de registro de infecção hospitalar; e

IX - evolução ambulatorial.

Art. 14. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão possuir rotinas e normas escritas, anualmente atualizadas e assinadas pelo Responsável Técnico pelo Serviço, devendo abordar todos os processos envolvidos na assistência e na administração, contemplando os seguintes itens:

I - manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos;

II - avaliação dos pacientes;

III - indicação do procedimento cirúrgico;

IV - protocolos médico-cirúrgicos;

V - protocolos de enfermagem;

VI - protocolos de avaliação auditiva;

VII - protocolos para Suporte nutricional;

VIII - controle de Infecção Hospitalar;

IX - acompanhamento ambulatorial dos pacientes;

X - protocolo de acompanhamento, manutenção preventiva e reabilitação fonoaudiológica;

XI - avaliação de satisfação do cliente; e

XII - escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados.

CAPITULO IV
DO FINANCIAMENTO

V - computador e periféricos para monitoramento intra-operatório para telemetria de respostas neurais (NRT) e outras provas;
VI - notebook;
VII - raio X intraoperatório;
VIII - interfaces e softwares para testes eletrofisiológicos intraoperatório e pós-operatório;
IX - analisador de gases anestésicos;
X - capnógrafo;
XI - desfibrilador com pás externas e internas;
XII - oxímetro de pulso;
XIII - monitor de transporte;
XIV - monitor de pressão não invasiva;
XV - aquecedor de sangue;
XVI - respirador a volume, com misturador tipo blender microprocessado;
XVII - possibilidade de filtro bacteriológico, no aparelho respirador ou anestésico;
XVIII - pelo menos 2 (duas) bombas de infusão; e
XIX - 1 (um) termômetro termoeletrônico.

§ 3º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais de avaliação e reabilitação audiológica:
I - cabina acústica;
II - audiômetro de dois canais;
III - imitanciômetro multifrequencial;
IV - sistema de campo livre;
V - sistema completo de reforço visual;
VI - emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção);
VII - potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência;
VIII - equipamento de verificação eletroacústica – ganho de inserção;
IX - interface de programação com todas as marcas de AASI (ex: HI-PRO, etc);
X - conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos);
XI - programas de computação periféricos para programação de AASI;
XII - conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate;
XIII - caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem;
XIV - materiais pedagógicos;
XV - espelho Fixo;
XVI - televisão e vídeo para o trabalho com crianças;
XVII - conjunto básico de instrumentos musicais; e
XVIII - brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes recursos auxiliares de diagnóstico e terapia:
I - laboratório de análises clínicas, participante de programa de controle de qualidade, que realize exames de hematologia, bioquímica, microbiologia, gasometria, líquidos orgânicos e uroanálise, devendo o serviço estar disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia;
II - serviço de imagenologia integrante de programa de controle de qualidade, dotado de equipamento de Rx convencional de 500 mA fixo, equipamento de Rx portátil, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética;
III - hemoterapia disponível nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, por Agência Transfusional (AT) ou estrutura de complexidade maior, conforme legislação vigente; e
IV - Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com leitos habilitados pelo SUS.

neuropediatra, neurologista, pediatra, radiologista, cardiologista, anestesista, cirurgião plástico e geneticista, todos residentes no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas.

Parágrafo único. Além da equipe complementar descrita no "caput", os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão prestar, na mesma área física, serviços de suporte, próprios ou contratados, nas seguintes áreas:

I - nutrição;
II - farmácia;
III - hemoterapia; e
IV - radiologia.

Art. 10. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de:

I - consultório médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia;
II - consultórios médicos para as diferentes especialidades médicas;
III - salas para o serviço de Audiologia Clínica;
IV - salas para avaliação e terapia fonoaudiológica;
V - salas para atendimento psicológico e para atendimento em serviço social;
VI - salas para serviços administrativos;
VII - recepção e sala de espera para acompanhantes;
VIII - área para arquivo médico e registro de pacientes;
IX - depósito de material de limpeza; e
X - área para guarda de materiais e equipamentos.

Art. 11. Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverão dispor de todos os materiais e equipamentos necessários, em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assegurar a qualidade dos serviços de enfermagem, fonoaudiologia, nutricional e dietético, possibilitando o diagnóstico, o tratamento e o respectivo acompanhamento médico.

§ 1º Para o atendimento otorrinolaringológico ou otológico, os estabelecimentos de saúde deverão possuir os seguintes materiais:

I - instrumental em otorrinolaringologia para atendimento ambulatorial;
II - aspirador otológico de secreção;
III - cadeira com comando elétrico ou mecânico (para exame físico);
IV - cureta para remoção de cerumem;
V - equipo de otorrinolaringologia (ORL);
VI - 20 (vinte) unidades de espéculo auricular;
VII - 10 (dez) unidades de espéculo nasal metálico;
VIII - estilete para retirada de corpo estranho;
IX - estilete porta algodão;
X - fotóforo;
XI - otoscópio;
XII - ponta de aspiração otológica; e
XIII - seringa metálica de 100 (cem) mililitros (ml) para remoção de cerumem.

§ 2º O serviço cirúrgico do estabelecimento de saúde deverá dispor de uma sala de cirurgia equipada com:

I - microscópio cirúrgico, com vídeo e possibilidade de documentação científica;
II - dois sistemas de brocas cirúrgicas com motor de alta rotação;
III - monitor de nervo facial para uso transoperatório;
IV - instrumental específico para cirurgia otológica de grande porte;

Art. 7º O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deve contar com um responsável técnico, médico otorrinolaringologista, com título de especialista da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial (ABORLCCF) e/ou certificado de Residência Médica na especialidade, emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC).

§ 1º O médico referido no "caput" deste artigo somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único estabelecimento de saúde cadastrado no SUS, devendo residir no mesmo Município ou em cidades circunvizinhas.

§ 2º A responsabilidade técnica assumida pelo médico não o impede de exercer a medicina em outro estabelecimento de saúde credenciado pelo SUS.

§ 3º A equipe deve contar com, pelo menos, mais um médico otorrinolaringologista, especialista pela (ABORLCCF) ou titular de certificado de Residência Médica em Otorrinolaringologia emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo MEC.

Art. 8º O estabelecimento de saúde habilitado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá disponibilizar atendimento de enfermaria, ambulatorial e de intercorrências clínicas e cirúrgicas do pós-operatório.

§ 1º Para a prestação dos serviços de saúde descritos no "caput", o estabelecimento de saúde deverá contar com equipe composta, no mínimo, dos seguintes profissionais:

I - 2 (dois) Médicos Otorrinolaringologistas, com curso teórico prático de 60 (sessenta) horas em implante coclear e prótese ancorada no osso, estágio prático de 80 (oitenta) horas em ambulatório e acompanhamento de 10 (dez) cirurgias em adulto e 10 (dez) cirurgias em criança, realizadas nos Serviços de Implante Coclear habilitados, no mínimo, há 10 (dez) anos.

II - 4 (quatro) fonoaudiólogos, sendo 2 (dois) deles com especialização em audiologia clínica e curso teórico prático de 60 (sessenta) horas em implante coclear e prótese ancorada no osso, estágio prático ambulatorial de 80 (oitenta) horas e acompanhamento de 10 (dez) cirurgias em adultos e 10 (dez) cirurgias em crianças, realizadas nos Serviços de Implante Coclear habilitados, no mínimo, há 10 (dez) anos.

III - psicólogo, em quantitativo suficiente para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados;

IV - 1 (um) assistente social exclusivo para o atendimento ambulatorial pré-cirúrgico de pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e/ou prótese auditiva ancorada no osso e para o acompanhamento pós-cirúrgico de pacientes implantados;

V - anestesiologista, com Certificado de Residência Médica reconhecido pelo MEC em Anestesia ou Título de Especialista em Anestesiologia emitido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; e

VI - na área de enfermagem, a equipe deve possuir 1 (um) enfermeiro coordenador, e, ainda, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento de enfermaria.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde atualmente habilitados que possuam 10 (dez) anos de habilitação junto ao Ministério da Saúde ou no mínimo 240 (duzentos e quarenta) implantes realizados estão isentos de apresentarem o curso teórico prático exigido para o médico otorrinolaringologista e para os fonoaudiólogos.

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde habilitados à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva devem possuir, também, equipe complementar composta de clínico geral,

§ 1º O requerimento referido no "caput" será apreciado pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, que, se concordar, formalizará o processo e encaminhará à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAET/SAS/MS), os seguintes documentos:

I - parecer conclusivo do gestor de saúde quanto ao credenciamento do interessado à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva;

II - formulário de vistoria, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sas, preenchido e assinado pelo respectivo gestor de saúde;

III - relatório de vistoria local;

IV - resolução do Colegiado Intergestores Regional (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou, quando for o caso, do Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), contendo pactuação das ações e dos serviços necessários para a assistência à Atenção Especializada às pessoas com Deficiência Auditiva;

V - declaração do impacto financeiro do serviço a ser habilitado, contendo a meta física e financeira, segundo os valores dos procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS; e

VI - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no SCNES.

§ 2º Na habilitação em Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será respeitada a seguinte ordem:

I - estabelecimentos de saúde públicos;

II - estabelecimentos de saúde privados filantrópicos; e

III - estabelecimento de saúde privados com fins lucrativos.

§ 3º A Região de Saúde que já contemplar um estabelecimento com Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva e solicitar mais uma habilitação deverá justificar essa necessidade, apresentando as seguintes informações:

I - realidade locorregional;

II - demanda reprimida; e

III - produção anual mínima estabelecida para cirurgias de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso e seus respectivos acompanhamentos, conforme estabelecido no art. 12.

Art. 5º O Ministério da Saúde avaliará os documentos encaminhados pela Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, referidos no art. 4º, podendo visitar o estabelecimento de saúde interessado para confirmar as informações apresentadas pelo gestor de saúde estadual ou distrital.

Parágrafo único. Caso concorde com as informações apresentadas pela Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, o Ministro de Estado da Saúde publicará ato específico no Diário Oficial da União, habilitando o estabelecimento de saúde interessado à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva.

CAPÍTULO III
DAS CONDIÇÕES TÉCNICAS DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE HABILITADOS À ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Art. 6º A Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva será realizada pelos estabelecimentos de saúde que ofereçam apoio diagnóstico e terapêutico especializado, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento ambulatorial e hospitalar, na mesma estrutura física.

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O cuidado na Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva, em especial a indicação para tratamento cirúrgico e respectivo acompanhamento ambulatorial, deve obedecer aos critérios estabelecidos nas diretrizes gerais para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, disponibilizada no endereço eletrônico http://www.portal.saude.gov.br.

CAPÍTULO II
DOS CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Art. 3º O estabelecimento de saúde a ser habilitado deve oferecer ou promover ações e serviços de saúde em:

I - promoção e prevenção das afecções otológicas e déficit auditivo, as quais devem ser desenvolvidas de maneira articulada com os programas e normas definidas pelo Ministério da Saúde, e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

II - diagnóstico e tratamentos clínico e cirúrgico destinados ao atendimento de pacientes com doenças otológicas e déficit auditivo, complementando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo:

a) atendimento ambulatorial e hospitalar de otorrinolaringologia, conforme o estabelecido na RAS pelo gestor local, mediante termo de compromisso firmado entre as partes, onde deverá constar a quantidade de consultas médicas otorrinolaringológicas a serem ofertadas, de acordo com o número total mínimo de cirurgia de implante coclear, prótese auditiva ancorada no osso e cirurgias otológicas, conforme detalhado no art. 12 e a proporcionalidade definida no anexo I; e

b) exames de diagnose e terapia em otologia e fonoaudiologia, conforme procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS disponível no endereço eletrônico www.sigtap.datasus.gov.br, os quais estarão disponíveis para a RAS, cujos quantitativos serão acordados pelo gestor local;

c) salas de cirurgia exclusivas ou eletivas, com possibilidade de reserva programada e disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório;

III - atendimento de urgência nos casos de alterações otológicas e déficit auditivo, que funcione 24 (vinte e quatro) horas por dia, mediante termo de compromisso firmado com o gestor local do SUS; e

IV - reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, a fim de restituir sua capacidade funcional.

Art. 4º O estabelecimento de saúde interessado na habilitação à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva deverá apresentar requerimento à Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal ou do Município, contendo os seguintes documentos:

I - documento de solicitação/aceitação de credenciamento por parte do estabelecimento de saúde assinado pelo diretor do hospital;

II - indicação do médico especialista em otorrinolaringologia como responsável técnico, devidamente cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

III - relação da equipe do serviço, devidamente cadastrada no SCNES, com as respectivas titulações, conforme exigência do art. 8º desta Portaria.

PORTARIA Nº

Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 de Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.328/SAS/MS, de 3 de dezembro de 2012, que aprova as Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 18/SCTIE/MS, de 10 de junho de 2014, que torna publica a decisão de incorporar procedimentos relativos à assistência hospitalar à saúde auditiva (implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso) no SUS;

Considerando a Deliberação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) nº 69 de 2013;

Considerando que, em determinados casos de deficiência auditiva, há a necessidade de se utilizar recursos e tecnologia mais avançados para sua recuperação e reabilitação;

Considerando a necessidade de atualizar os critérios de indicação e contraindicação da cirurgia de implante coclear, e estabelecer os critérios de indicação e contraindicação da cirurgia de prótese auditiva ancorada no osso nos serviços habilitados pelo SUS;

Considerando a magnitude social da deficiência auditiva na população brasileira e suas consequências; e

Considerando a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da deficiência, por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas, resolve:

Estudo	Desenho	Amostra	População	Intervenção/ Controle	Desfechos	Resultados/Conclusões	Limitações
	- Critérios de elegibilidade: (1) pacientes com hipertensão ocular, glaucoma de ângulo aberto de qualquer idade, etnia ou gênero; (2) aberto à gonioscopia (3) ausência de dano glaucomatoso em nervo óptico; e (4) ausência de defeitos de campo visual compatíveis com glaucoma. Pacientes com glaucoma crônico de ângulo fechado também foram incluídos.			- Tempo de uso: mínimo de 4 semanas - Tempo de acompanhamento pós-tratamento: variável		1,09 e - 1,12) em comparação com o PC (MD: -1,83, IC95%: -2,98 a -0,88). As FCs tiveram menor risco de hipotensão que as UCs (RR: 0,70, IC95%: 0,43 a 1,14) e PGA M8 (RR: 0,61, IC95%: 0,55 a 0,70).	

Estudo	Desenho	Amostra	População	Intervenção/ Controle	Desfechos	Resultados/Conclusões	Limitações
	ocular, glaucoma de ângulo aberto, análogos da prostaglandina, bimatoprosta, latanoprosta, tafluprosta e travoprosta.		(1,5%) usavam tafluprosta. A idade variou de 47 a 75 anos. A maioria era branca (70%). Homens eram 43% dos participantes. A maioria dos pacientes apresentava glaucoma de ângulo aberto (93%). A PIO média basal dos pacientes era de 25,2 mmHg.		Secundários: tolerabilidade aos medicamentos.	e os resultados foram mantidos aos 3 meses. Bimatoprosta foi a mais associada à hiperemia, e latanoprosta foi a menos relacionada, com RRs (IC95%) de 4,66 (3,49-6,25) e 2,30 (1,76-3,00), respectivamente.	
Prostaglandin analogs and timolol-fixed versus unfixed combinations as monotherapy for open-angle glaucoma: A systematic review and meta-analysis Quaranta et al, 2015	- Revisão sistemática e meta-análise - Período da busca: até fevereiro 2012 - Bases consultadas: MEDLINE e EMBASE	- Número de estudos incluídos: 18 - Número de participantes: 8.141	Pacientes e voluntários com glaucoma de ângulo aberto, glaucoma crônico de ângulo fechado e hipertensão ocular com diferentes níveis de gravidade	- Intervenção: Travoprosta/timolol 1x/dia; Bimatoprosta/timolol 1x/dia; Latanoprosta/timolol 1x/dia; Bimatoprosta 1x/dia; Travoprosta 1x/dia; Latanoprosta 1x/dia; Timolol 12/12h.	Primário: o desfecho de eficácia foi a diferença média (MeD) na redução da PIO basal. Secundários: tolerabilidade, com desfecho de hiperemia.	As fórmulas fixas (FCs) foram menos eficazes que as não fixas (UCs) (MeD: 0,69, IC95%: 0,29 a 1,08). Comparada ao timolol (M6), latanoprosta/timolol FC reduziu mais a PIO (MeD: -2,74, IC95%: -3,24 a -2,23) do que bimatoprosta/timolol FC (MeD: -1,49, IC95%: -	Heterogeneidade dos estudos, apesar de a maioria apresentar boa qualidade metodológica.

Estudo	Desenho	Amostra	População	Intervenção/ Controle	Desfechos	Resultados/Conclusões	Limitações
	deveriam englobar um mínimo de 85% dos pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto e hipertensão ocular; (3) estudos deveriam avaliar eficácia e segurança de hipotensores tópicos monocomponentes.			- Tempo de seguimento pós-tratamento: variável			
Comparative Efficacy and Tolerability of Topical Prostaglandin Analogues for Primary Open-Angle Glaucoma and Ocular Hypertension Lin et al, 2014	- Revisão sistemática - Período da busca: 1985-2013 - Bases consultadas: PubMed e Cochrane - Critérios de elegibilidade: foram usados as palavras-chave hipertensão	- Número de estudos incluídos: 32 - Número de participantes: 4.854	Um total de 4.854 pacientes recebendo PGA e 1.731 recebendo timolol foram incluídos. Especificamente,1.247 (26%) pacientes usavam latanoprosta, 1.721 (36%) usavam latanoprosta, 1.207 (25%) usavam travoprosta, e 659	- Intervenção: latanoprosta 1x/dia; travoprosta 1x/dia; latanoprosta 1x/dia; tafluprosta 1x/dia; prostaglandina -timolol 1x/dia. - Tempo de uso: 1 a 6 meses - Tempo de seguimento pós-tratamento: variável	Primário: usando timolol como referência, foram calculados os riscos relativos (RRs) de atingir o sucesso do tratamento, definido como a proporção de pacientes atingindo ao menos 30% da redução da PIO, com intervalo de confiança de 95%.	Os RRs (IC95%) foram os seguintes: latanoprosta, 1,59 (1,28-1,98); latanoprosta, 1,32 (1,03-1,74); travoprosta, 1,33 (1,03-1,72); e tafluprosta, 1,10 (0,85-1,42). A redução média da PIO após um mês foi de 3,98 (1,56-2,47); 1,01 (0,55-1,46); 1,08 (0,59-1,57) e 0,46 (−0,41-1,33) mmHg, respectivamente;	Heterogeneidade dos estudos, como população estudada, tratamento e método de medida da PIO.

Estudo	Desenho	Amostra	População	Intervenção/ Controle	Desfechos	Resultados/Conclusões	Limitações
	fechamento angular; (3) intervenção: latanoprosta vs timolol em cada grupo sem combinação de outros medicamentos.					IC95% 1,05–2,10; P = 0,02) e menos eventos adversos sistêmicos (OR = 0,46; IC95% 0,25–0,86; P = 0,01) foram observados na latanoprosta comparada ao timolol.	
Efficacy and tolerability of mono- compound topical treatments for reduction of intraocular pressure in patients with primary open angle glaucoma or ocular hypertension: An overview of reviews Daka e Tibaljia, 2014	- Revisão sistemática - Período da busca: até janeiro de 2014 - Bases consultadas: PubMed, EMBASE e Cochrane - Critérios de elegibilidade: (1) revisões sistemáticas com ou sem meta-análises; (2) estudos	- Número de estudos incluídos: 16 - Número de participantes: 44.358	Adultos com glaucoma primário de ângulo aberto ou hipertensão ocular	Intervenção: timolol 12/12h; betaxolol 12/12h; latanoprosta 1x/dia; travoprosta 1x/dia; latanoprosta 1x/dia; placebo 1x/dia; dorzolamida 12/12h; brimonidina 12/12h; bitmoprostida 12/12h. - Tempo de uso: variável	- Primário: eficácia e tolerabilidade dos mais utilizados hipotensores tópicos monocomponentes em pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto e hipertensão ocular	Não existe evidência de grande qualidade sobre a eficácia relativa e a tolerabilidade dos hipotensores usados em glaucoma primário de ângulo aberto e hipertensão ocular. Evidência de moderada qualidade sugere a latanoprosta como o tratamento mais favorável em relação aos benefícios e aos riscos.	Todas as conclusões sobre as comparações do tratamento são baseadas em evidências de qualidade moderada. Quando esse nível de qualidade não estava disponível, não foram feitas conclusões.

Estudo	Desenho	Amostra	População	Intervenção/ Controle	Desfechos	Resultados/Conclusões	Limitações
	com monoterapia de latanoprosta.						
Meta-analysis of randomized controlled trials comparing latanoprost with timolol in the treatment of Asian populations with chronic angle-closure Glaucoma. Li et al, 2014	Meta-análise - Período da busca: até março de 2013. - Bases consultadas: MEDLINE, EMBASE, PubMed, Cochrane Library, Google Scholar e diversas bases de dados chinesas. - Critério de elegibilidade: (1) estudos: ECRs; (2) população: pacientes com glaucoma de	- Número de estudos incluídos: 7 - Número de participantes: 685	Adultos com glaucoma primário de fechamento angular	- Intervenção: latanoprosta 1x/dia - Controle: timolol 12/12h - Tempo de uso: variável - Tempo de seguimento pós-tratamento: variável	Primário: redução absoluta e relativa da PIO partindo da PIO pré-tratamento e medindo mínima, média e máxima. Secundários: eventos adversos oculares e sistêmicos.	Comparado ao timolol, a latanoprosta teve uma redução adicional na PIO absoluta de 2,3 mmHg (IC95% 1,8–2,9; P<0,01), 2,4 mmHg (IC95% 1,9–2,9; P<0,01) e 2,5 mmHg (IC95% 1,6–3,3; P<0,01) na média, mínima e máxima. Para a PIO relativa, os valores foram de 9,0% (IC95% 6,6–11,4; P<0,01), 9,7% (IC95% 7,6–11,8; P<0,01) e 10,8% (IC95% 7,4–14,5; P<0,01), respectivamente. Mais eventos oculares adversos (OR = 1,49;	Heterogeneidade dos estudos.

Estudo	Desenho	Amostra	População	Intervenção/ Controle	Desfechos	Resultados/Conclusões	Limitações
Meta-analysis of the efficacy and safety of latanoprost monotherapy in patients with angle-closure glaucoma Chen et al, 2010	Meta-análise - Período da busca: até abril de 2013 - Bases consultadas: EMBASE, MEDLINE, Cochrane Library, Chinese Journal Full-text Database (CNKI), Chinese Science and Technology Periodical Database (VIP) e Wang Fang - Critérios de elegibilidade: apenas estudos envolvendo pacientes com glaucoma de fechamento angular	- Número de estudos incluídos: 17 - Número de participantes: 868	Adultos com glaucoma primário de fechamento angular	Intervenção: latanoprosta, 1 gota 1x/dia - Controle: timolol 12/12h; latanoprosta 1x/dia; latanoprosta 1x/dia, placebo 1x/dia; timolol + dorzolamida 12/12h - Tempo de uso: variável - Tempo de seguimento pós-tratamento: não há	Primário: medida da PIO. Medidas média, máxima e mínima foram usadas. Secundários: incidência de eventos adversos sistêmicos e locais	Latanoprosta reduziu a PIO média em 7,9 mmHg (32,4%), pico da PIO em 7,4 mmHg (29,8%) e PIO mínima em 7,9mmHg (32,5%). O evento ocular adverso mais frequente foi hiperemia, seguido por desconforto e visão turva (9,4%, 8,7% e 5,2%, respectivamente). Eventos adversos sistêmicos foram rinite, tontura, cefaleia e pigmentação cutânea.	Heterogeneidade das populações. Diferentes comparações entre latanoprosta e outro medicamento ou placebo.

Estudo	Desenho	Amostra	População	Intervenção/ Controle	Desfechos	Resultados/Conclusões	Limitações
Network Meta-analysis for clinical practice guidelines: A case study on first-line medical therapies for primary open-angle glaucoma Rouse et al, 2016	Meta-análise - Período da busca: 1991-2014 - Bases consultadas: MEDLINE, EMBASE, Cochrane - Critérios de elegibilidade: ensaios clínicos randomizados (ECR's) que comparavam tratamentos para glaucoma entre monoterapia medicamentosa e placebo	- Número de estudos incluídos: 91 - Número de participantes: 34.540	Adultos com glaucoma primário de ângulo aberto com diferentes níveis de gravidade	Intervenção: betabloqueadores; inibidores da anidrase carbônica; alfa-agonistas; prostaglandinas - Controle: placebo - Tempo de uso: 3 meses - Tempo de seguimento pós-tratamento: não há.	- Primário: redução da pressão intraocular (PIO)	As principais redução (em IC95%) foram comparados ao placebo: betabloqueadores, 4,01 (IC95% 0,48 a 7,43); agonistas alfa-adrenérgicos, 5,64 (IC95% 1,72 a 9,50); prostaglandinas, 5,43 (IC95% 3,38 a 7,38); prostaglandinas, 4,75 (IC95% 3,11 a 6,44); prostaglandinas, 4,58 (IC95% 2,94 a 6,24).	Heterogeneidade do estudos.

Base	Estratégia	Localizados	Selecionados
	analysis]/lim) AND [humans]/lim AND [2012-2017]/py		ou não eram revisões sistemáticas/meta-análises
Cochrane Library	'glaucoma in Title, Abstract, Keywords , Publication Year from 2012 to 2017 in Cochrane Reviews'	25	0 Motivo das exclusões: não abordaram tratamento medicamentoso de glaucoma

Os artigos selecionados encontram-se na **Tabela A**. Foram encontradas 220 referências, das quais sete foram selecionadas conforme os critérios descritos acima. Da versão anterior do PCDT, 183 referências foram mantidas e as demais foram excluídas ou atualizadas.

Tabela A – Estudos Selecionados

vigente para identificação das tecnologias disponíveis e tecnologias demandadas ou recentemente incorporadas. A partir das consultas realizadas, foi possível identificar:

- O tratamento no SUS seguia o orientado no PCDT de Glaucoma, conforme Portaria SAS/MS nº 1.279, de 19 de novembro de 2013, retificada em 23 de janeiro de 2014;
- Os medicamentos então disponíveis eram: colírios de timolol, dorzolamida, brinzolamida, brimonidina, latanoprosta, travoprosta, bimatoprosta e pilocarpina; comprimido de acetazolamida e solução intravenosa de manitol. Não havia solicitação de nenhuma nova tecnologia na Conitec.

Na enquete pública realizada pelo Ministério da Saúde sobre o PCDT, a principal contribuição foi a necessidade de atualizar este Protocolo para guiar o tratamento dos pacientes com glaucoma.

2.2. Reunião com especialistas

Foi realizada reunião com o consultor especialista e metodologista do comitê elaborador, na qual foram apresentados os resultados do levantamento de informações realizado pelos metodologistas. O consultor especialista indicou a necessidade de avaliação de inclusão do medicamento tafluprosta e do método diagnóstico de tomografia de coerência óptica (TCO). Após a revisão da literatura, foi verificado que nenhum deles possui evidência suficiente para embasar o pedido de inclusão. A tafluprosta, análogo das prostaglandinas, é inferior às demais prostaglandinas já incluídas no PCDT (bimatoprosta, latanoprosta e travoprosta) e semelhante ao timolol.

Assim, ficou estabelecido que o Protocolo se destinava a pacientes com glaucoma, ambos os sexos, sem restrição de idade, e tinha por objetivo revisar práticas diagnósticas e terapêuticas a partir da data da busca do PCDT vigente.

2.3. Buscas na literatura para atualização do PCDT

A fim de guiar a revisão do PCDT então vigente, foram realizadas buscas na literatura sobre intervenções terapêuticas, diagnóstico e monitorização. Para a atualização do tratamento, foi estabelecida pergunta PICO (**Quadro A**). Posteriormente, foram elaboradas as estratégias de busca demonstradas no **Quadro B**.

Quadro A - Pergunta PICO.

População	Pacientes com glaucoma
Intervenção	Tratamento medicamentoso
Comparação	Sem restrição de comparadores
Desfechos	Controle pressórico, preservação de campo visual, eventos adversos
Tipos de estudos	Meta-análises e revisões sistemáticas

Quadro B - Buscas sobre tratamento medicamentoso – Revisões sistemáticas e meta-análises.

Base	Estratégia	Localizados	Selecionados
MEDLINE (via PubMed) Data da busca: 27/03/2017	"Glaucoma"[Mesh] AND "Therapeutics"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND "2012/03/29"[PDat] : "2017/03/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms])	37	1 Motivo das exclusões: não abordaram tratamento medicamentoso de glaucoma
EMBASE	'glaucoma'/exp AND 'therapy'/exp AND ([systematic review]/lim OR [meta	135	6 Motivos das exclusões: não abordaram tratamento medicamentoso de glaucoma

APÊNDICE 1

METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DE LITERATURA

1. Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma após a ampliação de uso do exame de tomografia de coerência óptica

1.1. Escopo e finalidade do Protocolo

A atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Glaucoma foi motivada pela ampliação de uso, no âmbito do SUS, do exame de tomografia de coerência óptica para confirmação diagnóstica de glaucoma por meio da Portaria SCTIE/MS nº 51, de 11 de novembro de 2020.

1.2. Equipe de elaboração e partes interessadas

O Protocolo foi atualizado pela Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CGPCDT/CGGTS/DGITS/SECTICS/MS).

1.3. Avaliação da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

A proposta de atualização do PCDT do Glaucoma foi apresentada na 96ª Reunião da Subcomissão Técnica de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, realizada em fevereiro de 2022. A reunião teve a presença de representantes do então Departamento de Gestão, Incorporação e Inovação de Tecnologias em Saúde (DGITIS/SCTIE/MS), do então Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SCTIE/MS), do então Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS). Após a reunião da Subcomissão, o representante do DAET apontou a necessidade de alguns ajustes, os quais foram realizados antes que o documento fosse encaminhado para avaliação do Plenário da Conitec.

1.4. Consulta Pública

A Consulta Pública nº 09/2022, do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma, foi realizada entre os dias 28/03/2022 e 18/04/2022. Foram recebidas 60 contribuições, que podem ser verificadas em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social/consultas-publicas/encerradas.

1.5. Busca da evidência

Considerando a versão então vigente do PCDT do Glaucoma (Portaria Conjunta SAS-SCTIE/MS nº 11, de 02 de abril de 2018), partiu-se deste documento base para a atualização do Protocolo. A estrutura metodológica da versão vigente foi mantida e acrescentados os dados referentes à atualização das tecnologias preconizadas, conforme Relatório de Recomendação nº 571, de outubro de 2020.

2. Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma – versão anterior (Portaria Conjunta SAS-SCTIE/MS nº 11, de 02 de abril de 2018)

2.1. Levantamento de informações para planejamento da reunião com especialistas

Foram consultados a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), o sítio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Glaucoma então

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data:_____		

NOTA 1 - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

NOTA 2 - Quanto ao fornecimento dos colírios, o estabelecimento de saúde pode estar credenciado em uma das modalidades de habilitação em oftalmologia no SUS: sob o código 0506 - tratamento do glaucoma com medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica, no qual é o estabelecimento o responsável pelo fornecimento, ou sob o código 0508 - tratamento do glaucoma com medicamentos, cujo fornecimento se dá pelas secretarias estaduais de saúde, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

(fotofobia), dor de cabeça, depressão, desmaio, ansiedade, insônia, tontura, enjoo, vômitos, gosto amargo e secura na boca, coriza, pressão alta, dor e fraqueza muscular;

- eventos adversos da dorzolamida: síndrome de stevens-johnson (formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas), inflamação no olho, irritação ocular, vermelhidão, lacrimejamento, dor ocular, reações alérgicas oculares, coceira, inchaço, conjuntivite, visão dupla ou borrada, inflamação das pálpebras, desconforto ou queimação após aplicação do medicamento, olho seco, sensibilidade à luz (fotofobia), dor de cabeça, tontura, necrose hepática fulminante, anemia ou outras alterações nas células sanguíneas, gosto amargo na boca e cansaço;

- eventos adversos da brinzolamida: síndrome de stevens-johnson (formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas), dermatites, urticária, queda de cabelo (alopecia), sensação de corpo estranho no olho, vermelhidão, ceratite (vermelhidão, irritação e dor), lacrimejamento, dor ocular, reações alérgicas oculares (coceira, vermelhidão, inchaço), conjuntivite, visão dupla ou borrada, olho seco, inflamação das pálpebras, desconforto ou queimação após aplicação do medicamento, dor de cabeça, tontura, anemia ou outras alterações nas células sanguíneas, rinite, gosto amargo ou azedo na boca, dor nos rins, faringite, dor no peito e falta de ar;

- eventos adversos da latanoprosta: aumento na pigmentação da íris e dos cílios, aumento do comprimento, da espessura e do número de cílios, visão dupla ou borrada, inflamação e inchaço no olho, olho seco, vermelhidão, dor e desconforto ocular, coceira, queimação, lacrimejamento, sensibilidade à luz (fotofobia), reações alérgicas, sensação de corpo estranho no olho, dor no peito, tosse, chiado no peito, dificuldade respiratória, infecções respiratórias, resfriado ou gripe, dor muscular, dor nas articulações e dor nas costas;

- eventos adversos da travoprosta: dor e desconforto ocular, sensação de corpo estranho no olho, olho seco, coceira e vermelhidão, lacrimejamento, aumento da sensibilidade à luz (fotofobia), palpitações, dor no peito, tosse, dor de garganta, coriza, dor muscular, dor nas articulações, dor nas costas, indigestão, azia, sangue na urina, confusão, nervosismo, desmaios, febre, alterações de humor, dor para urinar, cansaço;

- eventos adversos da bimatoprosta: visão borrada, diminuição da visão, diminuição das cores da visão, aumento na pigmentação da íris e da pele ao redor dos olhos, dificuldade de visão noturna, vermelhidão, dor e edema dos olhos e das pálpebras, coceira nos olhos, lacrimejamento, sensibilidade à luz (fotofobia) e sensação de corpo estranho no olho, febre, perda de força muscular, aumento do crescimento dos cabelos;

- todos os medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que esse(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) sim ( ) não

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

( ) acetazolamida	( ) bimatoprosta	( ) brimonidina	( ) brinzolamida
( ) dorzolamida	( ) latanoprosta	( ) pilocarpina	( ) timolol
( ) travoprosta			

28

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ACETAZOLAMIDA, BIMATOPROSTA, BRIMONIDINA, BRINZOLAMIDA, DORZOLAMIDA, LATANOPROSTA, PILOCARPINA, TIMOLOL, TRAVOPROSTA

Eu,_____

(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de **acetazolamida, bimatoprosta, brimonidina, brinzolamida, dorzolamida, latanoprosta, pilocarpina, timolol, travoprosta**, indicados para o tratamento de glaucoma.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) _____

(nome do(a) médico(a) que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução da pressão intraocular; ou
- preservação da visão.

Fui também informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

- timolol, pilocarpina, acetazolamida, brimonidina, brinzolamida, dorzolamida, latanoprosta, bimatoprosta e travoprosta são classificados na gestação como categoria c, ou seja, as pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos;

- eventos adversos do timolol: irritação no olho, vermelhidão, lacrimejamento, sangramento no olho, dor ocular, erosões na córnea, reações alérgicas oculares, coceira, inchaço, conjuntivite, visão dupla ou borrada, inflamação das pálpebras, desconforto ou queimação após a aplicação do medicamento, sensação de corpo estranho, olho seco, sensibilidade à luz (fotofobia), dor de cabeça, depressão, desmaio, ansiedade, insônia, tontura, enjoos, vômitos, gosto amargo e secura na boca, coriza, pressão alta, dor, diminuição dos batimentos cardíacos (bradicardia), batimentos cardíacos descompassados (arritmia), infarto, desmaio (síncope), falta de ar (espasmos e obstrução das vias respiratórias), perda de cabelos (alopecia) e manchas pelo corpo (erupções maculopapulares);

- eventos adversos da pilocarpina: irritação no olho, vermelhidão, lacrimejamento, sangramento no olho, dor ocular, erosões na córnea, reações alérgicas oculares, coceira, inchaço, conjuntivite, visão dupla ou borrada, inflamação das pálpebras, desconforto ou queimação após a aplicação do medicamento, sensação de corpo estranho, olho seco, sensibilidade à luz (fotofobia), dor de cabeça, pupila fechada (miose), turvamento da visão para longe (miopia), catarata, descolamento de retina e cistos oculares;

- eventos adversos da acetazolamida: sensação de tremores (parestesias), dificuldade para ouvir (disfunção auditiva ou zumbido), perda da fome, alterações para sentir o sabor dos alimentos, enjoo, vômito e diarreia, urina em excesso (poliúria), sonolência e confusão, baixa de visão (miopia), alergia de pele (urticária), sangramento nas fezes e na urina, dificuldade na movimentação (paralisia flácida), sensibilidade à luz (fotossensibilidade) e convulsões; há também correlação com síndrome de stevens-johnson (formação de bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas), falta de funcionamento do fígado (insuficiência e necrose hepáticas) e diminuição das células do sangue (discrasia sanguínea);

- eventos adversos da brimonidina: irritação no olho, vermelhidão, lacrimejamento, sangramento no olho, dor ocular, erosões na córnea, reações alérgicas oculares, coceira, inchaço, conjuntivite, visão dupla ou borrada, inflamação das pálpebras, desconforto ou queimação após a aplicação do medicamento, sensação de corpo estranho, olho seco, sensibilidade à luz

193. Orme M, Collins S, Dakin H, Kelly S, Loftus J. Mixed treatment comparison and meta-regression of the efficacy and safety of prostaglandin analogues and comparators for primary open-angle glaucoma and ocular hypertension. Curr Med Res Opin. 2010;26(3):511–28.
194. Li N, Chen X, Zhou Y, Wei M, Yao X. Travoprost compared with other prostaglandin analogues or timolol in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension: meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Exp Ophthalmol. 2006;34(8):755–64.
195. Goldberg LD, Walt J. Cost Considerations in the Medical Management of Glaucoma in the US. Pharmacoeconomics. 2006;24(3):251–64.
196. Hedman K, Alm A. A pooled-data analysis of three randomized, double-masked, six-month clinical studies comparing the intraocular pressure reducing effect of latanoprost and timolol. Eur J Ophthalmol. 2000;10(2):95–104.
197. Zhang WY, Po ALW, Dua HS, Azuara-Blanco A. Meta-analysis of randomised controlled trials comparing latanoprost with timolol in the treatment of patients with open angle glaucoma or ocular hypertension. British journal of ophthalmology. 2001;85(8):983–90.
198. Varma R, Hwang LJ, Grunden JW, Bean GW, Sultan MB. Assessing the efficacy of latanoprost vs timolol using an alternate efficacy parameter: the intervisit intraocular pressure range. Am J Ophthalmol. 2009;148(2):221–6.
199. Honrubia F, Garcia-Sánchez J, Polo V, de La Casa JMM, Soto J. Conjunctival hyperaemia with the use of latanoprost versus other prostaglandin analogues in patients with ocular hypertension or glaucoma: a meta-analysis of randomised clinical trials. British journal of ophthalmology. 2009;93(3):316–21.
200. Eyawo O, Nachega J, Lefebvre P, Meyer D, Rachlis B, Lee CW, et al. Efficacy and safety of prostaglandin analogues in patients with predominantly primary open-angle glaucoma or ocular hypertension: a meta-analysis. Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ). 2009;3:447.
201. Eisenberg DL, Toris CB, Camras CB. Bimatoprost and travoprost: a review of recent studies of two new glaucoma drugs. Surv Ophthalmol. 2002;47:S105–15.
202. Quaranta L, Biagioli E, Riva I, Rulli E, Poli D, Katsanos A, et al. Prostaglandin analogs and timolol-fixed versus unfixed combinations or monotherapy for open-angle glaucoma: a systematic review and meta-analysis. Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics. 2013;29(4):382–9.

176. Stewart WC, Kenstas AGP, Nelson LA, Kruft B. Meta-analysis of 24-hour intraocular pressure studies evaluating the efficacy of glaucoma medicines. Ophthalmology. 2008;115(7):1117–22.
177. Cheng JW, Cai JP, Wei RL. Meta-analysis of medical intervention for normal tension glaucoma. Ophthalmology. 2009;116(7):1243–9.
178. Hodge WG, Lachaine J, Steffensen I, Murray C, Barnes D, Foerster V, et al. The efficacy and harm of prostaglandin analogues for IOP reduction in glaucoma patients compared to dorzolamide and brimonidine: a systematic review. British Journal of Ophthalmology. 2008;92(1):7–12.
179. Tsai JC, Chang HW. Comparison of the effects of brimonidine 0.2% and timolol 0.5% on retinal nerve fiber layer thickness in ocular hypertensive patients: a prospective, unmasked study. Journal of Ocular Pharmacology & Therapeutics. 2005;21(6):475–82.
180. Marchetti A, Magar R, An P, Nichol M. Clinical and economic impact of new trends in glaucoma treatment. Medgenmed: Medscape General Medicine. 2001;3(4):6.
181. Einarson TR, Kulin NA, Tingey D, Iskedjian M. Meta-analysis of the effect of latanoprost and brimonidine on intraocular pressure in the treatment of glaucoma. Clin Ther. 2000;22(12):1502–15.
182. Sultan MB, Mansberger SL, Lee PP. Understanding the importance of IOP variables in glaucoma: a systematic review. Surv Ophthalmol. 2009;54(6):643–62.
183. Sena DF, Lindsley K. Neuroprotection for treatment of glaucoma in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;(1).
184. Rouland JF, le Pen C, Pinto CG, Berto P, Berdeaux G. Cost-minimisation study of dorzolamide versus brinzolamide in the treatment of ocular hypertension and primary open-angle glaucoma in four European countries. Pharmacoeconomics. 2003;21(3):201–13.
185. Li SM, Chen R, Li Y, Yang ZR, Deng QJ, Zhong Z, et al. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing latanoprost with timolol in the treatment of Asian populations with chronic angle-closure glaucoma. PLoS One. 2014;9(5):e96852.
186. Duka Q, Trkulja V. Efficacy and tolerability of monocompound topical treatments for reduction of intraocular pressure in patients with primary open angle glaucoma or ocular hypertension: an overview of reviews. Croatian Medical Journal. 2014;55(5):468–80.
187. Lin L, Zhao YJ, Chew PTK, Sng CCA, Wong HT, Yip LW, et al. Comparative efficacy and tolerability of topical prostaglandin analogues for primary open-angle glaucoma and ocular hypertension. Annals of Pharmacotherapy. 2014;48(12):1585–93.
188. Aptel F, Cucherat M, Denis P. Efficacy and tolerability of prostaglandin analogs: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. J Glaucoma. 2008;17(8):667–73.
189. Cheng JW, Xi GL, Wei RL, Cai JP, Li Y. Effects of travoprost in the treatment of open-angle glaucoma or ocular hypertension: A systematic review and meta-analysis. Current therapeutic research. 2009;70(4):335–50.
190. Guedes RAP, Guedes VMP, Chaoubah A. Custo-efetividade dos análogos de prostaglandinas no Brasil. Revista Brasileira de Oftalmologia. 2008;67:281–6.
191. Guedes RAP, Guedes VMP, Borges JL, Chaoubah A. Avaliação econômica das associações fixas de prostaglandina/prostamida e timolol no tratamento do glaucoma e da hipertensão ocular. Revista Brasileira de Oftalmologia. 2010;69:236–40.
192. Lun KT, Raber SR, Nickens DJ, Vicini P. A model-based meta-analysis of the effect of latanoprost chronotherapy on the circadian intraocular pressure of patients with glaucoma or ocular hypertension. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2010;87(4):421–5.

159. Rouse B, Cipriani A, Shi Q, Coleman AL, Dickersin K, Li T. Network meta-analysis for clinical practice guidelines: a case study on first-line medical therapies for primary open-angle glaucoma. Ann Intern Med. 2016;164(10):674–82.
160. Cox JA, Mollan SP, Bankart J, Robinson R. Efficacy of antiglaucoma fixed combination therapy versus unfixed components in reducing intraocular pressure: a systematic review. British journal of ophthalmology. 2008;92(6):729–34.
161. Fung AT, Reid SE, Jones MP, Healey PR, McCluskey PJ, Craig JC. Meta-analysis of randomised controlled trials comparing latanoprost with brimonidine in the treatment of open-angle glaucoma, ocular hypertension or normal-tension glaucoma. British journal of ophthalmology. 2007;91(1):62–8.
162. Craven ER, Walters TR, Williams R, Chou C, Cheetham JK, Schiffman R, et al. Brimonidine and timolol fixed-combination therapy versus monotherapy: a 3-month randomized trial in patients with glaucoma or ocular hypertension. Journal of Ocular Pharmacology & Therapeutics. 2005;21(4):337–48.
163. Spaeth GL, Bernstein P, Caprioli J, Schiffman RM. Control of Intraocular Pressure and Fluctuation With Fixed-Combination Brimonidine–Timolol Versus Brimonidine or Timolol Monotherapy. Am J Ophthalmol. 2011;151(1):93–9.
164. Loon SC, Liew G, Fung A, Reid SE, Craig JC. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing timolol with brimonidine in the treatment of glaucoma. Clinical & Experimental Ophthalmology. 2008;36(3):281–9.
165. Cheng JW, Li Y, Wei RL. Systematic review of intraocular pressure-lowering effects of adjunctive medications added to latanoprost. Ophthalmic Research. 2009;42(2):99–105.
166. Bron AM, Emmerich KH. Latanoprost versus combined timolol and dorzolamide. Surv Ophthalmol. 2002;47:S148–54.
167. Cheng JW, Xi GL, Wei RL, Cai JP, Li Y. Efficacy and tolerability of latanoprost compared to dorzolamide combined with timolol in the treatment of patients with elevated intraocular pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Journal of ocular pharmacology and therapeutics. 2009;25(1):55–64.
168. Tanna AP, Rademaker AW, Stewart WC, Feldman RM. Meta-analysis of the efficacy and safety of α2-adrenergic agonists, β-adrenergic antagonists, and topical carbonic anhydrase inhibitors with prostaglandin analogs. Archives of ophthalmology. 2010;128(7):825–33.
169. Webers CAB, van der Valk R, Schouten JSAG, Zeegers MP, Prins MH, Hendrikse F. Intraocular Pressure–Lowering Effect of Adding Dorzolamide or Latanoprost to Timolol: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. Ophthalmology. 2007;114(1):40–6.
170. Webers CAB, Beckers HJM, Zeegers MP, Nuijts RMMA, Hendrikse F, Schouten JSAG. The intraocular pressure-lowering effect of prostaglandin analogs combined with topical β-blocker therapy: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2010;117(11):2067–74.
171. Mello PAA, de Almeida GV de AH. Glaucoma primário de ângulo aberto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011;
172. Kanski JJ, Bowling B. Clinical Ophthalmology: a systematic approach. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2011;
173. Vass C, Hirn C, Sycha T, Findl O, Sacu S, Bauer P, et al. Medical interventions for primary open angle glaucoma and ocular hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;(4).
174. van der Valk R, Webers CAB, Schouten JSAG, Zeegers MP, Hendrikse F, Prins MH. Intraocular pressure–lowering effects of all commonly used glaucoma drugs: a meta-analysis of randomized clinical trials. Ophthalmology. 2005;112(7):1177–85.
175. van der Valk R, Webers CAB, Lumley T, Hendrikse F, Prins MH, Schouten JSAG. A network meta-analysis combined direct and indirect comparisons between glaucoma drugs to rank effectiveness in lowering intraocular pressure. J Clin Epidemiol. 2009;62(12):1279–83.

139. Medeiros F de AA. Comparação de métodos de imagem do disco óptico e da camada de fibras nervosas da retina para o diagnóstico do glaucoma. Universidade de São Paulo; 2005.
140. Greaney MJ, Hoffman DC, Garway-Heath DF, Nakla M, Coleman AL, Caprioli J. Comparison of optic nerve imaging methods to distinguish normal eyes from those with glaucoma. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2002;43(1):140–5.
141. DeLeón-Ortega JE, Arthur SN, McGwin G, Xie A, Monheit BE, Girkin CA. Discrimination between glaucomatous and nonglaucomatous eyes using quantitative imaging devices and subjective optic nerve head assessment. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2006;47(8):3374–80.
142. Badalà F, Nouri-Mahdavi K, Raoof DA, Leeprechanon N, Law SK, Caprioli J. Optic disk and nerve fiber layer imaging to detect glaucoma. Am J Ophthalmol. 2007;144(5):724–32.
143. Vessani RM, Moritz R, Batis L, Zagui RB, Bernardoni S, Susanna R. Comparison of quantitative imaging devices and subjective optic nerve head assessment by general ophthalmologists to differentiate normal from glaucomatous eyes. Journal of Glaucoma. 2009;18(3):253–61.
144. Reus NJ, de Graaf M, Lemij HG. Accuracy of GDx VCC, HRT I, and clinical assessment of stereoscopic optic nerve head photographs for diagnosing glaucoma. British Journal of Ophthalmology. 2007;91(3):313–8.
145. Grødum K, Heijl A, Bengtsson B. Refractive error and glaucoma. Acta Ophthalmol Scand. 2001;79(6):560–6.
146. Xu L, Wang Y, Wang S, Wang Y, Jonas JB. High myopia and glaucoma susceptibility: the Beijing Eye Study. Ophthalmology. 2007;114(2):216–20.
147. Wong TY, Klein BEK, Klein R, Knudtson M, Lee KE. Refractive errors, intraocular pressure, and glaucoma in a white population. Ophthalmology. 2003;110(1):211–7.
148. Ramakrishnan R, Nirmalan PK, Krishnadas R, Thulasiraj RD, Tielsch JM, Katz J, et al. Glaucoma in a rural population of southern India: the Aravind comprehensive eye survey. Ophthalmology. 2003;110(8):1484–90.
149. Suzuki Y, Iwase A, Araie M, Yamamoto T, Abe H, Shirato S, et al. Risk factors for open-angle glaucoma in a Japanese population: the Tajimi Study. Ophthalmology. 2006;113(9):1613–7.
150. Nemesure B, Leske MC. Glaucoma and myopia. Ophthalmology. 2000;107(6):1026–7.
151. Kuzin AA, Varma R, Reddy HS, Torres M, Azen SP, Group LALES. Ocular biometry and open-angle glaucoma: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology. 2010;117(9):1713–9.
152. Fingert JH, Héon E, Liebmann JM, Yamamoto T, Craig JE, Rait J, et al. Analysis of myocilin mutations in 1703 glaucoma patients from five different populations. Hum Mol Genet. 1999;8(5):899–905.
153. Gong G, Kosoko-Lasaki O, Haynatzki GR, Wilson MR. Genetic dissection of myocilin glaucoma. Hum Mol Genet. 2004;13(suppl_1):R91–102.
154. Kwon YH, Fingert JH, Kuehn MH, Alward WLM. Primary open-angle glaucoma. New England Journal of Medicine. 2009;360(11):1113–24.
155. Wiggs JL. Genetic etiologies of glaucoma. Archives of ophthalmology. 2007;125(1):30–7.
156. Sociedade Brasileira de Glaucoma. II Consenso Brasileiro de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado [Internet] [Internet]. 2012 [cited 2022 Feb 2]. Available from: https://www.sbglaucoma.org.br/wp-content/uploads/2020/06/consenso04-v2.pdf
157. Chen R, Yang K, Zheng Z, Ong ML, Wang NL, Zhan SY. Meta-analysis of the efficacy and safety of latanoprost monotherapy in patients with angle-closure glaucoma. Journal of Glaucoma. 2016;25(3):e134–44.
158. Dakin HA, Welton NJ, Ades AE, Collins S, Orme M, Kelly S. Mixed treatment comparison of repeated measurements of a continuous endpoint: an example using topical treatments for primary open-angle glaucoma and ocular hypertension. Stat Med. 2011;30(20):2511–35.

123. Mansberger SL, Edmunds B, Johnson CA, Kent KJ, Cioffi GA. Community visual field screening: prevalence of follow-up and factors associated with follow-up of participants with abnormal frequency doubling perimetry technology results. Ophthalmic Epidemiol. 2007;14(3):134–40.

124. Medeiros FA, Zangwill LM, Bowd C, Vessani RM, Susanna Jr R, Weinreb RN. Evaluation of retinal nerve fiber layer, optic nerve head, and macular thickness measurements for glaucoma detection using optical coherence tomography. Am J Ophthalmol. 2005;139(1):44–55.

125. Schuman JS, Hee MR, Puliafito CA, Wong C, Pedut-Kloizman T, Lin CP, et al. Quantification of nerve fiber layer thickness in normal and glaucomatous eyes using optical coherence tomography: a pilot study. Archives of ophthalmology. 1995;113(5):586–96.

126. Williams ZY, Schuman JS, Gamell L, Nemi A, Hertzmark E, Fujimoto JG, et al. Optical coherence tomography measurement of nerve fiber layer thickness and the likelihood of a visual field defect. Am J Ophthalmol. 2002;134(4):538–46.

127. Bowd C, Zangwill LM, Berry CC, Blumenthal EZ, Vasile C, Sanchez-Galeana C, et al. Detecting early glaucoma by assessment of retinal nerve fiber layer thickness and visual function. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2001;42(9):1993–2003.

128. Zangwill LM, Bowd C, Berry CC, Williams J, Blumenthal EZ, Sánchez-Galeana CA, et al. Discriminating between normal and glaucomatous eyes using the Heidelberg retina tomograph, GDx nerve fiber analyzer, and optical coherence tomograph. Archives of ophthalmology. 2001;119(7):985–93.

129. Michelessi M, Lucenteforte E, Oddone F, Brazzelli M, Parravano M, Franchi S, et al. Optic nerve head and fibre layer imaging for diagnosing glaucoma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;(11).

130. Kansal V, Armstrong JJ, Pintwala R, Hutnik C. Optical coherence tomography for glaucoma diagnosis: An evidence based meta-analysis. PLoS One. 2018;13(1):e0190621.

131. Wu Z, Weng DSD, Rajshekhar R, Ritch R, Hood DC. Effectiveness of a qualitative approach toward evaluating OCT imaging for detecting glaucomatous damage. Transl Vis Sci Technol. 2018;7(4):7.

132. Wan KH, Lam AKN, Leung CKS. Optical coherence tomography angiography compared with optical coherence tomography macular measurements for detection of glaucoma. JAMA Ophthalmol. 2018;136(8):866–74.

133. BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde – Conitec. Ampliação de uso do exame de Tomografia de Coerência Óptica para confirmação diagnóstica do glaucoma [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 9]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_de_Recomendacao_571_OCT.pdf

134. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 51, de 11 de novembro de 2020. Torna pública a decisão de ampliar o uso do exame de Tomografia de Coerência Óptica para confirmação diagnóstica de glaucoma, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [cited 2022 Feb 9]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2020/20201113_Portaria_SCTIE_51.pdf

135. Morgan JE, Sheen NJL, North RV, Choong Y, Ansari E. Digital imaging of the optic nerve head: monoscopic and stereoscopic analysis. British Journal of Ophthalmology. 2005;89(7):879–84.

136. Sommer A, Quigley HA, Robin AL, Miller NR, Katz J, Arkell S. Evaluation of nerve fiber layer assessment. Archives of Ophthalmology. 1984;102(12):1766–71.

137. Zelefsky JR, Harizman N, Mora R, Ilichev E, Tello C, Ritch R, et al. Assessment of a race-specific normative HRT-III database to differentiate glaucomatous from normal eyes. Journal of Glaucoma. 2006;15(6):548–51.

138. Toth M, Hollo G. Enhanced corneal compensation for scanning laser polarimetry on eyes with atypical polarisation pattern. British Journal of Ophthalmology. 2005;89(9):1139–42.

101. Siegner SW, Netland PA. Optic disc hemorrhages and progression of glaucoma. Ophthalmology. 1996;103(7):1014–24.
102. Jonas JB, Xu L. Optic disk hemorrhages in glaucoma. Am J Ophthalmol. 1994;118(1):1–8.
103. Heijl A. Studies on computerized perimetry. Acta Ophthalmol Suppl. 1977;132(1-42).
104. Anderson DR PV. Automated static perimetry. St Louis: Mosby. 1999;
105. Lynn JR; Feltman RL; Starita RJ. Principles of perimetry. In: Rich R, Shields MB, Krupin T. The Glaucomas. St Louis: Mosby; 1996.
106. Susanna Jr R, FA M. Perimetria computadorizada: interpretação e discussão de casos. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 2001;
107. Advanced Glaucoma Intervention Study. Advanced Glaucoma Intervention Study: 2. Visual field test scoring and reliability. Ophthalmology. 1994;101(8):1445–55.
108. Schimiti RB CV. Perimetria computadorizada - um guia básico de interpretação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
109. Anderson DR PV. Automated static perimetry. St Louis: Mosby; 1992 p 76–161.
110. Caprioli J SM. Patterns of early visual field loss in open angle glaucoma. In: Greve EL, Heijl A. Springer Netherlands: Seventh International Visual Field Symposium - Documenta Ophthalmologica Proceedings Series 49; 1987.
111. Katz J, Sommer A, Gaasterland DE, Anderson DR. Comparison of analytic algorithms for detecting glaucomatous visual field loss. Archives of ophthalmology. 1991;109(12):1684–9.
112. Chauhan BC, Garway-Heath DF, Goñi FJ, Rossetti L, Bengtsson B, Viswanathan AC, et al. Practical recommendations for measuring rates of visual field change in glaucoma. British Journal of Ophthalmology. 2008;92(4):569–73.
113. Musch DC, Lichter PR, Guire KE, Standardi CL, Group CS. The Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study: study design, methods, and baseline characteristics of enrolled patients. Ophthalmology. 1999;106(4):653–62.
114. Johnson CA, Adams AJ, Casson EJ, Brandt JD. Progression of early glaucomatous visual field loss as detected by blue-on-yellow and standard white-on-white automated perimetry. Archives of Ophthalmology. 1993;111(5):651–6.
115. Sample PA, Taylor JDN, Martinez GA, Lusky M, Weinreb RN. Short-wavelength color visual fields in glaucoma suspects at risk. Am J Ophthalmol. 1993;115(2):225–33.
116. Landers JA, Goldberg I, Graham SL. Detection of early visual field loss in glaucoma using frequency-doubling perimetry and short-wavelength automated perimetry. Archives of ophthalmology. 2003;121(12):1705–10.
117. Quigley HA. Identification of glaucoma-related visual field abnormality with the screening protocol of frequency doubling technology. Am J Ophthalmol. 1998;125(6):819–29.
118. Maddess T, Goldberg I, Dobinson J, Wine S, Welsh AH, James AC. Testing for glaucoma with the spatial frequency doubling illusion. Vision Research. 1999;39(25):4258–73.
119. Johnson CA, Samuels SJ. Screening for glaucomatous visual field loss with frequency-doubling perimetry. Investigative Ophthalmology & Visual Science. 1997;38(2):413–25.
120. Giuffrè I. Frequency doubling technology vs standard automated perimetry in ocular hypertensive patients. The Open Ophthalmology Journal. 2009;3:6.
121. Medeiros FA, Sample PA, Weinreb RN. Frequency doubling technology perimetry abnormalities as predictors of glaucomatous visual field loss. Am J Ophthalmol. 2004;137(5):863–71.
122. Iwase A, Tomidokoro A, Araie M, Shirato S, Shimizu H, Kitazawa Y, et al. Performance of frequency-doubling technology perimetry in a population-based prevalence survey of glaucoma: the Tajimi study. Ophthalmology. 2007;114(1):27–32.

80. Sociedade Brasileira de Glaucoma. III Consenso Brasileiro de Glaucoma Primário de Ângulo Aberto [Internet] [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 31]. Available from: https://www.sbglaucoma.org.br/wp-content/uploads/2020/06/consenso03-v2.pdf
81. European Glaucoma Society. Terminology and Guidelines for Glaucoma [Internet] [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 31]. Available from: http://bjo.bmj.com/content/bjophthalmol/101/4/1.full.pdf
82. Sihota R, Srinivasan G, Dada T, Gupta V, Ghate D, Sharma A. Is the ISNT rule violated in early primary open-angle glaucoma—a scanning laser tomography study. Eye. 2008;22(6):819–24.
83. Miller KM, Quigley HA. The clinical appearance of the lamina cribrosa as a function of the extent of glaucomatous optic nerve damage. Ophthalmology. 1988;95(1):135–8.
84. Susanna Jr R. The lamina cribrosa and visual field defects in open-angle glaucoma. Can J Ophthalmol. 1983;18(3):124–6.
85. Kubota T, Jonas JB, Naumann GO. Direct clinico-histological correlation of parapapillary chorioretinal atrophy. British journal of ophthalmology. 1993;77(2):103–6.
86. Primrose J. Peripapillary changes in glaucoma. Am J Ophthalmol. 1977;83(6):930-.
87. Sonas JB, Fernandez MC, Naumann COH. Glaucomatous optic nerve atrophy in small discs with low cup-to-disc ratios. Ophthalmology. 1990;97(9):1211–5.
88. Tezel G, Kolker AE, Wax MB, Kass MA, Gordon M, Siegmund KD. Parapapillary chorioretinal atrophy in patients with ocular hypertension: II. An evaluation of progressive changes. Archives of ophthalmology. 1997;115(12):1509–14.
89. Tezel G, Kolker AE, Kass MA, Wax MB, Gordon M, Siegmund KD. Parapapillary chorioretinal atrophy in patients with ocular hypertension: I. An evaluation as a predictive factor for the development of glaucomatous damage. Archives of ophthalmology. 1997;115(12):1503–8.
90. Jonas JB, Naumann GO. Parapapillary chorioretinal atrophy in normal and glaucoma eyes. II. Correlations. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1989;30(5):919–26.
91. Jonas JB, Nguyen XN, Gusek GC, Naumann GO. Parapapillary chorioretinal atrophy in normal and glaucoma eyes. I. Morphometric data. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1989;30(5):908–18.
92. Drance S, Anderson DR, Schulzer M, Group CNTGS. Risk factors for progression of visual field abnormalities in normal-tension glaucoma. Am J Ophthalmol. 2001;131(6):699–708.
93. Jonas JB. Clinical implications of peripapillary atrophy in glaucoma. Curr Opin Ophthalmol. 2005;16(2):84–8.
94. Tezel G, Kass MA, Kolker AE, Wax MB. Comparative optic disc analysis in normal pressure glaucoma, primary open-angle glaucoma, and ocular hypertension. Ophthalmology. 1996;103(12):2105–13.
95. Sutton GE, Motolko MA, Phelps CD. Baring of a circumlinear vessel in glaucoma. Archives of Ophthalmology. 1983;101(5):739–44.
96. Osher RH, Herschler J. The significance of baring of the circumlinear vessel: a prospective study. Archives of Ophthalmology. 1981;99(5):817–8.
97. Jonas JB, Gusek GC, Naumann GO. Qualitative morphologic characteristics of normal and glaucomatous optic papillae. Klinische Monatsblatter fur Augenheilkunde. 1988;193(5):481–8.
98. Hitchings RA, Spaeth GL. Chronic retinal vein occlusion in glaucoma. British Journal of Ophthalmology. 1976;60(10):694–9.
99. Susanna R, Drance SM, Douglas GR. The visual prognosis of the fellow eye in uniocular chronic open-angle glaucoma. British Journal of Ophthalmology. 1978;62(5):327–9.
100. Jonas JB, Nguyen XN, Naumann GO. Parapapillary retinal vessel diameter in normal and glaucoma eyes. I. Morphometric data. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1989;30(7):1599–603.

61. Sommer A, Tielsch JM, Katz J, Quigley HA, Gottsch JD, Javitt J, et al. Relationship between intraocular pressure and primary open angle glaucoma among white and black Americans: the Baltimore Eye Survey. Archives of ophthalmology. 1991;109(8):1090–5.
62. Leibowitz HM, Krueger DE, Maunder LR, Milton RC, Kini MM, Kahn HA, et al. The Framingham Eye Study monograph: An ophthalmological and epidemiological study of cataract, glaucoma, diabetic retinopathy, macular degeneration, and visual acuity in a general population of 2631 adults, 1973-1975. Surv Ophthalmol. 1980;24(Suppl):335–610.
63. Klein BEK, Klein R, Sponsel WE, Franke T, Cantor LB, Martone J, et al. Prevalence of glaucoma: the Beaver Dam eye study. Ophthalmology. 1992;99(10):1499–504.
64. Weih LM, Nanjan M, McCarty CA, Taylor HR. Prevalence and predictors of open-angle glaucoma: results from the visual impairment project. Ophthalmology. 2001;108(11):1966–72.
65. Nouri-Mahdavi K, Hoffman D, Coleman AL, Liu G, Li G, Gaasterland D, et al. Predictive factors for glaucomatous visual field progression in the Advanced Glaucoma Intervention Study. Ophthalmology. 2004;111(9):1627–35.
66. Asrani S, Zeimer R, Wilensky J, Gieser D, Vitale S, Lindenmuth K. Large diurnal fluctuations in intraocular pressure are an independent risk factor in patients with glaucoma. J Glaucoma. 2000;9(2):134–42.
67. Caprioli J, Coleman AL. Intraocular pressure fluctuation: a risk factor for visual field progression at low intraocular pressures in the Advanced Glaucoma Intervention Study. Ophthalmology. 2008;115(7):1123–9.
68. Nouri-Mahdavi K, Medeiros FA, Weinreb RN. Fluctuation of intraocular pressure as a predictor of visual field progression. Archives of Ophthalmology. 2008;126(8):1168–9.
69. Sommer A, Tielsch JM, Katz J, Quigley HA, Gottsch JD, Javitt JC, et al. Racial differences in the cause-specific prevalence of blindness in east Baltimore. New England journal of medicine. 1991;325(20):1412–7.
70. Varma R, Ying-Lai M, Francis BA, Nguyen BBT, Deneen J, Wilson MR, et al. Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology. 2004;111(8):1439–48.
71. Rotchford AP, Johnson GJ. Glaucoma in Zulus: a population-based cross-sectional survey in a rural district in South Africa. Archives of ophthalmology. 2002;120(4):471–8.
72. Rotchford AP, Kirwan JF, Muller MA, Johnson GJ, Roux P. Temba glaucoma study: a population-based cross-sectional survey in urban South Africa. Ophthalmology. 2003;110(2):376–82.
73. Duggal P, Klein AP, Lee KE, Iyengar SK, Klein R, Bailey-Wilson JE, et al. A genetic contribution to intraocular pressure: the beaver dam eye study. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2005;46(2):555–60.
74. Mitchell P, Rochtchina E, Lee AJ, Wang JJ. Bias in self-reported family history and relationship to glaucoma: the Blue Mountains Eye Study. Ophthalmic Epidemiol. 2002;9(5):333–45.
75. NICE. The National Institute for Health and Care Excellence. Glaucoma: diagnosis and management (NG81) [Internet]. 2017. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng81/resources/glaucoma-diagnosis-and-management-pdf-1837689655237
76. Jonas JB, Gusek GC, Naumann GO. Optic disc, cup and neuroretinal rim size, configuration and correlations in normal eyes. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1988;29(7):1151–8.
77. Kahn HA, Milton RC. Alternative definitions of open-angle glaucoma: effect on prevalence and associations in the Framingham Eye Study. Archives of Ophthalmology. 1980;98(12):2172–7.
78. Hoffmann EM, Zangwill LM, Crowston JG, Weinreb RN. Optic disk size and glaucoma. Surv Ophthalmol. 2007;52(1):32–49.
79. Budde WM, Jonas JB, Martus P, Gründer AE. Influence of optic disc size on neuroretinal rim shape in healthy eyes. J Glaucoma. 2000;9(5):357–62.

42. Shimmyo M, Ross AJ, Moy A, Mostafavi R. Intraocular pressure, Goldmann applanation tension, corneal thickness, and corneal curvature in Caucasians, Asians, Hispanics, and African Americans. Am J Ophthalmol. 2003;136(4):603–13.
43. Orssengo GJ, Pye DC. Determination of the true intraocular pressure and modulus of elasticity of the human cornea in vivo. Bull Math Biol. 1999;61(3):551–72.
44. Dueker DK, Singh K, Lin SC, Fechtner RD, Minckler DS, Samples JR, et al. Corneal thickness measurement in the management of primary open-angle glaucoma: a report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology. 2007;114(9):1779–87.
45. Francis BA, Varma R, Chopra V, Lai MY, Shtir C, Azen SP, et al. Intraocular pressure, central corneal thickness, and prevalence of open-angle glaucoma: the Los Angeles Latino Eye Study. Am J Ophthalmol. 2008;146(5):741–6.
46. Liu J, Roberts CJ. Influence of corneal biomechanical properties on intraocular pressure measurement: quantitative analysis. Journal of Cataract & Refractive Surgery. 2005;31(1):146–55.
47. Congdon NG, Broman AT, Bandeen-Roche K, Grover D, Quigley HA. Central corneal thickness and corneal hysteresis associated with glaucoma damage. Am J Ophthalmol. 2006;141(5):868–75.
48. Tielsch JM, Katz J, Sommer A, Quigley HA, Javitt JC. Hypertension, perfusion pressure, and primary open-angle glaucoma: a population-based assessment. Archives of ophthalmology. 1995;113(2):216–21.
49. Memarzadeh F, Ying-Lai M, Chung J, Azen SP, Varma R, Group LALES. Blood pressure, perfusion pressure, and open-angle glaucoma: the Los Angeles Latino Eye Study. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2010;51(6):2872–7.
50. Chopra V, Varma R, Francis BA, Wu J, Torres M, Azen SP, et al. Type 2 diabetes mellitus and the risk of open-angle glaucoma: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology. 2008;115(2):227–32.
51. Bonovas S, Peponis V, Filioussi K. Diabetes mellitus as a risk factor for primary open-angle glaucoma: a meta-analysis. Diabetic medicine. 2004;21(6):609–14.
52. Dielemans I, de Jong PTVM, Stolk R, Vingerling JR, Grobbee DE, Hofman A. Primary open-angle glaucoma, intraocular pressure, and diabetes mellitus in the general elderly population: the Rotterdam Study. Ophthalmology. 1996;103(8):1271–5.
53. Le A, Mukesh BN, McCarty CA, Taylor HR. Risk factors associated with the incidence of open-angle glaucoma: the visual impairment project. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2003;44(9):3783–9.
54. Pasquale LR, Kang JH, Manson JE, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE. Prospective study of type 2 diabetes mellitus and risk of primary open-angle glaucoma in women. Ophthalmology. 2006;113(7):1081–6.
55. de Voogd S, Ikram MK, Wolfs RCW, Jansonius NM, Witteman JCM, Hofman A, et al. Is diabetes mellitus a risk factor for open-angle glaucoma?: The Rotterdam Study. Ophthalmology. 2006;113(10):1827–31.
56. Klein BEK, Klein R, Jensen SC. Open-angle glaucoma and older-onset diabetes: the Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology. 1994;101(7):1173–7.
57. Nakamura M, Kanamori A, Negi A. Diabetes mellitus as a risk factor for glaucomatous optic neuropathy. Ophthalmologica. 2005;219(1):1–10.
58. Vijaya L, George R, Paul PG, Baskaran M, Arvind H, Raju P, et al. Prevalence of open-angle glaucoma in a rural south Indian population. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2005;46(12):4461–7.
59. Ophthalmology IC of. ICO Guidelines for Glaucoma Eye Care 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.icoph.org/enhancing_eyecare/glaucoma.html
60. Dielemans I, Vingerling JR, Wolfs RCW, Hofman A, Grobbee DE, de Jong PTVM. The prevalence of primary open-angle glaucoma in a population-based study in the Netherlands: the Rotterdam Study. Ophthalmology. 1994;101(11):1851–5.

22. Klein BEK, Klein R, Lee KE. Heritability of risk factors for primary open-angle glaucoma: the Beaver Dam Eye Study. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2004;45(1):59–62.
23. Bonomi L, Marchini G, Marraffa M, Bernardi P, Morbio R, Varotto A. Vascular risk factors for primary open angle glaucoma: the Egna-Neumarkt Study. Ophthalmology. 2000;107(7):1287–93.
24. Mitchell P, Smith W, Chey T, Healey PR. Open-angle glaucoma and diabetes: the Blue Mountains eye study, Australia. Ophthalmology. 1997;104(4):712–8.
25. Leske MC, Connell AMS, Wu SY, Hyman LG, Schachat AP. Risk factors for open-angle glaucoma: the Barbados Eye Study. Archives of ophthalmology. 1995;113(7):918–24.
26. Mitchell P, Hourihan F, Sandbach J, Wang JJ. The relationship between glaucoma and myopia: the Blue Mountains Eye Study. Ophthalmology. 1999;106(10):2010–5.
27. Wang JJ, Mitchell P, Smith W. Is there an association between migraine headache and open-angle glaucoma?: findings from the Blue Mountains Eye Study. Ophthalmology. 1997;104(10):1714–9.
28. Broadway DC, Drance SM. Glaucoma and vasospasm. British Journal of Ophthalmology. 1998;82(8):862–70.
29. Cursiefen C, Wisse M, Cursiefen S, Jüncmann A, Martus P, Korth M. Migraine and tension headache in high-pressure and normal-pressure glaucoma. Am J Ophthalmol. 2000;129(1):102–4.
30. Armaly MF, Krueger DE, Maunder L, Becker B, Hetherington J, Kolker AE, et al. Biostatistical analysis of the collaborative glaucoma study: I. Summary report of the risk factors for glaucomatous visual-field defects. Archives of ophthalmology. 1980;98(12):2163–71.
31. Dielemans I, Vingerling JR, Algra D, Hofman A, Grobbee DE, de Jong PTVM. Primary open-angle glaucoma, intraocular pressure, and systemic blood pressure in the general elderly population: the Rotterdam Study. Ophthalmology. 1995;102(1):54–60.
32. Mitchell P, Lee AJ, Rochtchina E, Wang JJ. Open-angle glaucoma and systemic hypertension: the blue mountains eye study. J Glaucoma. 2004;13(4):319–26.
33. Gordon MO, Beiser JA, Brandt JD, Heuer DK, Higginbotham EJ, Johnson CA, et al. The Ocular Hypertension Treatment Study: baseline factors that predict the onset of primary open-angle glaucoma. Archives of ophthalmology. 2002;120(6):714–20.
34. Shah S, Chatterjee A, Mathai M, Kelly SP, Kwartz J, Henson D, et al. Relationship between corneal thickness and measured intraocular pressure in a general ophthalmology clinic. Ophthalmology. 1999;106(11):2154–60.
35. Whitacre MM, Stein RA, Hassanein K. The effect of corneal thickness on applanation tonometry. Am J Ophthalmol. 1993;115(5):592–6.
36. Goldmann H, Schmidt TH. Applanation tonometry. Ophthalmologica. 1957;134(4):221–42.
37. Ehlers N, Bramsen T, Sperling S. Applanation tonometry and central corneal thickness. Acta Ophthalmol. 1975;53(1):34–43.
38. Stodtmeister R. Applanation tonometry and correction according to corneal thickness. Acta Ophthalmologica Scandinavica. 1998;76(3):319–24.
39. Doughty MJ, Zaman ML. Human corneal thickness and its impact on intraocular pressure measures: a review and meta-analysis approach. Surv Ophthalmol. 2000;44(5):367–408.
40. Medeiros FA, Sample PA, Zangwill LM, Bowd C, Aihara M, Weinreb RN. Corneal thickness as a risk factor for visual field loss in patients with preperimetric glaucomatous optic neuropathy. Am J Ophthalmol. 2003;136(5):805–13.
41. Hahn S, Azen S, Ying-Lai M, Varma R, Group LALES. Central corneal thickness in Latinos. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2003;44(4):1508–12.

11. REFERÊNCIAS

1. van Buskirk EM, Cioffi GA. Glaucomatous optic neuropathy. Am J Ophthalmol. 1992;113(4):447–52.
2. Quigley HA. Number of people with glaucoma worldwide. British journal of ophthalmology. 1996;80(5):389–93.
3. Thylefors B, Negrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. Global data on blindness. Bulletin of the world health organization. 1995;73(1):115.
4. Ghanem CC. Levantamento de casos de glaucoma em Joinville-Santa Catarina, 1984. Arq bras oftalmol. 1989;40–3.
5. Medina NH, Barros OM de, Muñoz E de H, Magdaleno RL, Barros AJD de, Ramos LR. Morbidade ocular em idosos da cidade de São Paulo-SP, Brasil. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. 1993;56:276–83.
6. Sakata K, Sakata LM, Sakata VM, Santini C, Hopker LM, Bernardes R, et al. Prevalence of glaucoma in a South brazilian population: Projeto Glaucoma. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2007;48(11):4974–9.
7. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. As Condições de Saúde Ocular no Brasil [Internet]. São Paulo: CBO. 2019 [cited 2022 Feb 22]. Available from: https://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf
8. Allingham RR, Damji KF, Freedman SF, Moroi SE, Rhee DJ, Shields B. Shields Textbook of Glaucoma. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
9. American Academy of Ophthalmology. Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern [Internet]. https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(20)31024-1/fulltext#relatedArticles; 2020 [cited 2021 Nov 6]. Available from: https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(20)31024-1/fulltext#relatedArticles
10. Mitchell P, Smith W, Attebo K, Healey PR. Prevalence of open-angle glaucoma in Australia: the Blue Mountains Eye Study. Ophthalmology. 1996;103(10):1661–9.
11. Leske MC, Connell AMS, Schachat AP, Hyman L. The Barbados Eye Study: prevalence of open angle glaucoma. Archives of ophthalmology. 1994;112(6):821–9.
12. Quigley HA, West SK, Rodriguez J, Munoz B, Klein R, Snyder R. The prevalence of glaucoma in a population-based study of Hispanic subjects: Proyecto VER. Archives of ophthalmology. 2001;119(12):1819–26.
13. Wensor MD, McCarty CA, Stanislavsky YL, Livingston PM, Taylor HR. The prevalence of glaucoma in the Melbourne Visual Impairment Project. Ophthalmology. 1998;105(4):733–9.
14. Tielsch JM, Sommer A, Katz J, Royall RM, Quigley HA, Javitt J. Racial variations in the prevalence of primary open-angle glaucoma: the Baltimore Eye Survey. Jama. 1991;266(3):369–74.
15. Friedman DS, Jampel HD, Munoz B, West SK. The prevalence of open-angle glaucoma among blacks and whites 73 years and older: the Salisbury Eye Evaluation Glaucoma Study. Archives of ophthalmology. 2006;124(11):1625–30.
16. Wolfs RCW, Klaver CCW, Ramrattan RS, van Duijn CM, Hofman A, de Jong PTVM. Genetic risk of primary open-angle glaucoma: population-based familial aggregation study. Archives of ophthalmology. 1998;116(12):1640–5.
17. Doshi V, Ying-Lai M, Azen SP, Varma R, Group LALES. Sociodemographic, family history, and lifestyle risk factors for open-angle glaucoma and ocular hypertension: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology. 2008;115(4):639–47.
18. Tielsch JM, Katz J, Sommer A, Quigley HA, Javitt JC. Family history and risk of primary open angle glaucoma: the Baltimore Eye Survey. Archives of ophthalmology. 1994;112(1):69–73.
19. Leske MC, Wu SY, Nemesure B, Hennis A, Group BES. Incident open-angle glaucoma and blood pressure. Archives of ophthalmology. 2002;120(7):954–9.
20. Group EDPR. Prevalence of open-angle glaucoma among adults in the United States. Archives of ophthalmology. 2004;122(4):532.
21. Hernández RA, Burr JM, Vale LD. Economic evaluation of screening for open-angle glaucoma. Int J Technol Assess Health Care. 2008;24(2):203–11.

e do acompanhamento pós-tratamento. Doentes de glaucoma devem ser atendidos em serviços especializados em oftamologia, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento.

Quanto ao fornecimento dos colírios, o estabelecimento de saúde pode estar credenciado em uma das modalidades de habilitação em oftalmologia no SUS: sob o código 0506 - tratamento do glaucoma com medicamentos no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica, no qual é o estabelecimento o responsável pelo fornecimento, ou sob o código 0508 - tratamento do glaucoma com medicamentos, cujo fornecimento se dá pelas secretarias estaduais de saúde, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados nesse Protocolo. Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação do(s) medicamento(s) e encaminhar estas informações ao Ministério da Saúde via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (BNAFAR), conforme as normativas vigentes.

Os procedimentos diagnósticos (Grupo 02 e seus vários subgrupos – clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e por imagem), terapêuticos clínicos (Grupo 03), terapêuticos cirúrgicos (Grupo 04 e os vários subgrupos cirúrgicos por especialidades e complexidade) e de transplantes (Grupo 05 e seus seis subgrupos) da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS podem ser acessados, por código ou nome do procedimento e por código da CID-10 para a respectiva doença, no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento dessa Tabela (http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp), com versão mensalmente atualizada e disponibilizada.

10. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

Deve-se informar ao paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

Rua S- 5 nº 854 Quadra S -19 Lote -5 Sala 8 1º Andar, Setor Bela Vista CEP: 74.823-460 Goiânia - GO Fone: (62) 3911 9696 - E-mail: abeas@abeas.org.br – www.abeas.org.br

efeito cataratogênico com o uso desse medicamento, além de descolamento de retina causado por tração vitreorretiniana. Cistos pigmentados de íris, buraco macular e toxicidade corneana também são eventos adversos descritos. Os eventos adversos sistêmicos são raros, representados pelo efeito muscarínico do fármaco em diferentes sistemas[8,173]. A pilocarpina é contraindicada para pacientes hipersensíveis ou intolerantes e para pacientes com uveítes anteriores ativas, *rubeosis iridis*, bloqueio pupilar, glaucoma congênito e doença pulmonar avançada[8,173].

- Brimonidina: os eventos adversos mais comuns são alergia ocular, folículos conjuntivais e edema palpebral, os quais podem se manifestar até 18 meses após o início da terapia. Casos de uveíte anterior granulomatosa também foram descritos na literatura. Os efeitos sistêmicos incluem xerostomia, fadiga, sedação, sonolência e cefaleia, mais comuns nos extremos de idade. Por atravessar a barreira hematoencefálica e poder causar depressão pronunciada do sistema nervoso central, a brimonidina deve ser evitada em crianças com menos de 12 anos[8,172]. Está contraindicada para pacientes com hipersensibilidade ou intolerância ao tartarato de brimonidina ou a qualquer um dos componentes da fórmula, bem como para pacientes em tratamento com fármacos inibidores da monoamino oxidase (MAO)[8,172].

- Brinzolamida e dorzolamida: os inibidores da anidrase carbônica tópicos costumam causar poucos eventos adversos oculares, sendo o principal a blefaroconjuntivite alérgica. Sensação de gosto amargo, visão turva, dermatite periorbitária e reações de hipersensibilidade também foram descritas. Em pacientes com glaucoma primário ou hipertensão ocular, a espessura média corneana aumentou após o uso de dorzolamida, porém sem significância clínica. Em pacientes com córnea guttata, o uso de dorzolamida por pequeno período de tempo foi associado a um aumento estatisticamente significativo na espessura central corneana. Portanto, os inibidores da anidrase carbônica tópicos devem ser utilizados com cautela em pacientes com disfunção endotelial corneana[8,172]. Esses medicamentos estão contraindicados para pacientes com hipersensibilidade ou intolerância. Não é recomendado o uso concomitante de inibidores da anidrase carbônica tópicos com a administração por via oral.

- Bimatoprosta, travoprosta e latanoprosta: os principais eventos adversos do uso dessa classe de medicamentos estão relacionados a efeitos locais (oculares e perioculares). Hiperemia ocular é a manifestação mais comum, sendo sua prevalência semelhante entre os análogos das prostaglandinas. É mais frequente nas prostamidas, possivelmente devido à afinidade aumentada aos receptores EP1 (hiperemia inflamatória), assim como pela maior concentração em relação aos demais medicamentos. Outros efeitos relatados são aumento da pigmentação íriana e periocular e do crescimento dos cílios. O estímulo da melanogênese é mais frequente com alguns dos medicamentos da classe e resulta em problemas mais estéticos do que desconfortáveis ou incapacitantes. Embora o aumento da pigmentação íriana seja permanente, o aumento da pigmentação periocular e o crescimento dos cílios revertem após a suspensão do medicamento. A principal preocupação quanto à toxicidade corneana, em olhos tratados com análogos de prostaglandina, relaciona-se aos pacientes com história de ceratite por herpes simples. Há relatos de casos em que houve reativação após o uso de latanoprosta e bimatoprosta. Portanto, é aconselhável iniciar tratamento hipotensor de outra classe nesses pacientes. Epiteliopatia dendrítica e erosões do epitélio corneano e sinais de toxicidade também foram descritos. Efeitos inflamatórios intraoculares também foram referidos: raros casos de uveíte anterior, responsivos à terapia esteroide, além de edema macular cistoide. Portanto, recomenda-se precaução em relação aos pacientes com glaucoma uveítico e àqueles com fatores de risco para a doença inflamatória retiniana. Os eventos adversos sistêmicos são praticamente inexistentes. Apesar disso, os medicamentos devem ser evitados em mulheres férteis que não usam contraceptivos ou em gestantes, pois não se sabe seu efeito na musculatura lisa uterina. Embora as concentrações plasmáticas sejam baixas, a possibilidade teórica de aborto não pode ser descartada. Esses medicamentos estão contraindicados para pacientes que apresentarem hipersensibilidade, contraindicação ou intolerância aos componentes da fórmula[8,173,172].

9. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de doentes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das doses de medicamento(s) prescritas e dispensadas e da adequação de uso

7.6. Benefícios esperados

Espera-se que com o início da terapia hipotensora ou com o tratamento cirúrgico os pacientes obtenham diminuição da PIO até atingirem a PIO alvo.

8. MONITORAMENTO

O monitoramento do paciente é fundamental para o controle da doença. Como o glaucoma é uma afecção crônica, assintomática e com necessidade de uso de múltiplos medicamentos e, em alguns casos, de tratamento cirúrgico, a relação médico-paciente tem uma importância fundamental[6,73,80,81]. No **Quadro 1** estão apresentados os critérios preconizados para a periodicidade do acompanhamento dos pacientes com glaucoma.

Quadro 1 - Critérios preconizados para definir a periodicidade do acompanhamento[9].

PIO alvo atingida	Progressão do dano	Duração do controle (em meses)	Acompanhamento (em meses)
Sim	Não	Igual ou inferior a 6	6
Sim	Não	Acima de 6	12
Sim	Sim	NA	1-2
Não	Sim	NA	1-2
Não	Não	NA	3-6

Legenda: NA = não se aplica; Duração do controle = tempo no qual o paciente teve a doença controlada, ou seja, sem progressão; Acompanhamento = intervalo de tempo máximo entre as avaliações.

A avaliação consta do exame do paciente, da documentação do nervo óptico (preferencialmente com retinografia binocular colorida) e da campimetria visual. Pacientes com glaucoma avançado podem necessitar de avaliações mais frequentes. Os intervalos propostos para o acompanhamento correspondem ao tempo máximo preconizado entre as consultas oftalmológicas[9,80].

Além disso, devem ser observados os eventos adversos e contraindicações ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo:

- Timolol: os eventos adversos são divididos em oculares e sistêmicos. A toxicidade ocular manifesta-se por ceratopatia punctata, hipoestesia corneana, reações alérgicas e erosões corneanas recorrentes. A toxicidade sistêmica é mais frequente que a ocular. Com relação ao sistema cardiovascular, já foram descritos episódios de bradicardia, arritmia, infarto e síncope, todos relacionados à diminuição da contratilidade miocárdica pelo bloqueio dos receptores beta-1. Os efeitos respiratórios, como espasmos brônquicos e obstrução das vias respiratórias, estão relacionados à inibição dos receptores beta-2, que ocasiona contração da musculatura brônquica lisa. Os efeitos no sistema nervoso central também podem ocorrer, tendo sido citadas depressão, ansiedade, alucinações e sonolência. Efeitos diversos como alterações dermatológicas (alopecia e erupções maculopapulares) e gastrointestinais (náusea e vômitos) também são relatados[5]. As contraindicações ao uso dos betabloqueadores são hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos, história de asma brônquica ou doença pulmonar obstrutiva grave, além de bradicardia sinusal, bloqueio atrioventricular de segundo e terceiro graus, choque cardiogênico e propensão a insuficiência cardíaca[5].

- Pilocarpina: os eventos adversos oculares com o uso de pilocarpina são comuns e podem interferir na qualidade de vida do paciente e na adesão ao tratamento. Espasmo no músculo ciliar pode ocasionar cefaleia frontal, que usualmente é autolimitada. Miose é um dos efeitos mais marcantes, podendo levar à formação de sinéquias posteriores e, raramente, à oclusão pupilar. A miopia é induzida pela acomodação por deslocamento anterior do cristalino, geralmente em jovens fácicos. Foi relatado um

tenha passado pelas etapas previstas no Protocolo. Caso a doença não esteja controlada, o paciente deve iniciar o esquema da mesma forma que um paciente que não iniciou o uso de hipotensores.

7.2. Tratamento cirúrgico

A cirurgia antiglaucomatosa também pode ser considerada para controle da pressão ocular caso o tratamento clínico seja ineficaz ou intolerável ou caso não haja adesão do paciente ao tratamento medicamentoso.

7.3. Fármacos

- Acetazolamida: comprimido de 250 mg.
- Bimatoprosta: solução oftálmica a 0,03%.
- Brimonidina: solução oftálmica a 0,2%.
- Brinzolamida: suspensão oftálmica a 1%.
- Dorzolamida: solução oftálmica a 2%.
- Latanoprosta: solução oftálmica a 0,005%.
- Manitol: solução intravenosa a 20%.
- Pilocarpina: solução oftálmica a 2%.
- Timolol: solução oftálmica a 0,5%.
- Travoprosta: solução oftálmica a 0,004%.

7.4. Esquemas de administração

- Acetazolamida: 1 comprimido via oral (VO) de até 6 em 6 horas.
- Bimatoprosta a 0,03%: 1 gota no olho, 1 vez por dia (à noite).
- Brimonidina a 0,2%: 1 gota no olho, 2 a 3 vezes ao dia (quando em monoterapia); se associada, 1 gota, 2 vezes ao dia.
- Brinzolamida: 1 gota no olho, 2 a 3 vezes ao dia (quando em monoterapia); se associada, 1 gota, 2 vezes ao dia.
- Dorzolamida: 1 gota no olho, 2 a 3 vezes ao dia (quando em monoterapia); se associada, 1 gota, 2 vezes ao dia.
- Latanoprosta: 1 gota no olho, 1 vez por dia (à noite).
- Manitol: 1,5 a 2 g/kg de peso por via intravenosa de 8 em 8 horas.
- Pilocarpina: 1 gota no olho de 6 em 6 horas.
- Timolol: 1 gota no olho, 2 vezes ao dia.
- Travoprosta: 1 gota no olho, 1 vez por dia (à noite).

7.5. Tempo de tratamento

Como o glaucoma é uma doença incurável, o tratamento é contínuo, sem duração pré-determinada, o que exige um adequado acompanhamento oftalmológico. Quando o tratamento clínico é ineficaz, intolerável ou não conta com a adesão do paciente, a cirurgia antiglaucomatosa deve ser considerada para fins de controle da doença. Pode ser retirado algum hipotensor, caso seja obtido controle pressórico e estabelecida ausência de progressão da doença, ou seja, quando o dano ao nervo óptico consegue ser mantido e o campo visual permanece; porém, constatada a progressão da doença, o tratamento medicamentoso deve ser retomado[5,14,75,80,81].

- PIO alvo: pressão na qual não há progressão documentada do glaucoma, ou seja, não há aumento nem da escavação do nervo óptico nem de dano no campo visual;

- Falha primária: redução da PIO inferior a 10% com o uso do hipotensor ocular após 4 semanas do início do tratamento, e;

- Falha terapêutica: redução da PIO superior a 10% com impossibilidade de atingir a PIO alvo com o uso do hipotensor ocular após 4 semanas do início do tratamento ou progressão documentada mesmo atingindo a PIO alvo inicial.

O tratamento medicamentoso deve seguir os seguintes critérios:

Para monoterapia com timolol:

- Pacientes com dois ou mais critérios de gravidade menores; **ou**

- Pacientes com um critério de gravidade menor e um critério de gravidade maior.

Para monoterapia com dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina (medicamentos de segunda linha):

- Falha primária ou contraindicação ou evento adverso ao timolol.

Para monoterapia com prostaglandina (ou latanoprosta ou bimatoprosta ou travoprosta):

- Dois ou mais critérios de gravidade maiores ou um maior e dois ou mais menores;

- Falha primária ou terapêutica da associação de timolol e um medicamento de segunda linha (ou dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina); **ou**

- Falha primária ou terapêutica de medicamento de segunda linha (ou dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina).

Para uso da associação de timolol e medicamento de segunda linha (dorzolamida ou brinzolamida ou brimonidina):

- Falha terapêutica do timolol;

- Falha primária com o uso de prostaglandina.

Para uso da associação de timolol e prostaglandina (latanoprosta ou bimatoprosta ou travoprosta):

- Falha terapêutica da monoterapia com prostaglandina.

Para uso da associação de medicamentos de segunda linha e prostaglandina:

- Falha terapêutica com monoterapia medicamentosa de segunda linha.

Deve ser evitada a associação de dois medicamentos de segunda linha, independentemente do tipo de falha, substituindo-se a associação por monoterapia com prostaglandina. Caso o paciente tenha contraindicação ou falha primária com o uso de prostaglandina, deve-se tentar timolol com um ou mais medicamentos de segunda linha, desde que de classes diferentes. Se não for atingida a PIO alvo, deve-se considerar a intervenção cirúrgica. É possível a associação de dois ou mais fármacos, podendo o paciente utilizar as quatro classes disponíveis. Para tanto, deve-se seguir a sequência preconizada e observar a possibilidade de cirurgia.

Pacientes com PIO elevada que aguardam a aplicação de *laser* ou intervenção cirúrgica podem utilizar medicamentos adjuvantes, pela via oral, como acetazolamida, associada aos esquemas acima preconizados. O agente hiperosmótico manitol poderá ser utilizado, em âmbito hospitalar, em pacientes com PIO elevada (por exemplo, glaucoma de fechamento angular), pois é muito efetivo e reduz rapidamente a PIO. Por apresentar incidência elevada de eventos adversos, a pilocarpina fica reservada, da mesma forma que a acetazolamida, para pacientes com PIO elevada que aguardam a realização de procedimentos. Nos casos em que houver falha terapêutica com os medicamentos disponíveis, deve ser discutida a possibilidade de intervenção cirúrgica.

Pacientes que já estão em tratamento e estão incluídos neste Protocolo devem seguir o esquema de tratamento proposto. Caso a doença esteja controlada (PIO alvo), o médico prescritor deve justificar o uso do medicamento de modo que o paciente

A brinzolamida a 1% apresenta eficácia semelhante à da dorzolamida. Em estudo comparativo entre os dois medicamentos, administrados três vezes ao dia, a média de redução da PIO foi de 20,1% para ambos[8,184].

Análogos das prostaglandinas e prostamidas

Os análogos das prostaglandinas e, posteriormente, as prostamidas são os medicamentos mais recentes para o tratamento clínico do glaucoma. São derivados da prostaglandina F2alfa e atuam aumentando a atividade das metaloproteinases, o que leva a alterações na matriz extracelular, permitindo, assim, maior escoamento do humor aquoso através da via uveoescleral[8]. Os principais representantes dessa classe são latanoprosta, travoprosta e tafluprosta, análogos das prostaglandinas, e bimatoprosta, representante das prostamidas[185–187].

Essa classe de medicamentos é a de maior efeito hipotensor. É utilizada em dose única noturna, pois a maioria dos estudos demonstra superioridade em relação à dose única matinal. Quando associados ao maleato de timolol, são utilizadas igualmente em dose única noturna, com efeito semelhante ao do uso isolado de ambos os medicamentos. Podem ser associados a qualquer classe de medicamentos, otimizando o controle pressórico no paciente glaucomatoso dada sua significativa eficácia.

A latanoprosta a 0,005% foi a primeira prostaglandina de uso clínico para tratamento do glaucoma. É utilizada em dose única noturna, diminuindo a PIO média em torno de 30%. Paralelamente à sua eficácia no tratamento de hipertensos oculares e de glaucomatosos, foi também analisada em pacientes pediátricos e em doentes de glaucomas primários de ângulo fechado, com resultados positivos em ambos os grupos. Apresenta eficácia hipotensora semelhante à da combinação de dorzolamida e timolol[183].

A travoprosta a 0,004% é similar à latanoprosta, com alguns estudos sugerindo maior eficácia da primeira na redução da PIO em indivíduos de pele preta, quando comparados com os de pele branca. A bimatoprosta a 0,03% é similar à latanoprosta, causando maior hiperemia conjuntival e menor incidência de cefaleia e pigmentação iriana[180,186,187,188,178,175–176,181,188–201].

A tafluprosta é inferior às demais prostaglandinas já incluídas no PCDT (bimatoprosta, latanoprosta e travoprosta) e semelhante ao timolol[202].

O tratamento do glaucoma comumente exige a associação de medicamentos, que possuem efeito aditivo no impedimento da progressão da doença[8,59,75,80,81,157,158,160–165,175–178,195]. No entanto, o uso das apresentações em associações em doses fixas de colírios não está previsto neste PCDT por não existirem evidências que englobem análise adequada de custo-efetividade.

7.1.1. Tratamento medicamentoso por critérios de gravidade da doença

Após a confirmação diagnóstica, a definição do tratamento deverá observar os critérios de gravidade da doença.

Critérios de gravidade menores[8,75,80,81]:

- PIO de 21 a 26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
- Alargamento da escavação (relação entre o diâmetro da escavação e o diâmetro do disco) do disco óptico entre 0,5 e 0,8; e
- Alteração no campo visual compatível com glaucoma sem comprometimento dos 10 graus centrais em nenhum dos olhos.

Critérios de gravidade maiores[8,75,80,81]:

- PIO acima de 26 mmHg na ausência de medicamento antiglaucomatoso;
- Cegueira por dano glaucomatoso em um olho;
- Alargamento da escavação do disco óptico acima de 0,8; e
- Comprometimento em três ou mais quadrantes ou dano nos 10 graus centrais em um dos olhos.

Como resposta ao tratamento medicamentoso, devem ser considerados:

prostamidas, o maleato de timolol tem efeito aditivo hipotensor, podendo ser associado a qualquer classe de medicamentos, com eficácia comprovada em diferentes estudos[8,158,168–170].

Parassimpaticomiméticos

Os parassimpaticomiméticos, também chamados de mióticos ou colinérgicos, foram os primeiros medicamentos a serem utilizados no tratamento do glaucoma. O principal representante da classe é a pilocarpina. Seu mecanismo de ação hipotensora baseia-se no aumento do escoamento do humor aquoso por contração da musculatura ciliar e deslocamento do esporão escleral, aumentando os espaços de drenagem intertrabeculares. A pilocarpina reduz o escoamento uveoescleral, podendo aumentar a PIO em olhos dependentes dessa via para drenagem do humor aquoso. Após a instilação, a concentração máxima no humor aquoso é atingida em 20 minutos, com redução média de 20% na PIO. A pilocarpina apresenta efeito hipotensor; entretanto, o alto índice de eventos adversos limita a sua indicação[8,171].

Agonistas alfa-adrenérgicos

Os agonistas alfa-adrenérgicos são utilizados no tratamento do glaucoma há várias décadas. A brimonidina, que apresenta seletividade para os receptores alfa-2, praticamente substituiu os fármacos não seletivos. Essa seletividade proporciona menos eventos adversos relacionados aos medicamentos mais antigos. O estímulo dos receptores alfa-adrenérgicos está associado a menor produção do humor aquoso por vasoconstrição e redução do fluxo sanguíneo do corpo ciliar. Os alfa-agonistas reduzem a PIO tanto pela diminuição da produção de humor aquoso quanto pelo aumento da drenagem pela via uveoescleral[8,171,172].

A brimonidina é um agente efetivo no tratamento crônico do glaucoma. Para a obtenção do máximo efeito hipotensor ocular, recomenda-se sua utilização três vezes ao dia. Quando comparada aos demais medicamentos utilizados no tratamento do glaucoma, apresenta efeito hipotensor médio inferior às prostaglandinas, ao maleato de timolol e aos inibidores da anidrase carbônica. Seu uso está principalmente indicado após procedimentos em que há aumento súbito da PIO, como a iridotomia a *laser*. Pode ser associada a qualquer classe de medicamentos tópicos, com efeito aditivo hipotensor, conforme orientações de tratamento deste Protocolo[158,161–165,168,173–182].

Além da redução da PIO, a brimonidina apresenta possível efeito neuroprotetor por meio da redução de perda das células ganglionares. Entretanto, ainda não há evidências que justifiquem seu uso com esse propósito[183].

Inibidores da anidrase carbônica

Os inibidores da anidrase carbônica são divididos em sistêmicos e tópicos e são utilizados para o tratamento do glaucoma desde a década de 1950, com o advento da acetazolamida. Posteriormente, foram pesquisadas formas tópicas do medicamento, lançadas no mercado mundial na década de 1990. A produção ativa de humor aquoso depende, em parte, da ação de enzimas que causam hidratação de dióxido de carbono, resultando em bicarbonato. Esse processo é dependente da enzima anidrase carbônica, presente nas células não pigmentadas do epitélio ciliar, o qual participa da formação do humor aquoso. Sua inibição está associada à redução da produção do humor aquoso e consequente diminuição da PIO[8].

A acetazolamida, medicamento de administração sistêmica, foi lançada como hipotensora ocular em 1954. Seu papel principal reside nas situações de emergência, quando a PIO está demasiadamente aumentada, tendo efeito mais rápido e efetivo[8]. Os inibidores da anidrase carbônica tópicos são a dorzolamida e a brinzolamida.

A dorzolamida a 2% é recomendada na posologia de três vezes ao dia. A fim de aumentar a adesão ao tratamento, costuma ser prescrita na dose de duas vezes diárias. Reduz a PIO entre 14,7% a 27% após 2 horas e entre 12,9% a 17,5% após 8 horas. Em 24 horas, há redução média de 18% a 22%. Apresenta eficácia semelhante à do maleato de timolol a 0,5%, inferior à das prostaglandinas e superior à dos alfa-agonistas. Estudos mostraram que quando administrada duas vezes ao dia apresenta efeito aditivo na redução da PIO em pacientes usuários de timolol. A combinação fixa de timolol a 0,5% e dorzolamida a 2% está disponível comercialmente, com vários estudos demonstrando equivalência ao uso isolado dos fármacos e efeito hipotensor semelhante ao da monoterapia com prostaglandina[8,158,162,165–169,174–178].

Antes do início do tratamento, deve ser realizado exame oftalmológico completo com a documentação do nervo óptico com retinografia binocular colorida, campimetria visual, paquimetria, avaliação do fundo de olho, tomografia de coerência óptica e medição da PIO basal, sendo preconizadas as aferições em dias diferentes e considerada a de maior valor. Os pacientes devem repetir a medição da PIO quatro semanas após o início ou a modificação do tratamento. Nesse mesmo período, é necessária a escolha da PIO alvo para o paciente, definida como uma PIO na qual não há progressão documentada da doença. Seu valor inicial geralmente é 25% a 30% inferior ao da PIO basal, porém, dependendo de alguns fatores, pode ser diferente:

- PIO basal: quanto menor a PIO pré-tratamento, menor a PIO alvo;
- Gravidade da doença: quanto maior o dano glaucomatoso pré-tratamento, menor a PIO alvo;
- Taxa de progressão: quanto maior a progressão, menor a PIO alvo;
- Idade e expectativa de vida: quanto mais jovem o paciente, menor a PIO alvo;
- Presença de outros fatores agravantes (exfoliação, hemorragias de disco): quanto maior o número de fatores que pioram o prognóstico da doença, menor a PIO alvo[11,95-97].

O efeito hipotensor ocular e o possível evento adverso do fármaco escolhido devem ser avaliados em curto prazo, em média quatro semanas após o início do uso[9,79,80,81,359]. Na maior parte dos estudos, a intervenção não se restringe aos medicamentos tópicos, tendo sido empregados procedimentos cirúrgicos e a *laser*. Neste Protocolo estão preconizadas condutas medicamentosas e procedimentos cirúrgicos.

7.1. Tratamento medicamentoso

Os fármacos mais usados na redução da PIO são, em sua maioria, tópicos, na forma de colírio, e podem ser classificados em cinco categorias principais: betabloqueadores, parassimpaticomiméticos, agonistas alfa-adrenérgicos, inibidores da anidrase carbônica e análogos das prostaglandinas e prostamidas.

Betabloqueadores

Os betabloqueadores tópicos são uma das principais classes farmacológicas utilizadas no tratamento do glaucoma. Seu mecanismo de ação baseia-se na redução da produção do humor aquoso por meio da atuação nos processos ciliares, na perfusão capilar e na inibição da produção de monofosfato cíclico de adenosina (AMPc) estimulada pelas catecolaminas[8].

Os betabloqueadores não seletivos (timolol, levobunolol, metipranolol, carteolol, pindolol) são antagonista beta-1 e beta-2 adrenérgico e reduzem a PIO em média em 25%, ao passo que os beta-1 seletivos (betaxolol, metoprolol) possuem ação hipotensora menos marcada[111,57]. Por isso, os betabloqueadores não seletivos são preferíveis, pois são mais efetivos. O timolol é o mais estudado, apresentando evidência de melhor qualidade da sua eficácia hipotensora entre os betabloqueadores não seletivos, sendo considerado a primeira escolha de tratamento em diversos países. Diversos estudos confirmaram a eficácia da monoterapia nos pacientes glaucomatosos. Por sua vez, o levobunolol e o metipranolol estão disponíveis comercialmente, porém são de custo mais elevado e evidência de eficácia hipotensora mais restrita. O carteolol não está disponível no Brasil[98].

Com o tratamento contínuo, a resposta a esses medicamentos, em muitos pacientes, pode decrescer por meio de dois fenômenos distintos. O escape em curto prazo ocorre em pacientes que obtiveram diminuição importante da PIO após o início do medicamento. Transcorridos alguns dias de uso, há elevação da PIO, que se mantém em platô. Dessa forma, convém aguardar um mês para determinar a resposta ao tratamento. O escape em longo prazo ocorre entre três meses e um ano após a introdução de timolol. A interrupção temporária e a reintrodução do medicamento podem, em alguns casos, fazer a eficácia hipotensora ser retomada[8,160-165].

O maleato de timolol é comumente agregado a outras classes de medicamentos a fim de retardar a progressão do glaucoma. Em associação aos inibidores da anidrase carbônica, aos agonistas alfa-adrenérgicos e às prostaglandinas e

patente (síndrome da íris em platô). Geralmente, esses olhos apresentam câmara anterior de profundidade normal na região central em contraposição à câmara rasa na periferia e ângulo estreito. A gonioscopia de indentação pode revelar uma dupla corcova, mecanismo que pode estar associado ao bloqueio pupilar. A síndrome de íris em platô é incomum. O diagnóstico definitivo é feito quando ocorre aumento da PIO provocado pelo fechamento angular agudo em um olho com iridotomia patente. O tratamento pode requerer iridoplastia periférica a *laser*, uso contínuo de mióticos (pilocarpina) e, caso persista o aumento pressórico, cirurgia fistulizante (trabeculectomia)[156]. O fechamento angular induzido pelo cristalino pode requerer facectomia associada ou não à cirurgia fistulizante, podendo o paciente necessitar de medicamentos hipotensores tópicos, de uso contínuo, conforme os critérios estabelecidos neste Protocolo[146-148].

Glaucoma secundário

O glaucoma secundário é a forma em que há aumento da PIO e dano no nervo óptico ou no campo visual secundários a doenças oculares predisponentes, a trauma ou ao uso de medicamentos. Deve ser tratada a causa básica de aumento da PIO e, caso seja necessário, iniciado o tratamento clínico visando reduzir a PIO de acordo com os critérios terapêuticos estabelecidos neste Protocolo. Removida a causa básica, deve ser reavaliada a necessidade de manter o tratamento contínuo.

Hipertensão ocular (HO)

A HO é definida como uma PIO aumentada (acima de 21 mmHg) na ausência de perda de campo visual ou de dano glaucomatoso no nervo óptico. Para seu diagnóstico, são necessários todos os seguintes critérios:

a) PIO média acima de 21 mmHg, sem tratamento;
b) Ângulo aberto à gonioscopia;
c) Ausência de dano ao nervo óptico típico com perda da rima neurorretiniana;
d) Ausência de defeitos de campo visual; e
e) Ausência de causa secundária para elevação da PIO.

A HO tem uma prevalência estimada de 2,7% a 7,5%[9], sendo considerada um fator de risco para conversão para GPAA. Há evidência de que a redução da PIO em pacientes com HO diminui a progressão para a doença glaucomatosa, existindo, porém, controvérsias no que tange ao custo-efetividade do tratamento[71].

Os principais fatores associados à conversão para GPAA são idade, etnia negra, PIO aumentada, exfoliação em pacientes com mais de 65 anos de idade, miopia, diabete melito, história familiar de glaucoma e espessura corneana diminuída. Porém, como 90% dos pacientes com HO não desenvolvem glaucoma[9,63,75,80,81], este Protocolo não preconiza o uso com essa finalidade.

Caso o paciente com HO apresente dano em campo visual ou escavação de nervo óptico compatível com os critérios de inclusão deste Protocolo, ele deverá ser tratado.

Glaucoma de pressão normal (GPN)

O GPN é a forma em que há dano no nervo óptico ou no campo visual na ausência da PIO elevada e de anormalidades oculares ou sistêmicas que possam aumentar a PIO. Para seu diagnóstico, são necessários todos os seguintes critérios:

a) PIO média igual ou inferior a 21 mmHg, sem tratamento;
b) Ângulo aberto à gonioscopia sem achados patológicos;
c) Dano ao nervo óptico típico com perda da rima neurorretiniana;
d) Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico; e
e) Ausência de causa secundária para elevação da PIO.

Este Protocolo preconiza o tratamento de pacientes com GPN, desde que preenchidos os critérios de inclusão.

7. TRATAMENTO

O objetivo primário do tratamento de glaucoma é a redução da PIO. Nos últimos anos, diversos estudos evidenciaram a eficácia dessa conduta na redução das taxas de progressão da doença.

7

a retinografia simples pode ser suficiente para o seguimento[88,135–141]. A TCO é preconizada neste Protocolo para confirmação diagnóstica do glaucoma[134].

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de glaucoma que apresentem pelo menos **dois** dos seguintes critérios:

- PIO média acima de 21 mmHg, sem tratamento;
- Dano típico ao nervo óptico com perda da rima neurorretiniana identificado por biomicroscopia de fundo (escavação igual ou acima de 0,5); **ou**
- Campo visual compatível com o dano ao nervo óptico.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento ou procedimento preconizados neste Protocolo.

6. CASOS ESPECIAIS

Glaucoma congênito

No glaucoma congênito, ocorre obstrução da drenagem do humor aquoso causada por uma anormalidade do desenvolvimento ocular. Seu tratamento é primariamente cirúrgico[8]. Nos casos em que, após o procedimento cirúrgico, a PIO permanece elevada, o tratamento clínico preconizado neste Protocolo pode ser instituído.

Glaucoma primário de ângulo fechado

O glaucoma primário de ângulo fechado, segunda forma mais comum de glaucoma, associa-se a dano no nervo óptico ou a repercussão no campo visual secundários ao fechamento angular primário. Ocorre mais frequentemente em indivíduos hipermetropes. Ademais, especula-se que pacientes com miopia axial possam ter um menor suporte escleral no nervo óptico, o que os tornaria mais vulneráveis ao dano glaucomatoso[8,25–32,145–155].

Nesse tipo de glaucoma, há um fechamento parcial ou completo do ângulo da câmara anterior, decorrente de condições anatômicas que propiciam a aposição ou a adesão da periferia da íris à sua parede externa (goniossinéquias), com frequente elevação da PIO de forma aguda, subaguda ou crônica.

O fechamento angular primário pode levar, em alguns casos, ao desenvolvimento de neuropatia óptica glaucomatosa. Quando não for possível identificar sem manobras de indentação o trabeculado pigmentado em 180 graus ou mais à gonioscopia, não houver vestígios de toque iridotrabecular prévio, de goniossinéquias ou de neuropatia óptica glaucomatosa e a PIO encontrar-se normal, o paciente será classificado como suspeito de fechamento angular primário. Caso se evidencie toque iridotrabecular ou goniossinéquias ou aumento da PIO, sem evidência de neuropatia glaucomatosa, o paciente será classificado como tendo fechamento angular primário. Caso haja neuropatia glaucomatosa, há glaucoma primário de ângulo fechado[156].

Há quatro tipos básicos de mecanismos de fechamento angular primário: bloqueio pupilar, íris em platô, fechamento angular induzido pelo cristalino e associação de mecanismos[156].

O tratamento básico, quando há bloqueio pupilar, baseia-se na criação de um pertuito que possibilite a comunicação do humor aquoso entre as câmaras anterior e posterior do olho, geralmente por meio de iridotomia a *laser* ou cirurgia fistulizante[8]. Após o procedimento, é necessário avaliar a necessidade de tratamento medicamentoso de uso contínuo, podendo o paciente ser incluído neste Protocolo[156].

A íris em platô ocorre devido a uma maior espessura de sua periferia, sua inserção mais anterior ou posicionamento mais anterior dos processos ciliares. Nessa condição, o ângulo é fechado pela periferia da íris, mesmo na presença de uma iridotomia

nervo óptico podem ser encontradas no glaucoma, porém sua presença não é patognomônica. As hemorragias podem ser encontradas dentro do disco óptico, sobre a lâmina crivriforme, sobre o anel neural ou na borda do disco óptico. São mais frequentes nas regiões temporal inferior ou temporal superior do disco óptico e nas regiões onde há maior perda neural, tendo sido relacionadas a defeitos de campo visual e à progressão do glaucoma. Há evidências de que as hemorragias do disco óptico são mais frequentes em pacientes com glaucoma de pressão normal do que nos pacientes com GPAA. Apesar de as hemorragias do nervo óptico estarem presentes em outras condições, como hipertensão arterial, diabetes melito ou descolamento posterior do vítreo, em ensaios clínicos randomizados a presença de hemorragias do nervo óptico foi um dos fatores de risco mais importantes para a progressão do glaucoma[88,89,102].

Se houver suspeita de glaucoma, exames devem ser realizados como forma de complementar a investigação diagnóstica (nos casos de glaucoma estabelecido, visam a auxiliar na definição etiológica e de gravidade).

A gonioscopia avalia o ângulo iridocorneano, identificando a amplitude do ângulo da câmara anterior, o grau de pigmentação, a altura da inserção iriana e a configuração da íris. O diagnóstico de GPAA requer uma gonioscopia para excluir o fechamento angular e outras causas de aumento da PIO, como recesso angular, dispersão pigmentar, sinéquias anteriores periféricas, neovascularização de ângulo e precipitados inflamatórios[93].

A paquimetria ultrassônica avalia a espessura corneana central e influencia a estimativa da PIO. Há controvérsia se a córnea fina é um fator de risco não influenciado pela PIO ou se está relacionada à sua medida. A espessura média corneana central varia conforme a etnia, estando situada entre 534 e 556 micrômetros. Portanto, córneas com espessura menor tendem a subestimar a PIO, ao passo que as de espessura maior superestimam a medida[9].

A campimetria visual (campimetria computadorizada estática acromática) é o exame padrão-ouro para detectar o dano funcional do glaucoma e para monitorizar sua progressão. Programas que analisam os 24 a 30 graus centrais são utilizados na rotina de avaliação de danos glaucomatosos iniciais e moderados. Glaucomas com danos avançados necessitam de uma avaliação mais detalhada dos 10 graus centrais. Apesar de poder estar associado à perda difusa de sensibilidade, o glaucoma tipicamente provoca defeitos localizados de campo visual, como escotoma paracentral (superior ou inferior), aumento da mancha cega, degrau nasal (superior ou inferior) e escotoma arqueado (superior ou inferior). Vários critérios podem ser utilizados para realizar o diagnóstico de defeito de campo visual no glaucoma, não havendo consenso a respeito do melhor critério a ser adotado. Recomenda-se correlacionar as alterações anatômicas visíveis do nervo óptico e da CFN com os resultados obtidos no exame do campo visual. A identificação da progressão dos defeitos perimétricos pode ser feita pela observação de um dos seguintes eventos: surgimento de novo defeito, aumento em extensão de área já alterada e aumento em profundidade de defeito já estabelecido. Para avaliar a progressão, é fundamental escolher dois ou mais exames estáveis e confiáveis que serão considerados para compor um exame basal. Deve-se evitar a inclusão do primeiro exame devido à inconsistência de seus resultados. Não há indicação de outros exames como perimetria azul-amarelo para avaliação de progressão de dano glaucomatoso já estabelecido. Todo defeito no campo visual deve ser compatível com a doença glaucomatosa e reprodutível[80,103–123].

O exame de tomografia de coerência óptica (TCO) é uma técnica de imagem óptica que fornece imagens da espessura de camada de fibras nervosas da retina e do nervo óptico, permitindo discriminar indivíduos glaucomatosos de indivíduos saudáveis[124–128]. O desempenho diagnóstico da TCO para glaucoma evidencia a possibilidade de otimizar a acurácia diagnóstica do glaucoma, quando associada aos exames tradicionais[129–132]. Portanto, o exame de TCO é preconizado para confirmação diagnóstica de glaucoma em pacientes suspeitos pelo aspecto do disco óptico, alterações do campo visual ou pressão intraocular elevada[133,134].

Deve ser realizada documentação do nervo óptico e análise da CFN, conforme já referido, principalmente nos casos suspeitos ou confirmados de glaucoma. A retinografia colorida estereoscópica é superior à técnica simples por permitir uma melhor quantificação do anel neural. O uso do filtro anerítro contribui para uma melhor análise qualitativa da CFN. Entretanto,

a) Formato e tamanho do disco óptico: a forma usual do disco óptico é oval, com grande variação de tamanho na população. Ambos os fatores influenciam outros parâmetros importantes para o diagnóstico, como a relação escavação/disco e avaliação do anel neural;

b) Tamanho e forma da escavação do disco óptico: a escavação normal costuma ser central e arredondada ou ovalada. Uma escavação maior na vertical é fortemente indicativa de glaucoma, uma vez que menos de 7% dos olhos normais apresentam uma relação maior entre escavação e disco (E/D) no eixo vertical. Identifica-se a escavação pela deflexão dos vasos sanguíneos e pela visibilidade da lâmina cribiforme, sendo geralmente quantificada como uma fração decimal e idealmente avaliada nos sentidos vertical e horizontal. Na maior parte da população, a relação E/D é igual ou inferior a 0,4. Entretanto, em indivíduos normais, é possível encontrar uma relação E/D de até 0,8. Discos ópticos com maior diâmetro comportam uma escavação fisiológica maior. Portanto, deve-se sempre considerar o tamanho do disco para a aferição correta da escavação. A presença de assimetria de escavação é mais importante do que o tamanho da escavação, uma vez que menos de 0,5% dos indivíduos normais apresenta assimetria acima de 0,2[75,77,80,81];

c) Área e configuração do anel neural: o anel neural é a porção do disco óptico formada pelos axônios das células ganglionares retinianas, tecido glial e vasos sanguíneos, delimitado pela deflexão dos vasos e pela distância da lâmina cribiforme. As rimas superiores e inferiores do anel neural recebem mais axônios, sendo, portanto, maiores. A rima temporal recebe axônios exclusivamente da região macular, sendo, assim, menor. Diversos estudos mostraram que, independentemente do tamanho do disco óptico, os indivíduos saudáveis apresentam a rima inferior mais espessa, seguida da superior, nasal e temporal, originando, assim, a regra ISNT. A lesão glaucomatosa manifesta-se como afinamento do anel neural, que pode ser generalizado ou localizado. A perda generalizada pode ocorrer em até 44% dos olhos glaucomatosos sem prejuízo da regra ISNT, levando à dificuldade no diagnóstico. A perda localizada aparece com a mesma frequência da generalizada, iniciando nas regiões temporal superior e temporal inferior, com o aumento da escavação vertical. A perda loculizada pode se estender, comprometendo inteiramente o tecido neural até o anel escleral, com exposição da lâmina cribiforme. Esse tipo de perda localizada ou em chanfradura, também conhecido como *notch*, está fortemente associado ao glaucoma, mas não é patognomônico dessa doença. Outros achados, como palidez do disco óptico, também podem ser vistos, devendo ser realizado o diagnóstico diferencial com neuropatias ópticas não glaucomatosas[78,79,-89,92];

d) Configuração da lâmina cribiforme: a visibilidade dessa estrutura é maior quando há perda do tecido neural que a recobre, como no glaucoma, ou quando o disco óptico é grande. A perda glaucomatosa é maior nos polos superior e inferior do disco, estando associada a poros com diâmetros maiores nessas regiões, onde haveria menos tecido conjuntivo para sustentação. Outro achado que deve ser buscado é a fosseta de nervo óptico. A fosseta adquirida representa uma ectasia da lâmina cribiforme, devendo ser diferenciada da fosseta congênita, que é uma depressão localizada do disco óptico, geralmente presente na região temporal ou temporal superior do disco. A fosseta adquirida se relacionaria a dano mais grave do nervo óptico e estaria mais presente em olhos com progressão do glaucoma[88,83,84];

e) Região peripapilar: as atrofias retinianas peripapilares podem ocorrer em indivíduos normais, porém estão associadas ao glaucoma. A atrofia na zona beta corresponde a uma área adjacente ao disco óptico onde são visualizados os vasos coroideanos e a esclera, correspondendo à perda quase total do epitélio pigmentado da retina e dos fotorreceptores. A atrofia na zona alfa circunda a zona beta, sendo visualizada como hipo e hiperpigmentações, que correspondem a variações na quantidade de melanina no epitélio pigmentado da retina. A zona beta é mais comum e extensa em olhos com glaucoma do que em olhos normais. Alguns estudos sugerem que, em olhos pequenos e com discos ópticos pequenos, a neuropatia óptica glaucomatosa pode ser detectada de maneira mais fácil pela atrofia peripapilar do que pela relação E/D[90,93–94];

f) Configuração dos vasos sanguíneos do disco óptico: as alterações vasculares são aquelas relacionadas à posição dos vasos no disco óptico, como desnudamento do vaso circunlinear, vaso em passarela, distância de saída do tronco vascular da retina, vaso em baioneta, vasos colaterais, além do estreitamento arteriolar difuso ou localizado. Hemorragias do

GPAA aumenta à medida que a PIO se eleva. Ademais, pesquisas demonstraram que a redução pressórica retarda a progressão do dano glaucomatoso. Diferentes estudos evidenciaram que apenas uma proporção de pacientes com PIO acima de 21 mmHg tem glaucoma, sugerindo a arbitrariedade de tal valor[9,12,59-60]. A prevalência de glaucoma primário de ângulo fechado é maior em indivíduos da etnia amarela, variando entre 3% a 5% nessa população acima de 40 anos[8,11,13,58,69-72].

A triagem populacional para glaucoma não se mostrou custo-efetiva nos Estados Unidos. Ela parece ser mais útil quando focada em populações de risco, como idosos, pacientes com familiares glaucomatosos e indivíduos latinos e afrodescendentes. No Brasil, há carência de estudos de custo-efetividade da triagem para glaucoma[8,10,18,20–22,73–75].

O tratamento clínico é tópico e semelhante nas diferentes formas de glaucoma. Entretanto, há particularidades inerentes a cada uma delas que exigem tratamento individualizado, como os procedimentos cirúrgicos e a laser.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos do glaucoma. A metodologia de busca e avaliação das evidências está detalhada no **Apêndice 1**.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- H 40.1 Glaucoma primário de ângulo aberto;
- H 40.2 Glaucoma primário de ângulo fechado;
- H 40.3 Glaucoma secundário a traumatismo ocular;
- H 40.4 Glaucoma secundário a inflamação ocular;
- H 40.5 Glaucoma secundário a outros transtornos do olho;
- H 40.6 Glaucoma secundário a drogas;
- H 40.8 Outro glaucoma;
- Q15.0 Glaucoma congênito.

3. DIAGNÓSTICO

A avaliação oftalmológica do paciente deve ser binocular e abordar os seguintes itens para o diagnóstico do glaucoma e para a determinação da sua gravidade[8,9,58,81]:

- Anamnese;
- Medida da acuidade visual (AV) com melhor correção;
- Exame pupilar para avaliação de reatividade à luz e procura de defeito pupilar aferente relativo;
- Biomicroscopia de segmento anterior para avaliação da profundidade da câmara anterior, de doenças corneanas ou de causas secundárias para o aumento da PIO;
- Aferição da PIO, idealmente medida com tonometria de aplanação de Goldmann, em diferentes dias e horários, para reconhecimento da flutuação diária; e
- Avaliação do nervo óptico e da camada de fibras nervosas (CFN) para o fornecimento de informações estruturais sobre o dano glaucomatoso. O nervo óptico deve ser avaliado com biomicroscopia de fundo e fundoscopia sob midríase e ser documentado, idealmente, com retinografia colorida binocular.

As seguintes características devem ser avaliadas no exame do nervo óptico:

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO GLAUCOMA

1. INTRODUÇÃO

O glaucoma é uma neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco é o aumento da pressão intraocular (PIO) e cujo desfecho principal é a cegueira irreversível. O fator de risco mais relevante e estudado para o desenvolvimento da doença é a elevação da PIO[1]. Os valores normais situam-se entre 10 e 21 mmHg. Quando a PIO está aumentada, mas não há dano evidente do nervo óptico nem alteração no campo visual, o paciente é caracterizado como portador de glaucoma suspeito por hipertensão ocular (HO). Quando a PIO está normal e o paciente apresenta dano no nervo óptico ou alteração no campo visual, ele é classificado como portador de glaucoma de pressão normal. Exceto no glaucoma de início súbito, chamado glaucoma agudo, a evolução é lenta e principalmente assintomática.

Essa doença afeta mais de 67 milhões de pessoas no mundo, das quais 10% são cegas (acuidade visual corrigida no melhor olho de 0,05 ou campo visual com menos de 10 graus no melhor olho com a melhor correção óptica)[2]. Após a catarata, o glaucoma é a segunda causa de cegueira, além de ser a principal causa de cegueira irreversível[3]. No Brasil, há escassez de informações quanto à prevalência do glaucoma. A maior parte dos estudos é restrita, antiga e mostra prevalência de 2% a 3% na população acima de 40 anos, com aumento da prevalência conforme o aumento da idade[4-6]. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia adota a prevalência de 2% a 3% na população brasileira acima de 40 anos, sendo que 50% a 60% destes diagnósticos são de glaucoma primário de ângulo aberto e em torno de 20% são de glaucoma primário de ângulo fechado[7].

Vários fatores de risco, além da PIO aumentada, já foram identificados: idade acima de 40 anos, escavação do nervo óptico aumentada, etnia (negra para o de ângulo aberto e amarela para o de ângulo fechado), história familiar, ametropia (miopia para o de ângulo aberto e hipermetropia para o de ângulo fechado), pressão de perfusão ocular diminuída, diabetes melito tipo 2, fatores genéticos e outros fatores especificados[8]. Diversos estudos demonstraram que a prevalência do glaucoma se eleva significativamente com o aumento da idade, particularmente em latinos e afrodescendentes[9-15]. A prevalência é três vezes maior e a chance de cegueira pela doença é seis vezes maior em indivíduos latinos e afrodescendentes em relação aos caucasianos.

Com relação à história familiar, estudos revelaram que basta um caso familiar de glaucoma para aumentar significativamente a chance de o indivíduo desenvolver a doença. Segundo o *Rotterdam Eye Study*, a chance de um indivíduo com irmão com glaucoma desenvolver a doença é 9,2 vezes maior do que a da população geral[9,16-18]. A maioria dos casos não está vinculada a fatores relacionados aos genes, o que sugere que o dano glaucomatoso é multifatorial[8,19-22]. Enxaqueca e vasoespasmo periférico foram consistentemente relacionados como fatores de risco, ao passo que outras doenças vasculares (por exemplo, hipertensão arterial sistêmica) não tiveram associação confirmada[9,19,23-32].

Córneas com espessura mais fina (igual ou inferior a 555 micrômetros) subestimam a PIO, ao passo que córneas espessas superestimam essa medida. Os estudos são controversos sobre se a medida da paquimetria é um fator de risco independente da PIO ou se a medida da córnea mais fina subestima uma PIO aumentada que causa um dano glaucomatoso[9,33-47].

Pressão de perfusão ocular diminuída é a diferença entre a pressão arterial e a PIO. Estudos sugeriram que uma baixa pressão sistólica (igual ou inferior a 125 mmHg) ou uma baixa pressão diastólica (inferior a 50 mmHg) estão relacionadas a uma maior prevalência de glaucoma primário de ângulo aberto[8,12,23,48,49]. Há evidências crescentes de que o dano microvascular no nervo óptico causado pelo diabetes melito tipo 2 aumenta significativamente a prevalência de glaucoma[8,24,50-54].

O glaucoma pode ser classificado das seguintes formas (7-9): glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA), glaucoma de pressão normal (GPN), glaucoma primário de ângulo fechado, glaucoma congênito e glaucoma secundário.

O GPAA, forma mais comum de glaucoma, é diagnosticado por PIO superior a 21 mmHg, associado a dano no nervo óptico ou a defeito no campo visual compatível com glaucoma e ausência de anormalidades na câmara anterior e de anormalidades sistêmicas ou oculares que possam aumentar a PIO. Segundo diversos estudos populacionais, a prevalência de

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E COMPLEXO DA SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 28, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2023

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E COMPLEXO DA SAÚDE, no uso das atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem os parâmetros sobre o glaucoma no Brasil e as diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando o Registro de Deliberação nº 729/2022 e o Relatório de Recomendação nº 732 – Maio de 2022 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a atualização da busca e avaliação da literatura; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SECTICS/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SECTICS/MS) e do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Glaucoma.

Parágrafo único. O Protocolo objeto deste artigo, que contém o conceito geral do glaucoma, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponível no sítio https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais (efeitos ou eventos adversos) relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento do glaucoma.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º.

Art. 4º Fica revogada a Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 11, de 02 de abril de 2018, publicada no Diário Oficial da União nº 67, de 09 de abril de 2018, seção 1, página 100.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR

CARLOS AUGUSTO GRABOIS GADELHA

136. Ahmedzai S, Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: Preference, efficacy, and quality of life. J Pain Symptom Manage [Internet]. 1997 May;13(5):254–61. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L27249678&from=export

137. Imanaka K, Tominaga Y, Etropolski M, Ohashi H, Hirose K, Matsumura T. Ready conversion of patients with well-controlled, moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain on other opioids to tapentadol extended release. Clin Drug Investig. 2014 Jul;34(7):501–11.

138. Imanaka K, Tominaga Y, Etropolski M, van Hove I, Ohsaka M, Watabe M, et al. Efficacy and safety of oral tapentadol extended release in Japanese and Korean patients with moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain. Curr Med Res Opin. 2013 Oct;29(10):1399–409.

139. Kress HG, Von der Lange D, Hoeruf KH, Nolte T, Henkanen T, Petersen R, et al. A randomized, open, parallel group, multicenter trial to investigate analgesic efficacy and safety of a new transdermal fentanyl patch compared to standard opioid treatment in cancer pain. J Pain Symptom Manage. 2008 Sep;36(3):268–79.

140. Kress HG, Koch ED, Kosturski H, Sleep A, Karcher K, Lange B, et al. Tapentadol prolonged release for managing moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain. Pain Physician. 2014;17(4):329–43.

141. Mucci-LoRusso P, Berman BS, Silberstein PT, Citron ML, Bressler L, Weinstein SM, et al. Controlled-release oxycodone compared with controlled-release morphine in the treatment of cancer pain: a randomized, double-blind, parallel-group study. Eur J Pain. 1998;2(3):239–49.

142. Pan H, Shen P, Shi Q, Lu L, Qian S, Zhou Y, et al. Efficacy and safety of sustained-release oxycodone compared with immediate-release morphine for pain titration in cancer patients: A multicenter, open-label, randomized controlled trial (SOCIAL). Medicine (Baltimore). 2019 Jun;98(24):e15505.

143. Imanaka K, Tominaga Y, Etropolski M, Ohashi H, Hirose K, Matsumura T. Ready conversion of patients with well-controlled, moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain on other opioids to tapentadol extended release. Clin Drug Investig. 2014 Jul;34(7):501–11.

144. Riley J, Bramford R, Droney J, Gretton S, Sato H, Kennett A, et al. Morphine or oxycodone for cancer-related pain? A randomized, open-label, controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2015 Feb;49(2):161–72.

145. Shi Z, Lou G, Ge C, Song Z, Shao L, Zhang Y. Efficacy and safety of titration with controlled-release oxycodone versus immediate-release morphine in patients with moderate cancer pain. Int J Clin Exp Med [Internet]. 2018;11(3):2595–602.

146. Van Seventer R, Smit JM, Schepper RM, Wicks MA, Zuurmond WWA. Comparison of TTS-fentanyl with sustained-release oral morphine in the treatment of patients not using opioids for mild-to-moderate pain. Curr Med Res Opin [Internet]. 2003;19(6):457–60.

147. Wirz S, Wittmann M, Schenk M, Schroeck A, Schaefer N, Mueller M, et al. Gastrointestinal symptoms under opioid therapy: a prospective comparison of oral sustained-release hydromorphone, transdermal fentanyl, and transdermal buprenorphine. Eur J Pain. 2009 Aug;13(7):737–43.

148. Zecca E, Brunelli C, Bracchi P, Biancofiore G, De Sangro C, Bortolussi R, et al. Comparison of the Tolerability Profile of Controlled-Release Oral Morphine and Oxycodone for Cancer Pain Treatment: An Open-Label Randomized Controlled Trial. J Pain Symptom Manage. 2016 Dec;52(6):783–794.e6.

149. Allan L, Richarz U, Simpson K, Slappendel R. Transdermal fentanyl versus sustained release oral morphine in strong-opioid naive patients with chronic low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2005.

150. Buynak R, Shapiro DY, Okamoto A, Van Hove I, Rauschkolb C, Steup A, et al. Efficacy and safety of tapentadol extended release for the management of chronic low back pain: Results of a prospective, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled Phase III study. Expert Opin Pharmacother. 2010.

151. Chu L, D'Arcy N, Brady C. Analgesic tolerance without demonstrable opioid-induced hyperalgesia: A double-blinded, randomized, placebo-controlled trial of sustained-release morphine for treatment of chronic nonradicular low-back pain. Pain. 2012.

152. Hale M, Upmalis D, Okamoto A, Lange C, Rauschkolb C. Tolerability of tapentadol immediate release in patients with lower back pain or osteoarthritis of the hip or knee over 90 days: A randomized, double-blind study. Curr Med Res Opin. 2009;25(5):1095–104.

153. Katz N, Kopecky EA, O'Connor M, Brown RH, Fleming AB. A phase 3, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, safety, tolerability, and efficacy study of Xtampza ER in patients with moderate-to-severe chronic low back pain. Pain. 2015;156(12):2458–67.

114. Uberall MA, Mueller-Schwefe GH, Terhaag B. Efficacy and safety of flupirtine modified release for the management of moderate to severe chronic low back pain: results of SUPREME, a prospective randomized, double-blind, placebo- and active-controlled parallel-group phase IV study. Curr Med Res Opin. 2012;28(10):1617-1634.
115. Caldwell JR, Rapoport RJ, Davis JC, et al. Efficacy and safety of a once-daily morphine formulation in chronic, moderate-to-severe osteoarthritis pain: results from a randomized, placebo-controlled, double-blind trial and an open-label extension trial. J Pain Symptom Manage. 2002;23(4):278-291.
116. Babul N, Noveck R, Chipman H, et al. Efficacy and safety of extended-release, once-daily tramadol in chronic pain: a randomized 12-week clinical trial in osteoarthritis of the knee. J Pain Symptom Manage. 2004;28(1):59-71.
117. Burch F, Fishman R, Messina N, et al. A comparison of the analgesic efficacy of Tramadol Contramid OAD versus placebo in patients with pain due to osteoarthritis. J Pain Symptom Manage. 2007;34(3):328-338.
118. Fleischmann RM, Caldwell JR, Roth SH, et al. Tramadol for the treatment of joint pain associated with osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Current Therapeutic Research. 2001;62(2):113-128.
119. Gana TJ, Pascual ML, Fleming RR, et al. Extended-release tramadol in the treatment of osteoarthritis: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. Curr Med Res Opin. 2006;22(7):1391-1401.
120. Kosinski M, Janagap C, Gajria K, et al. Pain relief and pain-related sleep disturbance with extended-release tramadol in patients with osteoarthritis. Curr Med Res Opin. 2007;23(7):1615-1626.
121. Malonne H, Coffiner M, Sonet B, et al. Efficacy and tolerability of sustained-release tramadol in the treatment of symptomatic osteoarthritis of the hip or knee: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Clin Ther. 2004;26(11):1774-1782.
122. Enkey R, Rosenthal N, Wu SC, et al. Efficacy and safety of tramadol/acetaminophen tablets (Ultracet) as add-on therapy for osteoarthritis pain in subjects receiving a COX-2 nonsteroidal antiinflammatory drug: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Rheumatol. 2004;31(1):150-156.
123. Lee EY, Lee EB, Park BJ, et al. Tramadol 37.5-mg/acetaminophen 325-mg combination tablets added to regular therapy for rheumatoid arthritis pain: a 1-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Clin Ther. 2006;28(12):2052-2060.
124. Del Lemos BP, Xiang J, Benson C, et al. Tramadol hydrochloride extended-release once-daily in the treatment of osteoarthritis of the knee and/or hip: a double-blind, randomized, dose-ranging trial. Am J Ther. 2011;18(3):216-226.
125. Peloso PM, Bellamy N, Bensen W, et al. Double blind randomized placebo control trial of controlled release codeine in the treatment of osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol. 2000;27(3):764-771.
126. Silverfield JC, Kamin M, Wu SC, et al. Tramadol/acetaminophen combination tablets for the treatment of osteoarthritis flare pain: a multicenter, outpatient, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, add-on study. Clin Ther. 2002;24(2):282-297.
127. Mullican WS, Lacy JR, Group T-A-S. Tramadol/acetaminophen combination tablets and codeine/acetaminophen combination capsules for the management of chronic pain: a comparative trial. Clin Ther. 2001;23(9):1429-1445.
128. Bennett RM, Kamin M, Karim R, et al. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Med. 2003;114(7):537-545.
129. Freeman R, Raskin P, Hewitt DJ, et al. Randomized study of tramadol/acetaminophen versus placebo in painful diabetic peripheral neuropathy. Curr Med Res Opin. 2007;23(1):147-161.
130. Boureau F, Legallicier P, Kabir-Ahmadi M. Tramadol in post-herpetic neuralgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Pain. 2003;104(1-2):323-331.
131. Harati Y, Gooch C, Swenson M, et al. Double-blind randomized trial of tramadol for the treatment of the pain of diabetic neuropathy. Neurology. 1998;50(6):1842-1846.
132. Rodrigues RF, Bravo LE, Castro F, et al. Incidence of weak opioids adverse events in the management of cancer pain: a double-blind comparative trial. J Palliat Med. 2007;10(1):56-60.
133. de Craen AJ, Lampe-Schoenmaeckers AJ, Kraal JW, et al. Impact of experimentally-induced expectancy on the analgesic efficacy of tramadol in chronic pain patients: a 2 x 2 factorial, randomized, placebo-controlled, double-blind trial. J Pain Symptom Manage. 2001;21(3):210-217.
134. BRASIL. Ministério da Saúde. Opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica. 2021. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210722_Relatorio_Opioides-fortes_DorCronica_644_2021_FINAL.pdf>
135. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 46, DE 22 DE JULHO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.

92. M. P.J., R. I.J., A. L.M., F. H., Y. J. J.P., M. S.A., & S. U., A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial of pregabalin in the treatment of patients with fibromyalgia. Journal of Rheumatology, 35 (2008) 502–514.
93. O. H., O. H., U. C., O. M., S. M., & N. K., A randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled phase III trial to evaluate the efficacy and safety of pregabalin in Japanese patients with fibromyalgia. Arthritis Research and Therapy, 14 (2012). https://doi.org/10.1186/ar4056.
94. P. L., W. A., A. P., J. A., W. L., A. G., L. T., & Z. B., An international, randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of pregabalin monotherapy in treatment of patients with fibromyalgia. Journal of Rheumatology, 38 (2011) 2643–2652. https://doi.org/10.3899/jrheum.110569.
95. R. A.S.C. & M. S., Gabapentin in postherpetic neuralgia: A randomised, double blind, placebo controlled study. Pain, 94 (2001) 215–224. https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00407-9.
96. M. Rowbotham, N. Harden, B. Stacey, P. Bernstein, & L. Magnus-Miller, Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 280 (1998) 1837–1842. https://doi.org/10.1001/jama.280.21.1837.
97. M. Backonja, A. Beydoun, K. R. Edwards, S. L. Schwartz, V. Fonseca, M. Hes, L. LaMoreaux, & E. Garofalo, Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 280 (1998) 1831–1836. https://doi.org/10.1001/jama.280.21.1831.
98. D. A. Simpson, Gabapentin and venlafaxine for the treatment of painful diabetic neuropathy. Journal of Clinical Neuromuscular Disease, 3 (2001) 53–62. https://doi.org/10.1097/00131402-200112000-00002.
99. L. M. Arnold, D. L. Goldenberg, S. B. Stanford, J. K. Lalonde, H. S. Sandhu, K. J. P. E, J. A. Welge, F. Bishop, K. E. Stanford, E. V Hess, & J. I. Hudson, Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. Arthritis and Rheumatism, 56 (2007) 1336–1344. https://doi.org/10.1002/art.22457.
100. B. Kelle, F. Yavuz, E. Yasar, & A. S. Goktepe, The efficacy of gabapentin and pregabalin in the treatment of neuropathic pain due to peripheral nerve injury. Journal of Musculoskeletal Pain, 20 (2012) 300–305. https://doi.org/10.3109/10582452.2012.733801.
101. E. Kaydok, F. Leventoglu, M. O. Ozerbil, & A. Y. Karahan, Comparison of the efficacy of gabapentin and pregabalin for neuropathic pain in patients with spinal cord injury: A crossover study. Acta Medica Mediterranea, 30 (2014) 1343–1348.
102. B. Yilmaz, E. Yayar, Ö. Köroğlu Oruç, A. S. Goktepe, & A. K. Tan, Spinal kord yaralı hastaların nöropatik ağrı tedavisinde gabapentin ve pregabalin etkinliğinin karşılaştırılması: Çapraz çalışma. Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi, 61 (2015) 1–5. https://doi.org/10.5152/tftrd.2015.79069.
104. BRASIL. Ministério da Saúde. Lidocaína para dor neuropática localizada. 2021. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210804_Relatorio_649_Lidocaina_Dor_Cronica_P50.pdf>
105. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 50, DE 04 DE AGOSTO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
106. BARON, R. et al. 5% Lidocaine medicated plaster versus pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy: An open-label, non-inferiority two-stage RCT study. Curr. Med. Res. Opin. 25, 1663–1676 (2009).
107. BUKSNYS, T. et al. Systematic review and network meta-analysis of the efficacy and safety of lidocaine 700 mg medicated plaster vs. pregabalin. Curr. Med. Res. Opin. 36, 101–115 (2019).
108. BRASIL. Ministério da Saúde. Tramadol para o tratamento da dor crônica. 2021. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210909_Relatorio_Tramadol_Dor_Cronica_845.pdf>
109. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 59, DE 09 DE SETEMBRO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
110. Lee JH, Lee CS, Ultracet ERSG. A randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study to evaluate the efficacy and safety of the extended-release tramadol hydrochloride/acetaminophen fixed-dose combination tablet for the treatment of chronic low back pain. Clin Ther. 2013;35(11):1830-1840.
111. Peloso PM, Fortin L, Beaulieu A, et al. Analgesic efficacy and safety of tramadol/ acetaminophen combination tablets (Ultracet) in treatment of chronic low back pain: a multicenter, outpatient, randomized, double blind, placebo controlled trial. J Rheumatol. 2004;31(12):2454-2463.
112. Radf GE, Rosenthal N, Jordan D, et al. Tramadol/acetaminophen combination tablets for the treatment of chronic lower back pain: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled outpatient study. Clin Ther. 2003;25(4):1123-1141.
113. Schnitzer TJ, Gray WL, Paster RZ, et al. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low back pain. J Rheumatol. 2000;27(1):772-778.

72. Nikolakopoulou A, Higgins JPT, Papakonstantinou T, Chaimani A, Del Giovane C, Egger M, et al. CINeMA: An approach for assessing confidence in the results of a network meta-analysis. PLOS Med. 2020 Apr;17(4):e1003082.
73. BRASIL. Ministério da Saúde. Pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia. 2021. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210804_Relatorio_648_Pregabalina_Dor_Cronica_P51.pdf>
74. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 51, DE 04 DE AGOSTO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
75. R. H. Dworkin, A. E. Corbin, J. P. J. Young, U. Sharma, L. LaMoreaux, H. Bockbrader, E. A. Garofalo, & R. M. Poole, Pregabalin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial. Neurology, 60 (2003) 1274–1283. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000055433.55136.55.
76. Q. Liu, H. Chen, L. Xi, Z. Hong, L. He, Y. Fu, R. Fang, N. Shang, P. Yan, & D. Fan, A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of Pregabalin for Postherpetic Neuralgia in a Population of Chinese Patients. Pain practice : the official journal of World Institute of Pain, 17 (2017) 62–69. https://doi.org/10.1111/papr.12413.
77. R. Sabatowski, R. Gálvez, D. A. Cherry, F. Jacquet, E. Vincent, P. Maisonobe, & M. Versavel, Pregabalin reduces pain and improves sleep and mood disturbances in patients with post-herpetic neuralgia: Results of a randomised, placebo-controlled clinical trial. Pain, 109 (2004) 26–35. https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.01.001.
78. B. B. Stacey, R. H. Dworkin, K. Murphy, U. Sharma, B. Emir, & T. Griesing, Pregabalin in the treatment of refractory neuropathic pain: Results of a 15-month open-label trial. Pain Medicine, 9 (2008) 1202–1208. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00423.x.
79. V. S. R, H. A. Feister, Y. J. J. P, M. Sinker, M. Versavel, & L. Rigaudy, Efficacy and tolerability of twice-daily pregabalin for treating pain and related sleep interference in postherpetic neuralgia: A 13-week, randomized trial. Current Medical Research and Opinion, 22 (2006) 375–384. https://doi.org/10.1185/030079906X80404.
80. A. J.C., R. J., L. L., & P. L., Efficacy and safety of pregabalin 600 mg/d for treating painful diabetic peripheral neuropathy: A double-blind placebo-controlled trial. BMC Neurology, 8 (2008). https://doi.org/10.1186/1471-2377-8-33.
81. L. IL, S. U., L. L., & P. R.M., Pregabalin relieves symptoms of painful diabetic neuropathy: A randomized controlled trial. Neurology, 63 (2004) 2104–2110. https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000145767.36287.A1.
82. Y. Mu, X. Liu, Q. Li, K. Chen, Y. Liu, X. Lv, X. Xu, D. Fan, N. Shang, R. Yang, L. Pauer, & C. Pan, Efficacy and safety of pregabalin for painful diabetic peripheral neuropathy in a population of Chinese patients: A randomized placebo-controlled trial. Journal of Diabetes, 10 (2018) 256–265. https://doi.org/10.1111/1753-0407.12585.
83. R. P., H. C., T. C., A. M.I., M. M., S. R.J., & P. L., Pregabalin in patients with inadequately treated painful diabetic peripheral neuropathy: A randomized withdrawal trial. Clinical Journal of Pain, 30 (2014) 379–388. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31829aa1a1.
84. R. R.W., P. R., S. U., L. L., B. H., & K. L.E., Relief of painful diabetic peripheral neuropathy with pregabalin: A randomized, placebo-controlled trial. Journal of Pain, 6 (2005) 253–260. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.12.007.
85. R. J., T. M., L. L., & S. U., Pregabalin for the treatment of painful diabetic peripheral neuropathy: A double-blind, placebocontrolled trial. Pain, 110 (2004) 628–638. https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.05.001.
86. J. Satoh, S. Yagihashi, M. Baba, M. Suzuki, A. Arakawa, & T. Yoshiyama, Efficacy and safety evaluation of pregabalin treatment over 52weeks in patients with diabetic neuropathic pain extended after a double-blind placebo-controlled trial. Journal of Diabetes Investigation, 2 (2011) 457–463. https://doi.org/10.1111/j.2040-1124.2011.00122.x.
87. T. T., F. R., V. M., T. U., & Y. J. J.P., Pregabalin for relief of neuropathic pain associated with diabetic neuropathy: A randomized, double-blind study. European Journal of Pain, 12 (2008) 203–213. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2007.05.003.
88. J. W., L. S., M. C., F. M., S. S.E., K. M., G. J., & K. B., Effects of pregabalin on heart rate variability in patients with painful diabetic neuropathy. Journal of Clinical Psychopharmacology, 31 (2011) 207–213. https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31820f4d57.
89. A. L.M., R. I.J., D. E.W., D. W.R., Y. J. J.P., S. U., M. S.A., B. J.A., & H. G., A 14-week, Randomized, Double-Blinded, PlaceboControlled Monotherapy Trial of Pregabalin in Patients With Fibromyalgia. Journal of Pain, 9 (2008) 792–805. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.03.013.
90. C. L.J., M. P.J., S. S.L., Y. J. J.P., M. S.A., H. G.M., & S. U., Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): A 6-month, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin. Pain, 136 (2008) 419–431. https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.02.027.
91. C. L.J., R. M.C., M. P.J., R. I.J., D. R.E., C. A.E., Y. J. J.P., L. L.K., M. S.A., & S. U., Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis and Rheumatism, 52 (2005) 1264–1273. https://doi.org/10.1002/art.20983.

49. Gao Y, Gao X, Han P, Li Q, Yang G, Qu S, et al. Treatment of patients with diabetic peripheral neuropathic pain in China: A double-blind randomised trial of duloxetine vs. placebo. Int J Clin Pract. 2015;69(9):957–66.
50. Kaur H, Hota D, Bhansali A, Dutta P, Bansal D, Chakrabarti A. A comparative evaluation of amitriptyline and duloxetine in painful diabetic neuropathy: A randomized, double-blind, cross-over clinical trial. Diabetes Care. 2011;34(4):818–22.
51. Raskin J, Pritchett YL, Wang F, D'Souza DN, Waninger AL, Iyengar S, et al. A double-blind, randomized multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the management of diabetic peripheral neuropathic pain. Pain Med. 2005;6(5):346–56.
52. Zakerkish M, Ansari F, Nasab NM, Ghorbani A. Comparative efficacy of duloxetine versus nortriptyline in patients with diabetic peripheral neuropathic pain: A double blind randomized controlled trial. Iran Red Crescent Med J. 2017;19(8):8–13.
53. Wernicke JF, Pritchett YL, D'Souza DN, Waninger A, Tran P, Iyengar S, et al. A randomized controlled trial of duloxetine in diabetic peripheral neuropathic pain. Neurology. 2006;67(8):1411–20.
54. Yasuda H, Horita N, Nakao K, Kasuga M, Kashiwagi A, Kawamori R. Superiority of duloxetine to placebo in improving diabetic neuropathic pain: Results of a randomized controlled trial in Japan. J Diabetes Investig. 2011;2(2):132–9.
55. Arnold LM, Hess E V., Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE. A randomized, placebo-controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. Am J Med. 2002;112(3):191–7.
56. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Iyengar S, et al. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. Arthritis Rheum. 2004;50(9):2974–84.
57. Arnold LM, Rosen A, Pritchett YL, D'Souza DN, Goldstein DJ, Iyengar S, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder. Pain. 2005;119(1–3):5–15.
58. Carette S, McCain GA, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. A double-blind, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 1986;29(5):655–9.
59.Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, Mccain GA, Bykerk VP, et al. Comparison of Amitriptyline, Cyclobenzaprine, and Placebo in the Treatment of Fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1994;37(1):32–40.
60. Carette S, Oakson G, Guimont C, Steriade M. Sleep electroencephalography and the clinical response to amitriptyline in patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1995;38(9):1211–7.
61. Chappell AS, Bradley LA, Wilske C, Detke MJ, Sousa DND, Spaeth M. Randomized Clinical Trial of Duloxetine for the Treatment of Fi fibromyalgia. 2008;91–102.
62. Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H. A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1986;29(11):1371–7.
63. Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1996;39(11):1852–9.
64. Hannonen P, Malminiemi K, Yli-Kerttula U, Isomeri R, Roponen P. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of moclobemide and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia in females without psychiatric disorder. Br J Rheumatol. 1998;37(12):1279–86.
65. Heymann RE, Helfenstein M, Feldman D. A double-blind, randomized, controlled study of amitriptyline, nortriptyline and placebo in patients with fibromyalgia. An analysis of outcome measures. Clin Exp Rheumatol. 2001;19(6):697–702.
66. Kampmann C, Simeoni G, Elst M, Franckx L, Mingard P, Maertelaer V de, et al. Effect of an Antidiencephalon Immune Serum on Pain and Sleep in Primary Fibromyalgia. Neuropsychobiology. 1994;30:66–72.
67. Russell IJ, Mease PJ, Smith TR, Kajdasz DK, Wohlreich MM, Detke MJ, et al. Efficacy and safety of duloxetine for treatment of fibromyalgia in patients with or without major depressive disorder: Results from a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose trial. Pain. 2008;136(3):432–44.
68. Scudds RA, McCain GA, Rollman GB, Harth M. Improvements in Pain Responsiveness in Patients with Fibrositis After Successful Treatment with Amytriptiline. J Rheumatol. 1989;16:98–103.
69. Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. Scand J Rheumatol. 1994;23(5):255–9.
70. Cardenas DD, Warms CA, Turner JA, Marshall H, Brooke MM, Loeser JD. Efficacy of amitriptyline for relief of pain in spinal cord injury: Results of a randomized controlled trial. Pain. 2002;96(3):365–73.
71. Vranken JH, Hollmann MW, Van Der Vegt MH, Kruis MR, Hasnoe M, Vos K, et al. Duloxetine in patients with central neuropathic pain caused by spinal cord injury or stroke: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Pain [Internet]. 2011;152(2):267–73. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.09.005

26. Roth SH, Shainhouse JZ. Efficacy and safety of a topical diclofenac solution (pennsaid) in the treatment of primary osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blind, vehicle-controlled clinical trial. Arch Intern Med. 2004;164(18):2017-23.
27. Baer PA, Thomas LM, Shainhouse Z. Treatment of osteoarthritis of the knee with a topical diclofenac solution: a randomised controlled, 6-week trial [ISRCTN53366886]. BMC Musculoskelet Disord. 2005;6:44.
28. Pool J, West J, Buchanan N, Graham R. Local action transcutaneous flurbiprofen in the treatment of soft tissue rheumatism. Br J Rheumatol. 1993;32(11):1000-3.
29. McCleane G. The addition of piroxicam to topically applied glyceryl trinitrate enhances its analgesic effect in musculoskeletal pain: A randomised, double-blind, placebo-controlled study. Pain Clinic. 2000;12(2):113-6.
30. Ergin H, Kilicli D, Kutluy S, Bodur H, Tuhanyi FC. Efficacy and safety of topical nimesulide in the treatment of knee osteoarthritis. J Clin Rheumatol. 2007;13(5):251-5.
31. Tugwell PS, Wells GA, Shainhouse JZ. Equivalence study of a topical diclofenac solution (pennsaid) compared with oral diclofenac in symptomatic treatment of osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. J Rheumatol. 2004;31(10):2002-12.
32. Simon LS, Grierson LM, Naseer Z, Bookman AA, Zev Shainhouse J. Efficacy and safety of topical diclofenac containing dimethyl sulfoxide (DMSO) compared with those of topical placebo, DMSO vehicle and oral diclofenac for knee osteoarthritis. Pain. 2009;143(3):238-45.
33. Di Rienzo Businco L, Di Rienzo Businco A, D'Emilio M, Lauriello M, Coen Tirelli G. Topical versus systemic diclofenac in the treatment of temporo-mandibular joint dysfunction symptoms. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2004;24(5):279-83.
34. Gor A, Kothari N, Patel PK. A comparative study of efficacy and safety of oral diclofenac and decreased dose of diclofenac plus topical diclofenac in treatment of knee osteoarthritis. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2016;7(5):2083-9.
35. Underwood M, Ashby D, Cairns D, Castelnuovo E, Cross P, Harding G, et al. Topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people. The TOIB study. Health Technol Assess. 2008;12(22):iii-iv, ix-155.
36. Underwood M, Ashby D, Cross P, Homeovy E, Letley L, Martin J, et al. Advice to use topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people: randomised controlled trial and patient preference study. Bmj. 2008;336(7636):138- 42.
37. Tiso RL, Tong-Ngork S, Fredland KL. Oral versus topical Ibuprofen for chronic knee pain: a prospective randomized pilot study. Pain Physician. 2010;13(5):457-67.
38. Fan M, Cao S, Tu L, Wei Q, Yuan B, Li X, et al. Efficacy and safety of loxoprofen hydrogel patch versus loxoprofen tablet in patients with ankylosing spondylitis: A 4-week randomized, open-label study. Biomedical Reports. 2019;10(6):331-6.
39. Ma R, Bao CD, Chen ZW, Zheng Y, Wang GC, Zhao DB, et al. Efficacy and safety of loxoprofen hydrogel patch versus loxoprofen tablet in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled non-inferiority trial. Clin Rheumatol. 2016;35(1):165-73.
40. Yatabu I, Otsuka N, Matsushita I, Matsumoto H, Hoshino Y. Efficacy of S-flurbiprofen plaster in knee osteoarthritis treatment: Results from a phase III, randomized, active-controlled, adequate, and well-controlled trial. Mod Rheumatol. 2017;27(1):130-6.
41. Ritchie LD. A trial of flurbiprofen LAT and piroxicam gel in the treatment of soft tissue rheumatic disorders. Patient preference and willingness to pay. Therapeutic Research. 1996;17(9):127-32.
42. Allegrini A, Nuzzo L, Pavone D, Tavolla-Scaringi A, Giangreco D, Bucci M, et al. Efficacy and safety of piroxicam patch versus piroxicam cream in patients with lumbar osteoarthritis. A randomized, placebo-controlled study. Arzneimittelforschung. 2009;59(8):403-9.
43. Kilminster SC, Mould GP. Comparison of diclofenac spray and gel on knee joints of patients with osteoarthritic pain. Clinical Drug Investigation. 1999;18(5):345-54.
44. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. Bmj. 2019;366:l4898.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia. 2021. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210804_Relatorio_647_Duloxetina_Dor_Cronica_P52_compressed.pdf>
46. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 52, DE 04 DE AGOSTO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
47. Boyle J, Eriksson MEV, Gribble L, Gouni R, Johnsen S, Coppini D V., et al. Randomized, placebo-controlled comparison of amitriptyline, duloxetine, and pregabalin in patients with chronic diabetic peripheral neuropathic pain: Impact on pain, polysomnographic sleep, daytime functioning, and quality of life. Diabetes Care. 2012;35(12):2451–8.
48. Gao Y, Ning G, Jia WP, Zhou ZG, Xu ZR, Liu ZM, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of patients with diabetic neuropathic pain in China. Chin Med J (Engl). 2010;123(22):3184–92.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Diário Oficial da União. 2011
2. BRASIL. PORTARIA SAS/MS Nº 1.083, DE 02 DE OUTUBRO DE 2012. Diário Oficial da União. 2012.
3. BRASIL. PORTARIA Nº 375, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2009. Diário Oficial da União. 2009.
4. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017.
5. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. Bmj. 2011;343:d5928.
6. Sterne J A, Hernán M A, Reeves B C, Savović J, Berkman N D, Viswanathan M et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ 2016; 355 :i4919 doi:10.1136/bmj.i4919.
7. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008 Apr;336(7650):924–6.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Diclofenaco para o tratamento da dor crônica musculoesquelética. 2021. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210722_Relatorio_Diclofenaco_Dor_Cronica_646-_2021_FINAL.pdf>
9. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 45, DE 22 DE JULHO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
10. van Walsem, A. et al. Relative benefit-risk comparing diclofenac to other traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 inhibitors in patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: A network meta-analysis. Arthritis Res. Ther. 17, 1–18 (2015).
11. Bannuru, R. R. et al. Comparative effectiveness of pharmacologic interventions for knee osteoarthritis: A systematic review and network meta-analysis. Ann. Intern. Med. 162, 46–54 (2015).
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite. 2021. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/Relatorio_Aine_topico_dor_cronica_643_2021_FINAL.pdf>
13. BRASIL. PORTARIA SCTIE/MS Nº 48, DE 22 DE JULHO DE 2021. Diário Oficial da União. 2021.
14. Conaghan PG, Dickson J, Bolton W, Cove G, Rother M. A multicentre, randomized, placebo- and active-controlled trial comparing the efficacy and safety of topical ketoprofen in Transfersome gel (IDEA-033) with ketoprofen-free vehicle (TDT 064) and oral celecoxib for knee pain associated with osteoarthritis. Rheumatology (Oxford). 2013;52(7):1303-12.
15. Rother M, Conaghan PG. A randomized, double-blind, phase III trial in moderate osteoarthritis knee pain comparing topical ketoprofen gel with ketoprofen-free gel. J Rheumatol. 2013;40(10):1742-8.
16. Kneer W, Rother I, Rother M, Seidel E. A multiple-dose, open-label, safety, compliance, and usage evaluation study of epicutaneously applied Dinacrin (ketoprofen in Transfersome) in joint/musculoskeletal pain or soft tissue inflammation. Curr Drug Saf. 2009;4(1):5-10.
17. Kawai S, Uchida E, Kondo M, Ohno S, Obata J, Nawata Y, et al. Efficacy and safety of ketoprofen patch in patients with rheumatoid arthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Pharmacol. 2010;50(10):1171-9.
18. Nothard FU, Gold MS, Solomon GS, Liu JM, Unkauf M, Albrecht HH, et al. Efficacy of topical diclofenac diethylamine gel in osteoarthritis of the knee. J Rheumatol. 2005;32(12):2384-92.
19. Barthel HR, Hazlewood D, Longley S, 3rd, Gold MS, Altman RD. Randomized controlled trial of diclofenac sodium gel in knee osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum. 2009;39(3):203-12.
20. Altman RD, Dreiser RL, Fisher CL, Chase WF, Decher DS, Zacher J. Diclofenac sodium gel in patients with primary hand osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Rheumatol. 2009;36(9):1991-9
21. Banaf HS, Gold MS, Clark MB, Altman RD. Safety and efficacy of topical diclofenac sodium 1% gel in knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. Phys Sportsmed. 2010;38(2):19-28.
22. Burnham R, Gregg R, Healy P, Steadward R. The effectiveness of topical diclofenac for lateral epicondylitis. Clin J Sport Med. 1998;8(2):78-81.
23. Bussia EB, Cunha B, Bovard J, Scott A. Randomised controlled trial evaluating the short-term analgesic effect of topical diclofenac on chronic Achilles tendon pain: a pilot study. BMJ Open. 2017;7(4):e015126.
24. Wadsworth LT, Kent JR, Holt RJ. Efficacy and safety of diclofenac sodium 2% topical solution for osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blind, vehicle-controlled, 4 week study. Current medical research and opinion. 2016;32(2):241-50.
25. Bookman AA, Williams KS, Shainhouse JZ. Effect of a topical diclofenac solution for relieving symptoms of primary osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. Cmaj. 2004;171(4):333-8.

Quadro ES1 – Desenhos CR comparado a ensaios CR para dor crônica não oncológica

Avaliação de certeza							Impacto	Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Dor									
1	ensaios clínicos randomizados	muito grave[a]	não grave	não grave	não grave	nenhum[b]	Não houve diferença significativa na incidência devido à falta de base entre os dois grupos de tratamento. Setenta e quatro dos sessenta domínios demonstrou efeitos significativos e dor (diferença de 2 pontos ou mais) ao retirar 24 (interfira – 2,8 versus o mínimo -1,4).	⊕⊕◯◯ BAIXA	CRÍTICO

Legenda: CI: Intervalo de confiabilidade

a. O estudo de Nicholson, 2006 teve alto risco de viés

b. Viés de publicação ultrapassado ausente

Dor crônica não específica

Quadro III. - Evidências selecionadas e escolhas para dor crônica não específica

Avaliação de certeza							Impacto	Custos	Aceitabilidade
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Dor									
1	ensaios clínicos randomizados	muito grave[a]	grave[b]	grave[c]	grave[d]	nenhum[e]	Pacientes tratados com fisioterapia transcutânea (TENS) em sítio acupunturais exceto de intensidade da dor do que aqueles tratados com placebo (sal comum) 37,8, intervalo 33,1-42,5 versus média 42,9, intervalo 41,2-44,6; p<0,001, independente da ordem de tratamento (OCR avaliado)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRUEL
Incidência de eventos adversos									
1	ensaios clínicos randomizados	muito grave[f]	não grave	não grave	grave[g]	nenhum[h]	Reações adversas graves: fisioterapia 34%, placebo 78%	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRUEL

Legenda: CI: (intervalo de confiabilidade)

a. O estudo de Allen, 2018 não cita risco de viés

b. Um grupo foi randomizado a 6 semanas de tratamento com placebo oral seguido de fisioterapia transcutânea por mais 4 semanas. O segundo grupo recebeu os ordens inversas e não houve período de washout entre os períodos e teste, o que pode ter acarretado contaminação

c. Os autores não relatam qual medicamento foi usado para avaliação da dor

d. Os limites do intervalo (intervalo) são com o grau zero e foram classificados relevantes

e. O estudo não apresenta protocolo clínico e houve muitas perdas de seguimento, o que pode indicar viés de relato seletivo

f. Apenas sete ensaios são não foi detectado

Evidência mista								
Buprenorfina vs Placebo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Oxicodona vs Placebo	1	Alguma preocupação	Suspeito	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Placebo vs Tapentadol	1	Alguma preocupação	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Evidência indireta								
Buprenorfina vs Oxicodona	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Buprenorfina vs Tapentadol	-	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Oxicodona vs Tapentadol	-	Alguma preocupação	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa



Figura DR - Avaliação de confiança na estimativa de acordo com CiNeMa, da incidência de eventos adversos para dor neuropática.

Evidência mista								
Morfina vs Oxicodona	⨁	Preocupação importante	Ausente	Preocupação importante	Preocupação importante	Alguma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Morfina vs Tapentadol	⨁	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Baixa



Figura DO - Avaliação de confiança na estimativa de acordo com *CiNeMa*, de eventos adversos para dor oncológica.

Dor musculoesquelética



Figura DP - Avaliação de confiança na estimativa de acordo com *CiNeMa*, para dor musculoesquelética (evidência mista, acima; evidência indireta, abaixo).

Dor neuropática

Quadro BK - Avaliação de confiança na estimativa de acordo com CiNeMa, da dor neuropática.

Comparação	Número de estudos	Viés inter estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança

Dor neuropática

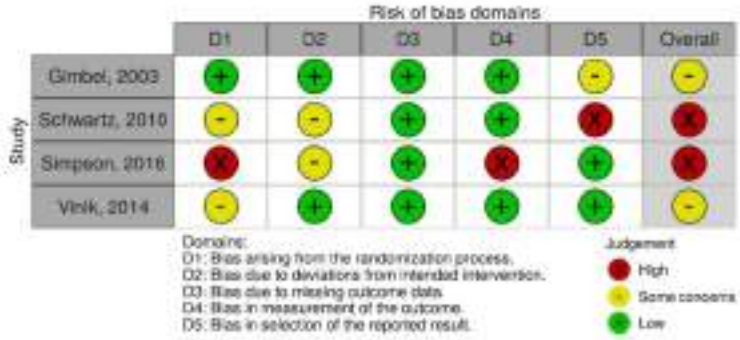


Figura DM - Avaliação da qualidade dos estudos individuais para dor crônica neuropática.

Dor crônica não específica

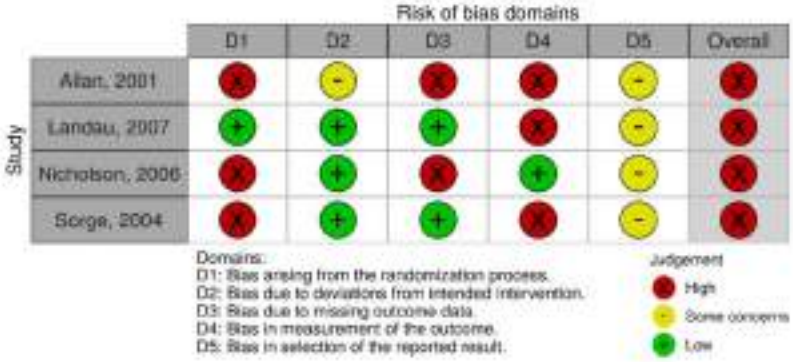


Figura DN -Avaliação da qualidade dos estudos individuais para dor crônica não específica.

3) Avaliação da qualidade da evidência

A qualidade das evidências de comparação direta foi avaliada por meio da ferramenta GRADE[7], e para as comparações indiretas foi utilizado o software CINeMA[8]. Resultados das comparações entre tratamentos ativos, por tipo de dor e por desfecho, estão descritos nas **Figuras DO** a **DR** e nos **Quadros RJ** a **RM**.

Dor oncológica

Quadro RJ. Avaliação de confiança na estimativa de acordo com CiNeMa, para dor oncológica.

Comparação	Número de estudos	Viés inter estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança

Dor crônica oncológica

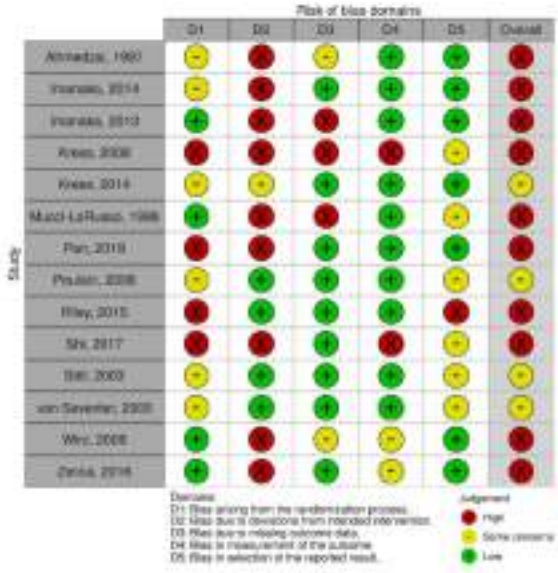


Figura DK - Avaliação da qualidade dos estudos individuais para dor crônica oncológica.

Dor musculoesquelética



Figura DL - Avaliação da qualidade dos estudos individuais para dor crônica musculoesquelética.



Figura DH - Rede de evidências para o desfecho incidência de eventos adversos graves.Legenda: CR=liberação controlada; PR=liberação prolongada.

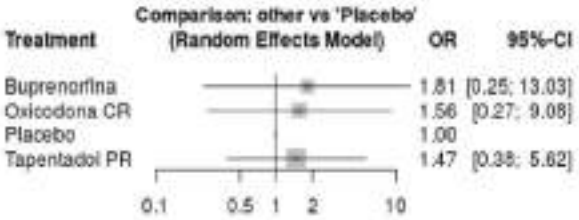


Figura DI - Gráfico de floresta para o desfecho incidência de eventos adversos graves. Legenda: CR=liberação controlada; PR=liberação prolongada; OR=razão de chances (odds ratio); CI=intervalo de confiança.

Placebo	0.68 [0.18; 2.60]	0.64 [0.11; 3.75]	0.55 [0.08; 3.97]
0.68 [0.18; 2.60]	Tapentadol PR	.	.
0.64 [0.11; 3.75]	0.95 [0.10; 8.67]	Oxicodona CR	.
0.55 [0.08; 3.97]	0.81 [0.07; 8.83]	0.86 [0.06; 12.12]	Buprenorfina

Figura DJ - *League table* da comparação entre todos os pares de tratamento para o desfecho incidência de eventos adversos graves. Legenda: PR=liberação prolongada; CR=liberação controlada.

10) Avaliação do risco de viés

A ferramenta *A revised tool to assess risk of bias in randomized trials* (RoB 2.0)[11] foi utilizada para julgar o risco de viés em cada estudo selecionado. As avaliações, por tipo de dor, estão descritas nas **Figuras DK** a **DN**.

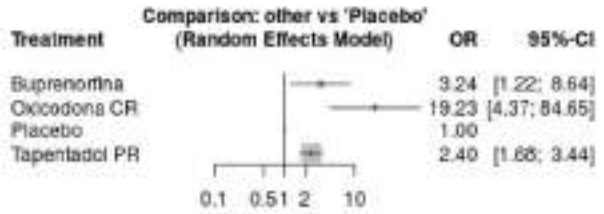


Figura DE - Gráfico de floresta para o desfecho incidências de eventos adversos. Legenda: CI=intervalo de confiança; CR=liberação controlada; PR=liberação prolongada.

Placebo	0.42 [0.29; 0.60]	0.31 [0.12; 0.82]	0.05 [0.01; 0.23]
0.42 [0.29; 0.60]	Tapentadol PR	.	.
0.31 [0.12; 0.82]	0.74 [0.26; 2.10]	Buprenorfina	.
0.05 [0.01; 0.23]	0.12 [0.03; 0.57]	0.17 [0.03; 1.00]	Oxicodona CR

Figura DF - *League table* da comparação entre todos os pares de tratamento para o desfecho incidências de eventos adversos. Legenda: CR= liberação controlada.

Eventos adversos graves

Os resultados para eventos adversos graves estão descritos nas **Figuras DG** a **DJ**.

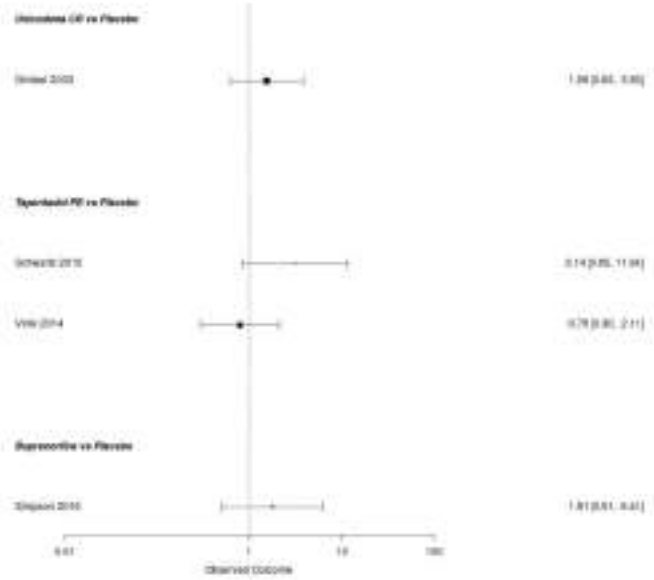


Figura DG - Gráfico de resultado dos estudos para o desfecho incidência de eventos adversos graves.

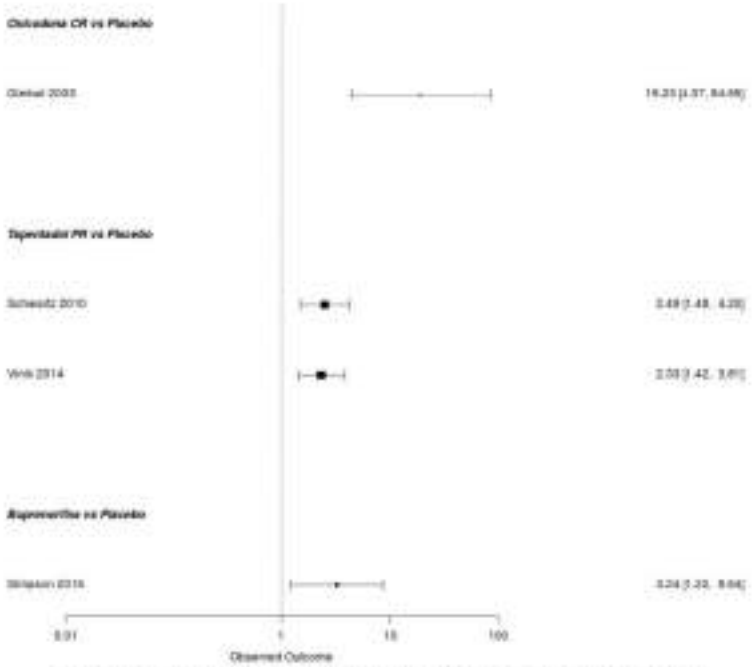


Figura DC - Gráfico de resultado dos estudos para o desfecho incidência de eventos adversos.

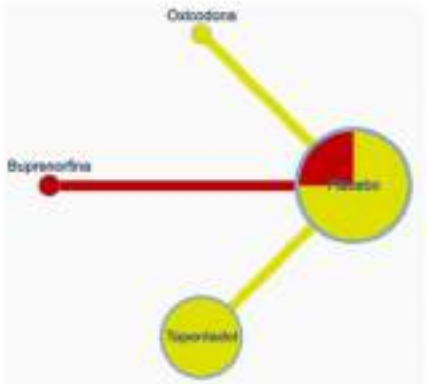


Figura DD - Rede de evidências para o desfecho incidência de eventos adversos.

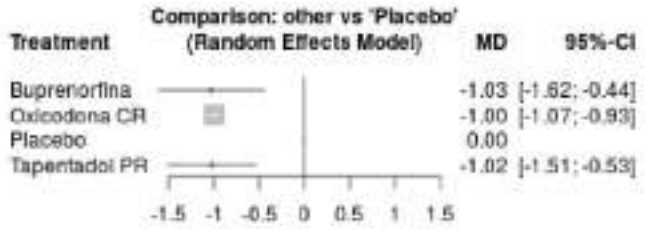


Figura DA - Gráfico de floresta para desfecho dor neuropática.Legenda: MD= diferença média (mean difference); CI=intervalo de confiança (confidence interval); CR=liberação controlada (controlled release); PR=liberação prolongada (prolonged release).

Buprenorfina	.	.	-1.03 [-1.62; -0.44]
-0.01 [-0.78; 0.76]	Tapentadol PR	.	-1.02 [-1.51; -0.53]
-0.03 [-0.62; 0.56]	-0.02 [-0.52; 0.48]	Oxicodona CR	-1.00 [-1.07; -0.93]
-1.03 [-1.62; -0.44]	-1.02 [-1.51; -0.53]	-1.00 [-1.07; -0.93]	Placebo

Figura DB - *League table* da comparação entre todos os pares de tratamento para o desfecho dor neuropática.Legenda: CR=liberação controlada; PR=liberação prolongada.

Incidência de eventos adversos

Eventos adversos gerais

Os resultados das meta-análises de eventos adversos gerais estão descritos nas **Figuras DC** a **DF**.

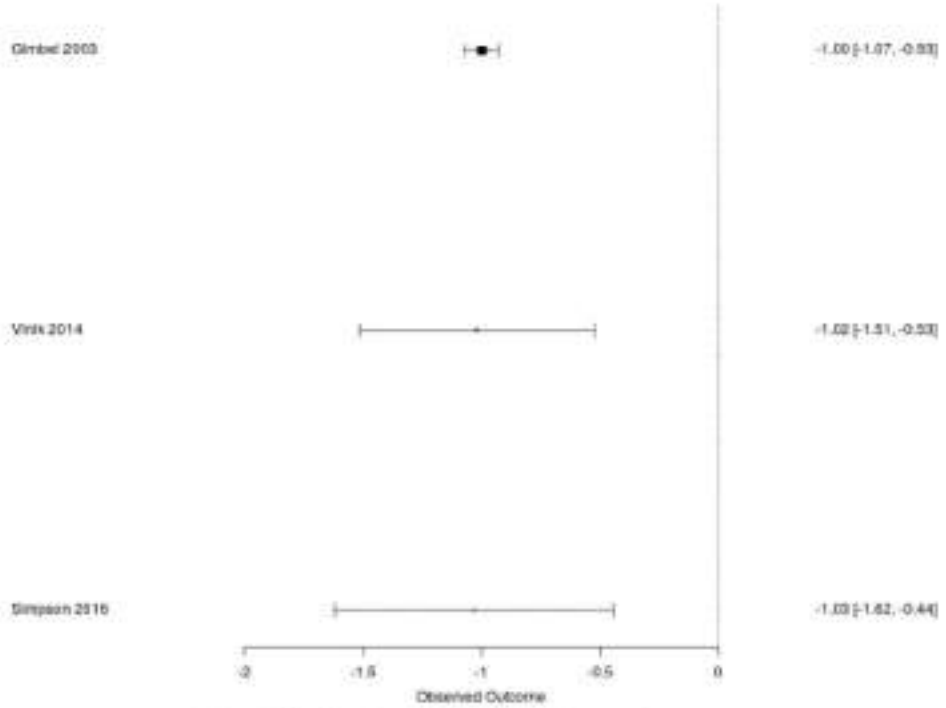


Figura CY - Gráfico de resultado dos estudos para dor neuropática.

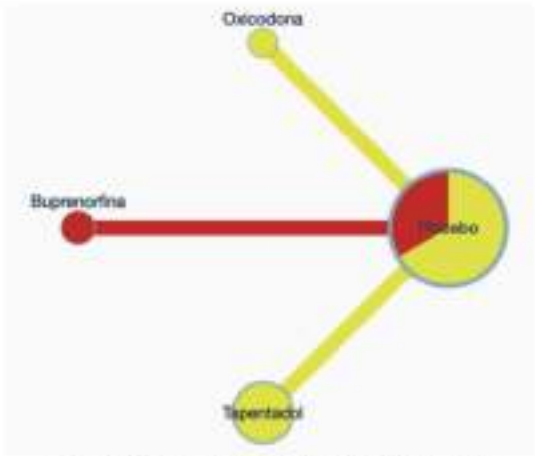


Figura CZ - Rede de evidências para o desfecho dor neuropática.

Comparison	No.Studies	NMA	Direct	Indirect	Difference	Diff_95CI_lower	Diff_95CI_upper	pValue
Fentanil Morfina	1	-1.00	0.27	-0.27	5.54	-0.34	7.41	0.07
Fentanil Oxicodona CR	0	-2.25	NA	-2.25	NA	NA	NA	NA
Fentanil Oxicodona IR	0	-1.75	NA	-1.75	NA	NA	NA	NA
Fentanil Placebo	1	-1.69	-3.05	0.49	-5.54	-7.41	0.34	0.07
Morfina Oxicodona CR	1	-1.19	3.08	-2.67	2.79	-0.81	6.37	0.19
Morfina Oxicodona IR	0	-0.65	NA	-0.65	NA	NA	NA	NA
Morfina Placebo	1	-0.60	-2.49	-0.59	0.20	-3.08	3.48	0.91
Oxicodona CR:Oxicodona IR	2	0.52	0.52	NA	NA	NA	NA	NA
Oxicodona CR:Placebo	2	0.59	1.23	-1.50	2.79	-0.51	9.27	0.13
Oxicodona IR:Placebo	0	0.05	NA	0.05	NA	NA	NA	NA

Quadro CW - Análise de inconsistência para o desfecho dor musculoesquelética.Legenda: No. Studies: número de estudos; NMA: meta-análise de rede; Direct: avaliação direta; Indirect: avaliação indireta; Difference: diferença; Diff_95CI_lower: diferença entre os limites inferiores do intervalo de confiança; Diff_95CI_upper: diferença entre os limites superiores do intervalo de confiança; pValue: p-valor.

Dor crônica neuropática

Redução da dor

Para este desfecho, foi conduzida uma meta-análise em rede para avaliar os efeitos de diferentes combinações. Os resultados estão descritos nas **Figuras CY** a **DB**.

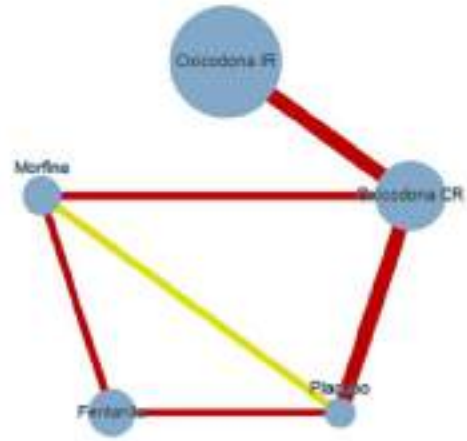


Figura CT - Rede de comparações para o desfecho de intensidade da dor mensurada por qualquer escala. Legenda: IR=liberação imediata; CR=liberação controlada.

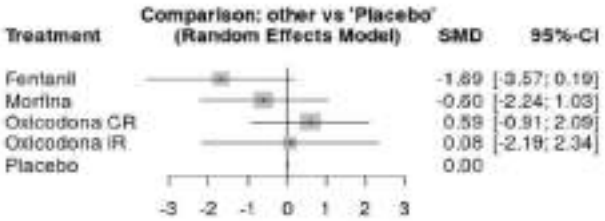


Figura CU - Gráfico de floresta para desfecho dor musculoesquelética Legenda: SMD = diferença média padronizada; IC = intervalo de confiança; CR = liberação controlada. Desvio padrão entre estudos (τ): 1.22. Número de estudos: 8. Número de tratamentos: 5. Todos os tratamentos são contra o tratamento referência (placebo)

Fentanil	0.27 [-2.13; 2.66]	.	-3.05 [-5.45; -0.65]	.
-1.09 [-2.97; 0.79]	Morfina	.	-0.49 [-2.91; 1.92]	0.06 [-2.34; 2.45]
-1.76 [-4.55; 1.02]	-0.68 [-3.12; 1.77]	Oxicodona IR	.	-0.52 [-2.21; 1.16]
-1.69 [-3.57; 0.19]	-0.60 [-2.24; 1.03]	0.08 [-2.19; 2.34]	Placebo	-1.23 [-2.95; 0.48]
-2.28 [-4.49; -0.07]	-1.19 [-2.96; 0.57]	-0.52 [-2.21; 1.16]	-0.59 [-2.09; 0.91]	Oxicodona CR

Quadro CV - Resultados de efeito de tratamento para todos os pares de tratamento para o desfecho dor musculoesquelética. Legenda: IR=liberação controlada; CR=liberação imediata.

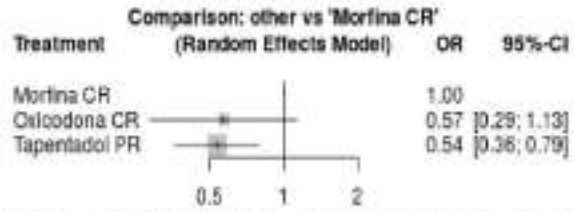


Figura CQ - Gráfico de floresta para desfecho incidência de eventos adversos. Legenda: OR=razão de chances (*odds ratio*); CI: interval de confiança; CR= liberação controlada (*controlled release*); PR=liberação prolongada (*prolonged release*).

Tapentadol PR	0.81 [0.41; 1.60]	0.56 [0.36; 0.85]
0.94 [0.51; 1.74]	Oxicodona CR	0.31 [0.08; 1.24]
0.54 [0.36; 0.79]	0.57 [0.29; 1.13]	Morfina CR

Figura CR - *League table* da comparação entre todos os pares de tratamento para o desfecho incidência de eventos adversos.Legenda: CR= liberação controlada (controlled release); PR=liberação prolongada (prolonged release).

Comparison	No.Studies	NMA	Direct	Indirect	Difference	Diff_95CI_lower	Diff_95CI_upper	pValue
Oxicodona CR:Morfina CR	1	-0.56	-1.18	-0.36	-0.82	-2.42	0.79	0.32
Tapentadol PR:Morfina CR	1	-0.62	-0.57	-1.39	0.82	-0.79	2.42	0.32
Oxicodona CR:Tapentadol PR	1	0.06	0.21	-0.61	0.82	-0.79	2.42	0.32

Figura CS - Avaliação de inconsistência da rede para o desfecho incidência de eventos adversos.Legenda: No. Studies=número de estudos; NMA: meta-análise de rede; Direct=avaliação direta; Indirect=avaliação indireta; Difference=diferença; Diff_95CI_lower=diferença entre os limites inferiores do intervalo de confiança; Diff_95CI_upper=diferença entre os limites superiores do intervalo de confiança; pValue: p-valor.

Dor crônica musculoesquelética

Redução da dor

Os estudos relataram dor de formas diferentes, principalmente por END e por EVA. Com o objetivo de comparar os tratamentos, os resultados foram reunidos com DMP. As meta-análises estão descritas nas **Figuras CT** a **CW**.

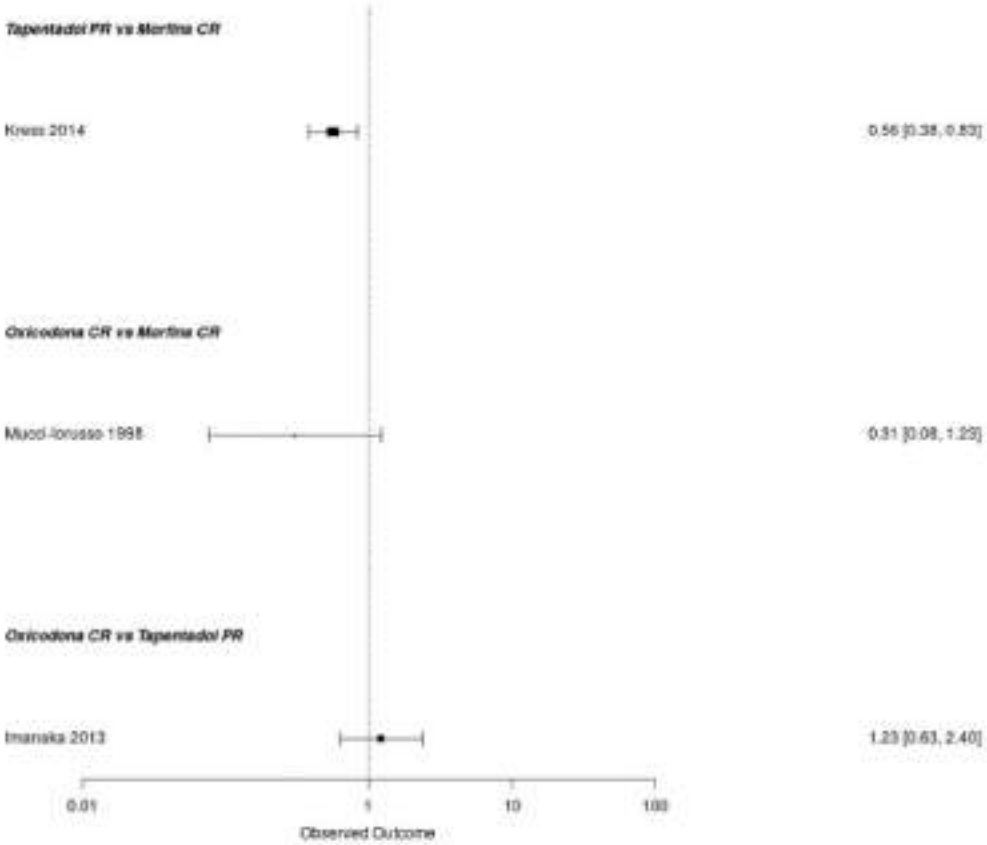


Figura CO - Gráfico de resultado dos estudos para incidência de eventos adversos.Legenda: CR= liberação controlada (controlled release); PR=liberação prolongada (prolongated release).

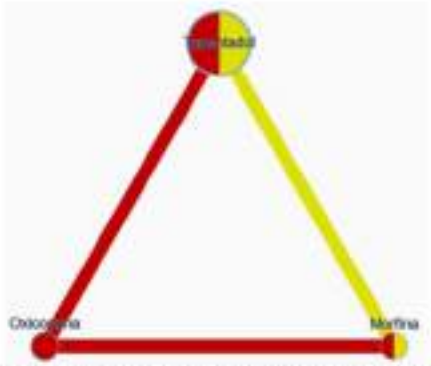


Figura CP - Rede de evidências para o desfecho incidência de eventos adversos.

Morfina	-0.23 [-3.26; 2.81]	-2.98 [-6.06; 0.10]
-1.11 [-3.60; 1.37]	Tapentadol	-0.06 [-3.09; 2.98]
-2.06 [-4.56; 0.44]	-0.95 [-3.43; 1.54]	Oxicodona

Figura CM - *League table* da comparação entre todos os pares de tratamento para o desfecho dor oncológica.

Assessment of inconsistency for all studies

Comparison	No.Studies	NMA	Direct	Indirect	Difference	Diff_95CI_lower	Diff_95CI_upper	pValue
Oxicodona:Morfina	1	2.06	2.98	0.28	2.69	-2.59	7.98	0.32
Tapentadol:Morfina	1	1.11	0.23	2.92	-2.69	-7.98	2.59	0.32
Oxicodona:Tapentadol	1	0.95	0.06	2.75	-2.69	-7.98	2.59	0.32

Figura CN - Análise de inconsistência para o desfecho dor oncológica. Legenda: No. Studies=número de estudos; NMA: meta-análise de rede; Direct=avaliação direta; Indirect=avaliação indireta; Difference=diferença; Diff_95CI_lower= diferença entre os limites inferiores do intervalo de confiança; Diff_95CI_upper=diferença entre os limites superiores do intervalo de confiança; pValue=p-valor.

Incidência de eventos adversos

Somente três estudos relataram esse desfecho, sendo incluídos na meta-análise. Os resultados estão descritos nas **Figuras CO** a **CS**.

A seguir, estão descritos apenas os resultados para os desfechos primários das meta-análises *pairwise* e em rede. Em caso de meta-análise *pairwise*, estão descritas somente as comparações entre tratamentos ativos. As informações completas estão descritas no Relatório de Recomendação nº 644 da Conitec[15].

Dor crônica oncológica

Redução da dor

Três estudos foram incluídos na análise de redução de dor de origem oncológica. Os estudos relataram dor de formas diferentes nos estudos, principalmente por escala numérica da dor (END) e por escala visual analógica (EVA). Com o objetivo de comparar os tratamentos, os resultados foram reunidos com diferenças de médias padronizadas (DMP). Os resultados das análises estão descritos nas **Figuras CJ** a **CN**.

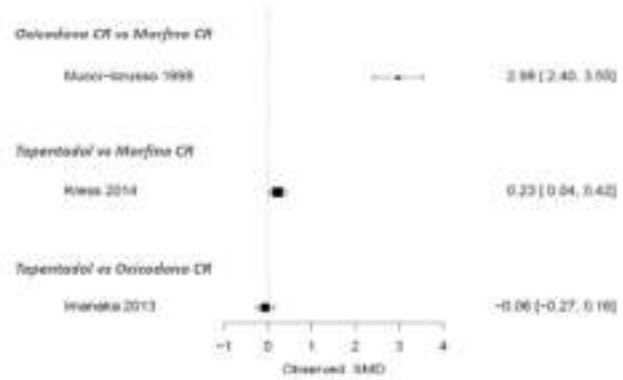


Figura CJ - Gráfico de resultado dos estudos para dor oncológica.



Figura CK - Rede de evidências para o desfecho dor oncológica.

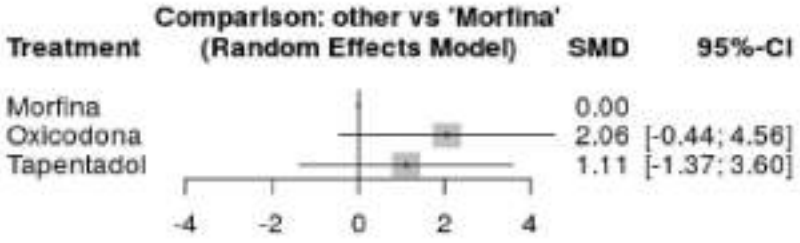


Figura CL - Gráfico de floresta para desfecho dor oncológica. Legenda: SMD= *standardized mean difference*; CI=*confidence interval*; CR =*controlled release*; PR =*prolonged release*; TDS =*transdermal system*.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				• **Tontura:** Depressão TDS: 1 de 90 Placebo: 2 de 47 • **Sonolência:** Depressão TDS: 1 de 90 Placebo: 0 de 47 • **Vômito:** Depressão TDS: 0 de 90 Placebo: 1 de 47 • **Constipação:** Depressão TDS: 2 de 90 Placebo: 1 de 47 **Eventos adversos graves:** Nenhuma morte ocorreu durante o período de 10 dias de estudo e nenhum dos 4 eventos adversos sérios relatados foi julgado como relacionado ao medicamento do estudo **Abandono do tratamento por qualquer causa:** 8 pacientes terminaram o estudo de forma prematura, 6 no grupo Depressão TDS e 2 no grupo placebo. No grupo Depressão, as razões para abandono foram: dor no quadril/perna do dia e eventos adversos. No grupo placebo, 1 paciente se retirou por indicação e outro havia suicidado

Legenda: DTDS: Depressão do sistema transtalâmico; EA: evento adverso; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; PCS: *Physical component summary* (escore resumo do componente físico do SF-36); TDS: sistema

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				Mudança desde o baseline até o momento 24: Mirtiflos -12,6; Placebo -10,7; p=0,001
Landes, 2019[19]	Adultos com pelo menos 2 meses de dor não relacionada ao câncer controlada com opioides orais, com uso de ≥2 comprimidos/dia ou pelo menos um relato de estado bem permanão >7 para "dor em média nas últimas 24 horas" Brief Inventário de Dor (escala de 0 = nenhuma a 10 = dor tão forte quanto você pode imaginar); e com controle da dor bom, mais bom ou excelente (escala categórica de 6 pontos de medicação a medicação mais ou menos satisfatório a excelente) N=287	Bupropiona TDS (BTDS) N=129 Placebo correspondente N=158	Alto risco de viés	**Dor:** A proporção de participantes com tratamento (sobre-durante a avaliação duplo-cega foi menor no grupo BTDS em comparação com o grupo placebo (51,2% versus 65,0%, respectivamente). O odds de tratamento malsucesso foi 1,79 vezes maior no grupo placebo do que para BTDS (IC 95%: 1,09 – 2,93; p=0,022). O tempo mediano desde a dose inicial do medicamento no fase duplo-cega até a primeira ocorrência de tratamento malsucesso foi de 18 dias no grupo BTDS e de 5 dias no grupo placebo (p< 0,001). **Reações adversas gerais:** BTDS: 62 de 129/ Placebo: 59 de 158 • Insônia: BTDS: 8 de 129/ Placebo: 6 de 158 • Sonolência: BTDS: 5 de 129/ Placebo: 1 de 158 • Dor de cabeça: BTDS: 5 de 129/ Placebo: 3 de 158 **Reações adversas graves:** Nenhuma destas ou outras eventos adversos graves foram relatados durante a fase duplo-cega. **Abandono do tratamento por qualquer causa:** 12 participantes (8 por grupo de tratamento) interromperam o tratamento do fase prematuro (principalmente por causa de eventos adversos) na fase duplo-cega
Sarge, 2018[13]	Pacientes adultos recebendo tratamento hospitalar ou ambulatorial para dor cefaica grave ou muito grave relacionada a câncer ou outra opióides justificando tratamento com opioides forte como Bupropiona N=137	Bupropiona TDS (transdérmico) N=90 Placebo N= 47	Alto risco de viés	**Dor:** Na fase duplo-cega, pacientes que receberam Bupropiona TDS tiveram melhora mais pronunciada na intensidade geral da dor comparados aos pacientes no grupo placebo começando pela proporção de vítimas dados coletados (ou letra e mediana) **Qualidade de vida:** A duração geral do uma não interrupção por dor melhores durante a fase duplo-cega em pacientes recebendo bupropiona TDS, enquanto dados sobre pacientes recebendo placebo. Essas diferenças não foram avaliadas quanto a significância estatística. **Reações adversas gerais:** Bupropiona TDS: 54,4%/ Placebo: 42,6%, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. • Náusea: Bupropiona TDS: 6 de 90/ Placebo: 4 de 47

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
	N = 112	prótese IP-CRMD N=55 comparados ao atendimento odontológico tradicional (CROI) N=58		**Qualidade de vida:** Com relação ao grau de melhora a partir da linha de base, o grupo convidativo teve menor número de que o grupo motivo na semana 4 (p=0.024), e melhor, os grupos demonstraram grau significativo de melhora até a semana 24 (p<0.05). **PCS exceto na linha de base:** motivo: 16.4/ convidativo: 11.1 **PCS exceto na semana 24:** motivo: 20.9/ convidativo: 13.2. **Qualidade de sono:** Pacientes em ambos os grupos tiveram melhora significativa nos escores de sono. Na semana 24, o escore médio de sono e a mudança desde o baseline com motivo foi significativamente melhor do que com o convidativo (p=0.05). **Pontuação média da escala de sono na linha:** Motivo: 6.1/ Convidativo: 6.4 **Pontuação média da escala de sono na semana 24:** Motivo: 5.5/ Convidativo: 4.9 **Eventos adversos específicos:** • **Constipação:** Motivo: 13 de 50/ Convidativo: 8 de 58 • **Náusea:** Motivo: 7 de 50/ Convidativo: 8 de 58 • **Sensibilidade:** Motivo: 5 de 50/ Convidativo: 4 de 58 • **Desordem cognitiva:** Motivo: 2 de 50/ Convidativo: 1 de 58 • **Tontura:** Motivo: 1 de 50/ Convidativo: 5 de 58 • **Sedação:** Motivo: 8 de 50/ Convidativo: 3 de 58 **Eventos adversos graves:** 12 pacientes tiveram EA grave, somente um deles foi considerado relacionado ao tratamento, um paciente do grupo motivo teve alteração de status mental. O paciente se retirou do estudo e se recuperou completamente. O estudo não especificou o número de eventos por grupo. **Abandono do tratamento por qualquer causa:** 29 pacientes, 15 no grupo motivo e 14 no grupo convidativo interromperam o uso do medicamento devido a eventos adversos, geralmente uma desordem gastrointestinal ou de sistema nervoso central. **Preferência:** Pacientes em ambos os grupos expressaram alta satisfação com seu medicamento do estudo e ao final do estudo, não foram encontradas diferenças significativas.

Quadro III - Caracterização dos estudos de dor não específica selecionados após a busca estruturada.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Allen, 2005[9]	Adultos com dor crônica não oncológica que exigiam tratamento contínuo com opioides prolongados por seis semanas antes do estudo. Eles deveriam ter alcançado um controle estabilizado da dor com uma dose estável de opioide oral por nove dias antes do estudo. N: 286	Fentanila transbucal em 'Oralet' n=126 morfina oral de liberação controlada n: 130	Alto risco de viés	**Dor:** Pacientes tratados com fentanila transbucal tiveram uma média menores escores de intensidade da dor do que aqueles tratados com morfina oral (média 57.8, intervalo 55.1-62.5 versus média 62.9, intervalo 61.2-64.6; p<0.001), independente da ordem do tratamento. **SF-36, Funcionamento Físico, média (IC 95%)** Fentanila: 35.4 (32.2 a 38.7)/ Morfina: 34.9 (31.7 a 38.2) p=0.712 **SF-36, saúde geral, média IC 95%** Fentanila: 42.5 (38.6 a 54.4)/ Morfina: 44.7 (37.8 a 45.5) p: 0.246 **Reações adversas gerais:** Fentanila: 73%; morfina: 59% • **Tontura:** fentanila: 20 de 256/ morfina: 9 de 138 • **Constipação:** fentanila: 41 de 256/ morfina: 52 de 238 • **Boca seca:** fentanila: 21 de 256/ morfina: 22 de 238 • **Sonolência:** fentanila: 45 de 256/ morfina: 34 de 238 **Eventos adversos graves:** fentanila: 2,8%/morfina: 3,9% **Abandono do tratamento por qualquer causa:** Fentanila: 36% (38)/ morfina: 9% (11). **Preferência:** Uma proporção maior de pacientes preferiu a fentanila transbucal à morfina (138 (82%) versus 59 (26%); p<0.001). As principais razões para preferir a fentanila foram melhor alívio da dor, maior conveniência e menos EA.
Nicholson, 2006[10]	Adultos de 18 a 80 anos com dor não oncológica moderada a severa, com indicação de tratamento contínuo com analgésicos opioide de liberação controlada	KADIAN (sulfato de morfina de liberação prolongada) associado com	Alto risco de viés	**Dor:** Não houve diferença significativa na mudança desde a linha de base entre os dois grupos de tratamento. Entretanto, o grupo de morfina alcançou diminuição clínica significativa e clinicamente relevante da dor (uma redução de 2 pontos ou mais) na semana 24 (morfina: -2,0 versus morfina: -1,4). **Pontuação média da escala de dor no início:** Morfina: 7,2 / Oxicodona: 7,4 **Pontuações médias da escala de dor na semana 24:** Morfina: 5,3 / Oxicodona: 6,0

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral Jadad 2.0	Principais resultados
				hiperosmolar: -3.45 (-3.91 a -3.00) placebo: -2.38 (-2.59 a n=92); p<0.05 **Eventos adversos gerais:** hiperosmolar: 87 de 93 placebo: 76 de 93 **Eventos adversos específicos:** Os eventos adversos mais relatados no grupo hiperosmolar foram náusea (31,8%) e constipação (31,2%), e no grupo placebo foram infecção do trato respiratório superior (32,9%) e dor de cabeça (8,7%). **Eventos adversos graves** hiperosmolar: 10 de 93 placebo: 9 de 93 **Eventos adversos sérios** hiperosmolar: 7 de 93 placebo: 4 de 93 **Abandono do tratamento por qualquer causa:** 37 (39,8%) dos pacientes no grupo hiperosmolar e 23 (25,8%) daqueles no grupo placebo abandonaram o estudo. As principais razões foram eventos adversos (n=20) no grupo hiperosmolar e eventos inadequados da dor (n=9) no grupo placebo

Legenda: DP: desvio padrão; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; SF-36: short form – avaliação da qualidade de vida com 36 perguntas; EBQOL: questionário de qualidade de vida relacionado à saúde; DHN: ensaio de interferência de nomeclátio

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				C) Sensibilidade: Tapentadol: 18 de 307; Placebo: 3 de 87 D) Desistiu: Tapentadol: 9 de 310; Placebo: 4 de 312 **Eventos adversos graves**: Tapentadol: 6 de 316; Placebo: 0 de 312 **Abandono do tratamento por qualquer causa**: Tapentadol: 285/316 (90.2%); Placebo: 305/312 (97.8%)
Simpson, 2014[40]	Pacientes com diabetes do tipo 1 ou 2 pelo menos 6 meses, adherentes com controle glicêmico estável pelo último 3 meses e renda capsaicinoide tópica para dor diabética periférica de dois pelo menos de 6 meses (ou terapia analgésica não opioide convencional máxima) N=180	Capsaicina 8% N=91 Placebo N=89	Alto risco de viés	**Alcançar pelo menos 30% de redução na dor média pela escala numérica na semana 12** Capsaicina: 51,7% [46 de 89] placebo: 41,9% [38 de 91] **Alteração da avaliação inicial na pontuação média do LNSI para menor intensidade da dor, média (DP)** Capsaicina: -2.17 (1.82) (n=89) placebo: -1.34 (2.24) (n=92), p<0.05 **Pontuação média da escala energética para alívio da dor (0 a 5)** Capsaicina: 1.74 (1.23) (n=89) placebo: 2.52 (1.35) (n=92), p<0.05 **Alteração da avaliação inicial na média do SF-MPQ, escore total** Capsaicina: -6.71 (7.28) (n=89) placebo: -5.26 (8.52) (n= 92), p =0.89 **Alteração da avaliação inicial do HRQOL (SF-36) - funcionamento físico, média (DP)** Capsaicina: 2.72 (13.99) (n=89) placebo: -1.22 (14.07) (n=92), p=0.21 **Alteração da avaliação inicial do HRQOL (SF-36) - saúde geral, média (DP)** Capsaicina: 3.08 (17.01) (n: 89) placebo: -0.59 (23.51) (n: 92), p: 0.21 **Alteração da avaliação inicial na média do DSES, média (DP)**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				Reações adversas graves: tapentadol 20 de 164; placebo 5 de 153 **Abandono do tratamento por qualquer causa:** tapentadol 59 de 196; placebo 35 de 193
Vinik, 2014[C]	Adultos com diabetes mellitus tipo 1 ou 2, uma queixa diabética dolorosa estável por pelo menos 6 meses, Hb glicosilada diabética estimada por meio de 3 meses antes da triagem e estabilidade de dieta hipoglicemiante oral ou terapia com insulina 3 meses de histórico de uso analgésico e suspensão com o tratamento usual N=920	Tapentadol ER N=308 Placebo N=152	Algumas preocupações	**Mudança Média (DP) na intensidade da dor:** Tapentadol ER: 0.28 (2.64) Placebo: 1.38 (2.45) Favor tapentadol; mean difference tapentadol -, placebo: -0.95 (IC 95%: -1.32 a -0.49), p<0.000 **Alcançar pelo menos 30% de redução na dor média pela escala numérica na semana 12** Tapentadol: 55.4% (92/166) Placebo: 45.4% (69/152), p: 0.032 **Alcançar pelo menos 50% de redução na dor média pela escala numérica na semana 12** Tapentadol: 40.4% (67/166) Placebo: 28.9% (44/152), p=0.015 **Inventário Breve da dor -mudança da intensidade da dor média (DP) no ponto duplo cego** Tapentadol: −4.6 (2.16) Placebo: −2.3 (2.33), p<0.000 SF-36, Domínio Funcionamento físico, mudança média (DP) no ponto duplo cego Tapentadol: 0.1 (7.93) Placebo: −1.7 (7.44), p=0.005 SF-36, domínio saúde geral, mudança média (DP) no ponto duplo cego Tapentadol: −0.4 (6.04) Placebo: −0.8 (5.59), p=0.444 **Reações adversas gerais:** Tapentadol 132 de 166; Placebo: 95 de 152 (i) **Constipação:** Tapentadol 9 de 166; Placebo: 0 de 152 (ii) **Tontura:** Tapentadol 12 de 166; Placebo: 3 de 152

Quadro III - Caracterização dos estudos de dor neuropática selecionados após a busca sistematizada.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral Rob 2.0	Principais resultados
Gimbel, 2003[17]	Pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2 com neuropatia periférica distal simétrica diabética, história de dor nos dois pés (pontuação ≥3 em escala numérica de 0 a 10) por mais de seis meses de duração por pelo menos 3 meses antes do estudo, dor se manteve moderada ou severa (≥4 pontos) durante por 3 dias antes de receber medicamento de estudo N=180	Oxycodona N=82 Placebo N=77	Algumas preocupações	**Dor:** Intensidade média de dor mensurada de 0 a 10, mudança desde o baseline (Least mean squares): oxicodona: -2.0 (0.25) versus placebo: -1.8 (0.25), p=0.001. **Incapacidade:** "Não foram observadas diferenças significativas entre oxicodona e placebo para Escala Sickness." **Qualidade de vida:** "Não foram observadas diferenças significativas entre oxicodona e placebo para escala SF-36." **Qualidade do sono:** Qualidade do sono mensurada de 0 a 10, mudança desde o baseline (Least square means): oxicodona: 1.2 (0.24) versus placebo: 0.5 (0.24); p= 0.024 **Reações adversas gerais:** oxicodona 80 de 82/ placebo 52 de 77 • **Constipação:** oxicodona 55 de 82/ placebo 11 de 77 • **Sonolência:** oxicodona 33 de 82/ placebo 1 de 77 **Reações adversas graves:** oxicodona 14 de 82/ placebo 0 de 77 **Abandono de tratamento por qualquer causa:** dos 12 indivíduos que interromperam tratamento devido ao evento inadequado da dor, 1 estava no grupo da oxicodona CR e 11 estavam no grupo de placebo (p= 0.002).
Schwartz, 2014[18]	Adultos com diabetes mellitus tipo 1 ou 2 com neuropatia periférica diabética por pelo menos 6 meses e HbA1c ≤ 11% por pelo menos 3 meses; 3 meses de histórico de uso de medicamento analgésico e satisfação com o tratamento atual N=395	Esmeralol N=390 Placebo N=196	Alto risco de viés	**Dor:** Intensidade média de dor, escala numérica de 0 a 11, mudança desde o baseline (Least mean squares): oxicodona: 0.8 versus placebo: 1.6; Diferença média (least mean squares) entre esmeralol e placebo: -1.5 (IC 95% -1.70 a -0.92); P<0.001). **Reações adversas gerais:** esmeralol 339 de 390/ placebo 108 de 191 • **Desordens gastrointestinais:** esmeralol 57 de 390/ placebo 27 de 195 • **Constipação:** esmeralol 12 de 390/ placebo 2 de 195 • **Desordens do SNC:** esmeralol 51 de 390/ placebo 27 de 195 • **Tontura:** esmeralol 19 de 390/ placebo 5 de 195 • **Desordens respiratórias, torácicas e mediastinais:** esmeralol 24 de 390/ placebo 21 de 195.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral Risk 2:0	Principais resultados
				• Tapentadol vs. placebo: 0,3 (95% CI -0,61 a 0,09) • Oxicodona CR vs. placebo: 0,2 (95% CI -0,16, a 0,54) Qualquer evento adverso nº. (%) • Placebo: 187 (55,5) • Tapentadol: 334 (67,1) • Oxicodona: 360 (84,5) Qualquer evento adverso sério nº. (%) • Placebo: 4 (1,2) • Tapentadol: 7 (9,6) • Oxicodona: 13 (3,9) **Problemas gastrointestinais** • Placebo: 92 (27,3) • Tapentadol (3) (46,7) • Oxicodona: 224 (47,7) **Doenças do sistema nervoso** • Placebo: 67 (19,9) • Tapentadol: 138 (40,8) • Oxicodona: 192 (45,9%)

Legenda: DP: desvio padrão; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; SA: erro padrão; SEM: erro padrão da média; SF-36 v2, SF-12: short form – avaliação da qualidade de vida com 36 ou com 12 perguntas; VC: versus; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
	N = 107 Placebo: 51 Oxicodona: 56	**Comparador:** Placebo		WOMAC (0-1.000 Zenos Aguavera Hann (SE) • **Oxicodona: 44.8 (2.8)** • **Placebo: 58,7 (3.1.)** Avaliação global do paciente (VAS) • **Oxicodona: 5.1 (0,3)** • **Placebo: 6,0 (0,3)** Eventos adversos n° (%) Tontura • **Placebo: 3 (5.9)** • **Oxicodona: 18 (32.1)** Náusea • **Placebo: 7 (13.7)** • **Oxicodona: 23 (41.1)** Constipação • **Placebo: 5 (9.8)** • **Oxicodona: 27 (48.2)** Sonolência • **Placebo: 6 (9.8)** • **Oxicodona: 18 (32.1)**
Sarzia et al., 2017*	Indivíduos com osteoartrite e grave sensibilidade química de joelho Média= 62,4 (9,4) N 100 Tegretabid (n=50) Oxicodona (n=33) Placebo (n=37)	**Intervenção:** Oxicodona: dosagem máxima 30 mg **Comparador:** Tapentadol: dosagem máxima 250 mg Placebo	Algumas preocupações	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor: Escala Numérica de dor (0-10 pontos) • **Tapentadol: 4,7** • **Oxicodona: 5** • **Placebo:6,9** *Dados relatados em gráfico diferença entre os médios

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral Risk 2.0	Principais resultados
				• Topiramato: 44 (26) Náusea • Placebo: 9 (5) • Oxicodona: 70 (40) • Topiramato: 58 (28) Constipação • Placebo: 4 (2) • Oxicodona: 45 (26) • Topiramato: 11 (7)
Langford et al., 2016[14]	Indivíduos com cefaleia crônica Idade: 66 (8,7) N = 310 Fremanezumabe 282 Placebo 145	**Intervenção:** Fremanezumabe (grupo) subcutâneo a cada 28 d **Comparador:** Placebo	Alto risco de viés	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor Escala visual de dor (0-100 mm)- média (SE)-1) • **Fremanezumabe: 23,6 (2,0)** • **Placebo: -15,9 (1,9)** Fadiga SCOMAC (0-100)- média (SE)-1) • **Fremanezumabe: -3,9 (0,4)** • **Placebo -2,4 (0,4)** Qualidade de vida SF36- componente físico • **Fremanezumabe: 5,4 (0,5)** • **Placebo: 2,4 (0,5)** SF36- componente mental • **Fremanezumabe: -0,9 (0,9)** • **Placebo: 1,1 (0,7)**
Mathew et al., 2008[15]	Indivíduos com enxaqueca Idade: 30 a 70 anos	**Intervenção:** Oxicodona	Alto risco de viés	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				• Oxicodona: 769 (96,6)
Osteoartrite				
Afilalo et al., 2010 [17]	Indivíduos com osteoartrite Idade: 50 a 79 anos N = 1421 Oxicodona: 345 Tapentadol: 346 Placebo: 330	**Intervenção:** Tapentadol (100-250 mg) **Comparador:** Oxicodona (20-50 mg) Placebo	Algumas preocupações	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor Escala numérica de dor (0-10 pontos) • **Tapentadol vs. Placebo: -0,7 (95% IC: 1,04 a -0,35)** • **Oxicodona vs. Placebo: -0,3 (95%IC: 0,67 a -0,08)** Qualidade de vida avaliados de 3 em 3 meses comparado à linha de base) SF36, componente físico • **Oxicodona: 3,7** • **Tapentadol: 6,2** • **Placebo: 3,8** Eventos adversos • Placebo: 61,3% (206/337) • Tapentadol: 75,9% (261/344) • Oxicodona: 87,4% (298/342)
Hartrick et al., 2009 [18]	Indivíduos com osteoartrite ou artrite reumatoide Idade: 18 a 80 anos N = 650 Placebo: 305 Oxicodona: 172 Tapentadol: 168	**Intervenção:** Tapentadol de liberação imediata 75 mg **Comparador:** Placebo Oxicodona 40 mg	Alto risco de viés	Avaliação final após 45 dias Alívio total da dor (TOTPAR- soma-IDP) • **Placebo: 259,0 (281,11)** • **Oxicodona: 391,9 (313,95)** • **Tapentadol: 384,5 (313,09)** Eventos adversos n° (%) **Tontura** • **Placebo: 8 (5)** • **Oxicodona: 40 (23)**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral Risk 2.0	Principais resultados
				• Morfina: 37,5% • **Oxicodona/naloxona: 66%** ≥50% função intestinal (índice de função intestinal/ constipação induzida por opioides) • **Oxicodona: 96 (63,6)** • **Morfina: 89 (59,0)** ≥50% Eventos adversos relatórios espontâneos durante visitas ao paciente) • **Oxicodona: 41%** • **Morfina: 37%**
Webster et al., 2016[15]	Indivíduos com dor lombar crônica Idade: 47,3 N = 718 Oxicodona: 306 Placebo: 181	**Intervenção:** Oxicodona (20 mg) **Comparador:** Placebo	Alto risco de viés	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor Escala Numérica de dor (0-10)- média (DP) • Oxicodona: 4,0 (2,35) • **Placebo: 5,2 (3,05)** Eventos adversos (0 incidência, 1 leve, 2 moderado, 3 grave): **Constipação:** • Oxicodona: 0,71 * • **Placebo: 0,28** **Tontura** • Oxicodona: 0,17 • **Placebo: 0,13**
Wild et al., 2018[16]	Indivíduos com dor lombar crônica e osteoartrite Idade: 60,1 (11,81) N = 1170 Tapentadol: 589 Oxicodona: 221	**Intervenção:** Tapentadol (100 a 250 mg) **Comparador:** Oxicodona (20 a 50 mg)	Alto risco de viés	Avaliação após 12 meses Escala Numérica de dor (0-10)- média (SE) • **Tapentadol: 6,4 (0,09)** • **Oxicodona: 6,5 (0,12)** Eventos adversos nº, (%) • **Tapentadol: 151 (85,7)**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
		Morfina 10/10 h/30 mg, mediana 600, 95% IC 90,9–187,7; P=0,001)		Qualidade de vida Intensidade da dor (QLIP= 0 A 40 pontos) - nº (%) *10 pontos = menos sofrido • Oxicodona: 066 (50,8%) • Morfina: 146 (48,7%) Eventos adversos gerais nº. (%) **Náusea** • Oxicodona: 9 (3) • Morfina: 14 (4,7) **Constipação** • Oxicodona: 066 (50,3) • Morfina: 170 (56,7) **Tontura** • Oxicodona: 24 (8) • Morfina: 26 (9,3)
Uchenall et al., 2015[44]	Indivíduos com dor lombar crônica Idade: 35 a 70 anos N = 151 Hidrocodona: 150 Morfina: 151 Oxicodona+naloxona: 141	**Intervenção:** Oxicodona: 120,8 (mediana: 120; intervalo: 60 - 288) **Comparador:** Morfina: 120,7 (mediana: 120; intervalo: 60-300) Oxicodona+naloxona: 124,1 (mediana: 120; intervalo: 60- 360)	Alto risco de viés	Avaliação após 12 semanas: ≤50% Intensidade (I) da dor (índice de intensidade da dor lombar- LIDIO) • Oxicodona: 58,9% • Morfina: 52,9% • Oxicodona/naloxona: 59% >50% Incapacidade (índice de incapacidade da dor- oIDI) • Oxicodona: 49% • Morfina: 46,2% • Oxicodona/naloxona: 61,3% ≤50% Qualidade de vida (inventário de comprometimento da qualidade de vida pela dor- QUIP) • Oxicodona: 48,3%

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Vulnet et al., 2011[19]	Indivíduos com dor lombar crônica Idade: 49,4 (17,99) N = 541 Hipnoanalgia: 257 Placebo: 264	**Intervenção:** Hipnoanalgia transdérmica **Comparador:** Placebo	Algumas preocupações	Avaliação após 12 semanas: Intensidade da dor Escala numérica da dor (0-10 pontos) • **Hipnoanalgia transdérmica vs. Placebo: 0,58 (IC 95% -1,03 a 0,24)** Participação do caso: valvoscale Médical Outcomes Study • **Hipnoanalgia transdérmica vs. Placebo: 4,4 (IC 95% 7,8 a 1,1)** Eventos adversos graves n° (%) • Hipnoanalgia transdérmica: 310 (59) • Placebo: 140 (52) **Náusea** • **Hipnoanalgia transdérmica: 32 (15)** • **Placebo: 31 (11)** **Constipação** • **Hipnoanalgia transdérmica: 9 (4)** • **Placebo: 3 (1)** **Tontura** • **Hipnoanalgia transdérmica: 10 (4)** • **Placebo: 3 (1)** **Sonolência** • **Hipnoanalgia transdérmica: 4 (2)** • **Placebo: 6 (2)**
Ordoñez et al., 2018[20]	Indivíduos com dor lombar crônica Idade: 30 a 70 anos Oxicodona: 101 Morfina: 100	**Intervenção:** Oxicodona (100,64-137,4 mg MDA) mediana 103, 95% IC 102,9-118,1, P< 0,001) **Comparador:**	Alto risco de viés	Avaliação após 12 semanas: Intensidade da dor Escala visual da dor (0-100 mm) • **Oxicodona: 27,1 (21,3)** • **Morfina: 28,6 (21,7)**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral Risk Lit	Principais resultados
	Placebo: 136	Placebo:		Qualidade de vida Gastrointestinal symptom rating scale (GSRS) – média (DP) **Componente Refluxo** • **Ozanimode:** 3,3 (0,0) • **Placebo:** 3,4 (0,3) **Componente constipação** • **Ozanimode:** 5,0 (0,0) • **Placebo:** 5,0 (0,7) Encaminhados Questionário Retinal Nitrate – média (DP) • **Ozanimode:** 0,4 (5,0) • **Placebo:** 0,1 (5,1) Eventos adversos n (%) **Náusea** • **Ozanimode:** 21 (18,9) • **Placebo:** 9 (4,4) **Constipação** • **Ozanimode:** 10 (5,2) • **Placebo:** 1 (0,5)
Rinaldi et al., 2007[39]	Indivíduos com dor lombar crônica Idade: 50 a 70 anos N 200 Analgésicos usuários: 122 Ozanimode (ER) de liberação retardada: 122	**Intervenção:** Ozanimode (ER) de liberação retardada **Comparador:** Cápsulas de sulfato de morfina de liberação prolongada	Alto risco de viés	Avaliação após 8 semanas Gastrointestinal symptom rating scale (GSRS) – média (DP) Domínio: Refluxo • **Sulfato de morfina:** 22,6 • **Ozanimode:** 18,6 Domínio: constipação • **Sulfato de morfina:** 21,0 • **Ozanimode:** 16,4

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				• Placebo: 8
Hale et al., 2005[20]	Indivíduos com dor lombar crônica e osteoartrite Idade: 55,9 (11,36) N = 676 Tapentadol: 679 Oxicodona: 178	**Intervenção:** Tapentadol de liberação imediata (50 ao 100 mg) **Comparador:** Oxicodona de liberação imediata (10 ao 15 mg)	Algumas preocupações	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor Escala Numérica de dez- média (DP) • **Tapentadol: 4,9** • **Oxicodona: 5,2** Eventos adversos Eventos gastrointestinais n° (%) (Tapentadol: 44,2%/Oxicodona: 63,5%) Náusea • **Tapentadol: 123 (18,1)** • **Oxicodona: 50 (28,1)** Constipação • **Tapentadol: 87 (12,8)** • **Oxicodona: 46 (25,1)** Eventos do sistema nervoso n° (%) **(Tapentadol: 46,7%/ Oxicodona: 37,1%)** Tontura • **Tapentadol: 123 (18,1)** • **Oxicodona: 29 (15,1)** Sonolência • **Tapentadol: 69 (10,2)** • **Oxicodona: 16 (9,1)**
Kaky et al.,2019[21]	Indivíduos com dor lombar crônica moderada a grave Idade: 49,2 (15,1) N = 310 Oxicodona: 150	**Intervenção:** Oxicodona (LR) de liberação estendida **Comparador:**	Alto risco de viés	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor Escala Numérica de dez- média (SD) • **Oxicodona vs. Placebo: -1,56 (0,267); p = 0,0001**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				Diarreia • Placebo: 23 (7,3) • Loperamida: 19 (6,0) • Difenidrina 9 (2,8)
Chu et al., 2012[39]	Indivíduos com dor lombar crônica Idade: 18 a 70 anos Grupo placebo: n= 70 Grupo morfina: n= 68	**Intervenção:** Morfina de liberação controlada 30 mg/dia **Comparador:** Placebo	Algumas preocupações	Avaliação após 1 mês Intensidade da dor Escala visual de dor (0-100 mm) – média (DP) • Morfina: 26,7 (± 19,1) • Placebo: 16,3 (± 22,4) Incapacidade Questionário Roland Morris (0-23 pontos) - média (DP) • Morfina: 3,83 (± 3,86) • Placebo: 0,53 (± 4,14) Eventos adversos n° (%) Constipação • Morfina: 9 (30%) • Placebo 3 (5%) Sedação • Morfina: 8 (17%) • Placebo 3 (5%) Boca seca • Morfina: 8 • Placebo 3 (5%) Astenia/adinamia • Morfina: 4 (2%) • Placebo 0 Disfunção erétil

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				• Frenesk: 40 (24) • Morfina: 81 (24) **Diarreia** • Frenesk: 61 (38) • Morfina: 47 (16)
Beyrak et al., 2018[9]	Indivíduos com dor lombar crônica Média de idade: 50,63 (14,27) N = 381	**Intervenção:** Oxicodona (liberação controlada) 20-30 mg **Comparador:** Tapentadol (liberação controlada) 100–250 mg Placebo	Alto risco de Viés	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor Escala Numérica de dor (0-10) - diferença entre os médios • Tapentadol vs. placebo: -0,8 (IC 95%: -1,21; -0,47); p <0,000; • Oxicodona vs. Placebo: -0,8 (IC 95%: -1,24; -0,49); p <0,000) Eventos adversos nº (%) Náusea • Placebo: 29 (9,4) • Tapentadol 64 (20,1) • Oxicodona 113 (34,5) Constipação • Placebo: 16 (5,8) • Tapentadol: 44 (13,8) • Oxicodona: 88 (26,8) Vômito • Placebo: 5 (1,6) • Tapentadol: 29 (9,1) • Oxicodona 63 (19,2) Boca seca • Placebo: 7 (2,2) • Tapentadol: 26 (8,2) • Oxicodona 52 (15,7)

Quadro 01 - Caracterização dos estudos de dor crônica musculoesquelética selecionados após a busca estruturada.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral Bob 2.0	Principais resultados
Dor lombar crônica				
Allen et al., 2005[4]	Indivíduos com dor lombar crônica Média de idade: 54 anos N 680 Fentanil: 216 Morfina: 162	**Intervenção:** Fentanil transdérmico **dia 1**: (25 µh; intervalo, 25–50 µh) **Final**: 57 µh (50 µh; intervalo, 12,5–250 µ / hr) **Comparador:** Morfina de liberação retardada **dia 1**: 50 mg (mediana, 60 mg; intervalo, 6-180 mg) **Final**: 140 (mediana, 80 mg; intervalo, 6-780 mg)	Algumas preocupações	Avaliação após 12 semanas Intensidade da dor Escala visual de dor (0 a 100 mm)- média (DP) • **Fentanil: 56,8 (1,5)** • **Morfina: 59,8 (1,5)** Qualidade de vida SF-36- média (DP) • **Componente físico Fentanil: 30,8 (0,5) / Morfina: 30,5 (0,6)** • **Componente mental: Fentanil: 41,1 (0,8) / Morfina: 44,2 (0,8)** Efeitos adversos - n° (%) • **Fentanil: 125 (57)** • **Morfina: 181 (31)** **Constipação** • **Fentanil: 176 (52)** • **Morfina: 230 (69)** **Náusea** • **Fentanil: 183 (54)** • **Morfina: 169 (50)** **Vômito** • **Fentanil: 97 (29)** • **Morfina: 89 (26)** **Sonolência** • **Fentanil: 92 (27)** • **Morfina: 102 (30)** **Tontura**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				Em ambos os grupos, cerca de dois terços dos pacientes tiveram prevenção de lesões, enquanto os sintomáticos foram tratados com menos frequência (cerca de 40%). **Alívio da dor e desmame de opioides** DED 0 a 10, pontuação média de intensidade de dor: 1,3 menos vs. 1,5 oxicodona, diferença entre os grupos de 0,3 (IC de 95% 0,0 a 0,5) após o ajuste para a intensidade da dor basal. DED ajustada para idade, função renal, sexo e características do curso, bem como para a intensidade da dor basal, diferença de intensidade da dor do acompanhamento entre os dois medicamentos (0,0 e IC 95% 3,0 a 0,2). Dose diária equivalente de morfina oral (MEDD) média prevista no início do estudo (imputação) com menos vs. oxicodona 174,9 mg e 30,6 mg, respectivamente. Total de usuário MEDD média, incluindo em nome de relógio e conforme as doses necessárias 153,9 mg para menos e 93,8 mg para oxicodona, aparente para um desdobramento de dose de opioide semelhante para os dois medicamentos, com uma diferença entre os grupos de 1,0% (IC de 95% 5,6% a 8,7%). **Observação** – Estudo aberto, viés de aferição dos eventos adversos, uma vez que não existia conhecimento o paciente sobre o medicamento que está sendo usado

Legendas: DMFAS: Escala de medida da dependência; ALSC: área sob a curva; DP: desvio padrão; EA: eventos adversos; SCR: usuário de risco moderado; FMI: escala numérica da dor; EORTC: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life* – Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento de Qualidade de Vida do Câncer; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; Morfina SR: morfina de liberação sustentada; NS: não significante; OMS: Organização Mundial da Saúde; OR: odds ratio; PP: por protocolo; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde; Tapentadol LR: tapentadol de liberação prolongada; Tto: tratamento; Vs.: versus

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				Dor em repouso (EVA), média, SD (mín, máx), mediana: 2.9 ± 3.0 (0, 9.1), 2.0 (1.7 – 3.5) (0, 4.4), 2.0 (1.3 – 3.9) (0, 4.4), 3.2) p=0.585 (ADHOC) Observação: Estudo aberto. Viés para as medidas de resultado, os pacientes sabem qual tratamento estão recebendo, e possivelmente eles estão independente da satisfação do paciente
Zeiss, 2016[49]	Pacientes com dor neuropática moderada (gatro, com escore ≥ 3 EMPQ e ≥ 10/2)	Medicação oral Abertação controlada n= 98 Objetivo: oral de Abertação controlada n=51	Alto risco de viés	**Descontinuaram o tratamento devido a EAs:** 8 pacientes (3 com náuseas e 6 com sonolência) Em ambos considerados "não relacionados" com o medicamento do estudo. 4 pacientes (2 em cada um grupo). **Ponto final de tolerância primário na amostra geral, por idade e função renal** 1:1 durante o tratamento: 94,0% morfina e 98,0% oxicodona, diferença de risco (DR) não ajustada 0,6% (IC 95% de -11,8% a 9,9%) Diferença de risco ajustada pelo centro não foi substancialmente diferente da estimativa não ajustada (DR -1,6%, IC 95% de -11,8% a 8,8%) Análise ajustada por idade (<70 anos vs. ≥ 70 anos): DR 6,8% (IC 95% 21,2% a 7,2%) vs. 13% (IC 95% 3,3% a 33%), P = 0,11, respectivamente, em pacientes mais jovens e mais velhos Análise ajustada pela função renal (eGFR <60 mL/min/m vs. ≥60 mL/min/m): 6,2% (95% CI 18,3% a 5,9%) vs. 11% (95% CI 22% a 20%) P = 0,63, em pacientes com função renal normal e moderadamente comprometida **Perfil de Efeito Adverso** Pacientes que informaram picos de linha de base para acompanhamento de pelo menos 2 pontos por grupo de tratamento: oxicodona vs. morfina: perda de apetite (13% vs. 21%, RD 95% CI 17% a 5%) constipação (25% vs. 35%, 95% CI 25% a 4%) boca seca (16% vs. 22%, RD 95% CI 18% a 5%) sonolência (32% vs. 39%, 95% CI (RD 38% a 17%) abandonaram o estudo (5 vs 4), sendo quatro especificamente a não exigência e interrupção do tratamento, exceto um em cada grupo

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
		(incidência [IC95% e %] do desfecho total de eventos nos primeiros 28 [ou mais] [N=90])		Eventos adversos (n, %): • **Constipação**: oxicodona 21 (30,3) e morfina 24 (40,0) • **Náuseas e vômitos**: oxicodona 10 (14,7) e morfina 11 (15,8) • **Sonolência**: oxicodona 5 (6,1) e morfina 3 (5,0) • **Tontura**: oxicodona 4 (5,7) e morfina 5 (8,3)
van Seventer, 2003[39]	Pacientes com dor neuropática moderada Idade: 18 anos ou mais N: 141	Fentanil (25 µg/h) transdérmico N=65 Morfina (30 mg) de liberação sustentada N=64	Algumas preocupações	**Avaliação Total do tratamento (PI escore pelo investig) dia 28 vs linha de base:** Fentanil: 4,3 ± 1,5 / Morfina: 4,5 ± 1,9 **Constipação dia 28 vs linha de base:** Fentanil: 15 (30%) / Morfina: 18 (37%)
Wirz, 2009[40]	Pacientes com câncer, dor nociceptiva, estável com opioides com um dos medicamentos do estudo por mais de 28 dias, tratamento estritamente em ambulatório, pontuação de 0 a 3 na escala FIGO[1] (n = 170)	Diferenciação de liberação sustentada oral (n= 58 Fentanil transdérmico (n = 55 Buprenorfina transdérmica (n=56)	Alto risco de viés	No geral, náuseas e vômitos persistiram em 28,7% dos pacientes após o tratamento de longo prazo com opioides. **Escala END, intensidade da náusea**: não diferiram significativamente entre os grupos de tratamento (p = 0,632) **Escala END, constipação**: não diferiram significativamente entre os grupos de tratamento (p = 0,015) 26 pacientes (16,9%) atenderam à definição de constipação combinando pontuação END para constipação de pelo menos 5, uma pontuação do item do FORCE de 4 e um intervalo sem evacuar por mais de uma dia (fentanil transdérmico: 12, buprenorfina transdérmica: 13, diferença não sig. 1). A redução no uso de laxantes foram insignificantes (p = 0,217). Independentemente da política de prescrição de laxantes, 72 pacientes (relatou um subtotal de (41,4%) pessoas) ou a totalidade. Fentanil transdérmico vs. Buprenorfina oral vs. Diferenciação oral Intensidade da dor (média, SD): EORTC item (0–5) 2,1 ± 1,3 vs. 1,9 ± 0,8 vs. 2,4 ± 0,8, p= 0,012 (ANOVA) EORTC item 1 (1–4) 1,9 ± 1,2 vs. 1,5 ± 0,8 vs. 2,9 ± 1, p= 0,000 (ANOVA) EORTC item 2 (1–4) 2 ± 1,1 vs. 2,4 ± 0,7 vs. 2,8 ± 1,1, p= 0,001 (ANOVA) EORTC item 3 (1–4) 2,5 ± 1,2 vs. 2,2 ± 1 vs. 2,1 ± 1, p= 0,062 (ANOVA) EORTC item 4 (1–4) 2,4 ± 1,6 vs. 2,2 ± 0,9 vs. 1,9 ± 1, p= 0,029 (ANOVA) EORTC item 5 (1–4) 1,8 ± 1 vs. 1,4 ± 0,8 vs. 1,6 ± 0,7, p= 0,5 (ANOVA)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				resposta geral à morfina de primeira linha com uma taxa de 62,5% (72 de 96). Dos 13 pacientes que necessitaram de rotações para morfina, 69% (9 de 12) responderam ao tratamento oral de morfina de segunda linha. A resposta geral à rotação de primeira linha para oxicodona foi de 75% (53 de 100). Não houve diferença em taxas de resposta quiser a depender do medicamento utilizado primeiro (p=0,61). **Razão clínica que provocou a troca de opioides:** efeitos adversos intolerável (entre a razão mais comum: 8% trocaram por causa de dor não controlada apesar do escalonamento da dose e 20% trocaram uma vez que a dor não controlada com efeitos adversos intolerável). **Eficácia analgésica de cada opioide:** morfina e oxicodona equivalentes de forma significativa todos os índices de dor nas pontuações respondedores sem diferenças significativas entre os medicamentos, quando usados em pacientes em segunda linha. Diferenças médias de pontuações de efeito da dor na resposta ao opioide de primeira linha: Morfina: -15,82 (IC 95%: -18,03 a -13,60); p<0,001 Oxicodona: -18,70 (IC 95%: -20,85 a -23,55); p<0,001 **Reações adversas gerais:** não houve diferença em escores de reações adversas entre morfina e oxicodona entre respondedores e não respondedores (p=0,85). **Reações adversas graves:** 5 no grupo morfina e 8 no grupo oxicodona. T) **Vômito:** morfina 4 (7,0%) e oxicodona 9 (11,3%) O) **Náusea:** morfina 6 (10,5%) e oxicodona 10 (12,5%) H) **Constipação:** morfina 24 (33,3%) e oxicodona 18 (22,2%) I) **Sonolência:** morfina 11 (18,1%) e oxicodona 12 (14,8%) J) **Tontura:** morfina 2 (2,8%) e oxicodona 3 (3,7%) K) **Estado de confusão:** morfina 2 (2,8%) e oxicodona 7 (8,6%)
NKL 2017[10]	Pacientes com dor oncológica moderada Idade média: 58, 2 (18,0) N = 120	comparando de morfina 10, (5 a 30 mg) 20/60	Alto risco de viés	**Intensidade da dor (sistema de escala da dor -PAIDOSIS)** Morfina: 91,0% / Oxicodona: 93,5% **Qualidade de vida (subescalas funcionais e de qualidade de vida global EORTC QLQ-C30)** Morfina: 67,5 - 19,4 / Oxicodona 67,2 -21,2

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Pradalier, 1998[32]	Pacientes com cefaleia classificada como enxaqueca e sofrendo de dor moderada/intensa com um ataque típico atual n=189	Bupropiona transdérmica (DUP 3208) n=94 Placebo n=94	Ataques	**Taxa de respondedores:** grupo bupropiona teve 50 em 94 pacientes (54,3%; IC 95%: 43,7 a 63,3) em comparação com o grupo placebo, que teve 37 em 93 pacientes (39,8%; IC 95%: 29,9 - 40,1). A diferença observada entre os grupos foi estatisticamente significativa (p=0,0085). **Intensidade da dor:** mensurada em escala de 0 a 10, no grupo bupropiona, a intensidade da dor permaneceu em 1,5 (1,5) até o final das fases de monitoração, em comparação com o grupo placebo, no qual a intensidade da dor aumentou de 1,5 (1,5) para 2,7 (1,8). **Consumo de bupropiona sublingual de resgate:** no grupo bupropiona transdérmica, o uso de medicamentos de resgate permaneceu estável em 1,0 (1,0) comprimido. No grupo placebo, o consumo foi de 0,6 (0,9) até 1,7 (1,4) comprimido no final da fase de manutenção. **Satisfação com o tratamento:** a maioria dos pacientes avaliou sua satisfação global com DUP 3208 como excelente, muito boa ou boa. No grupo placebo, a maioria classificou como muito boa, boa ou pobre. **Reações adversas gerais:** a incidência global não foi relatada. • **Náusea:** bupropiona 5 de 94 (5,2%) versus placebo 7 de 93 (7,5%). • **Vômito:** bupropiona 5 de 94 (5,3%) versus placebo 6 de 93 (6,5%). • **Constipação:** bupropiona 9 de 94 (9,6%) versus placebo 2 de 93 (2,1%). • **Tontura:** bupropiona 0 de 94 (0%) versus placebo 8 de 95 (8%). **Reações adversas sérias:** 44 reações foram relatadas, mas os autores consideraram que apenas 2 náuseas e vômitos em 1 paciente estão provavelmente relacionados ao medicamento do estudo.
Silicy, 2005[34]	Pacientes que procuraram tratar um episódio forte oral regular para dor enxaquecosa e cefalalgia tensão-episódio forte ou mais intenso N= 200	Morfina n=100 Ortoclonina n=100	Alto risco de viés	**Taxa de resposta a episódio forte de primeira linha:** quando participantes eram randomizados para morfina como episódio inicial, 82% (63 de 88) tiveram boa resposta clínica em comparação com 87% (67 de 100) daqueles randomizados para ortoclonina. Não houve diferenças significativas nas taxas de resposta clínica ao episódio de primeira linha (p=0,49). **Proporção de participantes que responderam bem à tensão** de 21 pacientes que tomaram de morfina para episódios, 52% (11 de 21) responderam à ortoclonina como tratamento de segunda linha. A

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				Reações adversas gerais: ocorreram 69/ 81 (85%) versus morfina 39/52 (75%) 2D) Constipação: ocorreram 10/48 (21%) versus morfina 20/52 (39%) 2E) Sonolência: ocorreram 5/48 (10%) versus morfina 10/52 (19%) 2F) Náusea: ocorreram 6/48 (13%) versus morfina 8/52 (15%) 2G) Vômito: ocorreram 6/48 (13%) versus morfina 5/52 (10%) 2H) Tontura: ocorreram 4/48 (8%) versus morfina 7/52 (13%)
Pan, 2020[xxv]	Pacientes com dor oncológica moderada a grave N: 162	Circulação de oxicodona de liberação controlada a 80 Morfina de liberação imediata n=56	Alto risco de viés	**Controle da dor:** 98 pacientes (84,5%) no grupo oxicodona e 78 pacientes (86,7%) no grupo morfina alcançaram controle adequado da dor (escala numérica numa escala de 1 a 4 pontos de avaliação. O número de ciclos de titulação até o controle adequado da dor foi significativamente diferente entre os 2 grupos (p: 0.034). **Taxa de resposta:** Durante o primeiro ciclo de titulação, a prescrição de oxicodona mostrou-se bem significativa a taxa de resposta dos pacientes comparado com a titulação de morfina (87,8% versus 72,2%, p=0,030). Análise de correlação mostrou que a prescrição de oxicodona foi significativamente associada com a maior taxa de resposta à titulação (p=0.025, OR=5,3; IC 95%: 1,20 a 16,40). Adicionalmente, o escore inicial na escala numérica da dor teve associação negativa e parecido com menor escore inicial diversos maior taxa de resposta (p=0,001, HR: 0,93; IC 95%: 0,24 a 0,63). **Reações adversas moderadas a graves:** ocorreram 51 de 81 (63,0%) versus morfina 56 de 80 (62,5%), p=0,574 + **Constipação:** ocorreram 39 de 81 (41,1%) versus morfina 30 de 80 (37,5%), p=0,751 + **Náusea:** ocorreram 10 de 81 (20,0%) versus morfina 23 de 80 (25,0%), p=0,167 + **Vômito:** ocorreram 24 de 95 (25,1%) versus morfina 12 de 80 (11,3%), p=0,015 + **Tontura:** ocorreram 15 de 95 (15,8%) versus morfina 10 de 80 (11,3%), p: 0,352 + **Sonolência:** ocorreram 2 de 95 (2,1%) versus morfina 4 de 80 (4,4%), p: 0,434 **Reações adversas graves:** ocorreram 0 de 95 versus morfina 9 de 80 (10,0%), p: 0,001

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				• Constipação: tapentadol 4/93 (4%) vs. morfina 2/91 (2%) • Náusea: tapentadol 12/93 (12%) vs. morfina 9/91 (9%) Observações: A. Os métodos para manter o cegamento não foram bem descritos. B. A comparação de não inferioridade da eficácia do tapentadol e da morfina foi limitada ao período de titulação de 2 semanas devido ao delineamento do estudo descrito. Base de entrada e de randomização do instrumento. Os pacientes no período de manutenção continuaram o tratamento com base em uma resposta à evidência ao tratamento do estudo durante o período de titulação. C. As comparações estatísticas entre tapentadol PR e morfina CR foram limitadas a estudos de escalonamento durante o período de manutenção por causa do pré-validação de tapentadol para tapentadol PR ao morfina CR durante a titulação.
Macedo-Lalliero, 1993[31]	Pacientes adultos encaminhados tratamento oncológico com queixas para dor oncológica crônica N=301	Outcodona n=98 Morfina n=52	Alto risco de viés	**Intensidade da dor:** mensurada por meio de escala categórica de 4 pontos (0-nenhuma, 1- leve, 2=moderada, 3=severa) e com EVA de 0 a 100 mm. A média (DP) de intensidade da dor diminuiu de forma significativa desde a linha de base nos dois grupos, porém sem diferença significativa entre os grupos. Linha de base: oxicodona 3,3 (0,3) versus morfina 3,4 (0,1). Visita final: oxicodona 1,3 (0,1) versus morfina 1,3 (0,1). **Atividade da terapia:** avaliada com escala categórica de 5 pontos (1-muito pobre, 2-pobre, 3-regular, 4-bom, 5-excelente). A média (DP) de atividade na visita final concordou de forma significativa na comparação com a linha de base nos dois grupos. Linha de base: oxicodona 3,1 (0,1) versus morfina 3,2 (0,2), p=0,000. Visita final: oxicodona 4,0 (0,1) versus morfina 3,9 (0,1), p=0,0004. Ao final do estudo, 70% dos participantes no grupo oxicodona e 75% do grupo morfina avaliaram a terapia como boa ou excelente, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. **Qualidade de vida:** mensurada pela FACT-G - *Functional Assessment of Cancer Therapy General*, questionário com 28 itens. Os dados brutos não foram apresentados. Os autores relataram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				(5) Tontura: reportado 1/117 (0,9%) vs. nenhum 0/115 (0%) (18) Dor/dor: reportado 9/117 (7,7%) vs. nenhum 2/115 (1,7%) Observação: Todos os eventos foram FP, descontinuando de 32,7% no grupo reportado e de 26,3% no grupo placebo.
Kovacs, 2008[19]	Pacientes internados ou não, acima de 18 anos de idade, com dor oncológica crônica moderada a intensa com expectativa de longo termo (mais de 30 dias). N: 259	Adesivo transdérmico (sistema de liberação (TTT patch) n: 137 versus tratamento convencional oral ou transdérmico n: 183	Alto risco de viés	**Intensidade de dor mensurada pela escala visual numérica de 11 pontos:** a taxa relativa (razão de taxas) a vinte 2, em média (DP), foi 31,4% (2,27) no grupo FTT patch (n=98) e 16,8% (2,42) no grupo tratamento padrão (n=96). **Tolerabilidade:** Os autores relataram não haver diferenças em escores médios de tolerabilidade para constipação, náusea, sonolência durante o dia e distúrbios do sono do início 2 em diante entre os grupos 401 patch e tratamento padrão. Assim avaliados (com 4 pontos: 0- nenhum; 1- ameno; 2- moderado; 3- severo). **Reações adversas gerais:** FTT patch: 72 de 117 (62%) versus Tratamento padrão: 59 de 105 (56%) (19) Náusea: FTT patch 10/117 (14%) versus tratamento padrão 15/105 (15%) (20) Vômito: FTT patch 4/117 (3%) versus tratamento padrão 13/105 (13%) (21) Constipação: FTT patch 5/117 (4%) versus tratamento padrão 5/105 (5%) (22) Sonolência: FTT patch 7/117 (6%) versus tratamento padrão 23/105 (22%) (23) Tontura: FTT patch 4/117 (3%) versus tratamento padrão 23/105 (22%) (24) Sedação: FTT patch 3/117 (3%) versus tratamento padrão 2/105 (2%)
Kovacs, 2014[20]	Homens e mulheres acima de 18 anos de idade com dor oncológica crônica. Pacientes possuíam um escore de intensidade de dor acima de 5 em uma escala numérica de 11 pontos em um registro anterior e analgésico (n=305)	Tratamento de liberação prolongada (180 a 293 mg fed) n=330 Morfina de liberação controlada (60 a 300 mg fed) n: 146	Algumas preocupações	**Escala numérica de dor de 11 pontos:** [intensidade da dor (média, desvio padrão)]. Basal/ano: tapentadol 6,3 (1,5) vs. Morfina 6,3 (1,6) Ao final de 3 semanas de titulação: tapentadol 4,1 (1,8) vs. Morfina 3,7 (1,8) **Descontinuação de estudo (n, %):** tapentadol 58 (18) vs. Morfina 29 (18) **Segurança:** tapentadol (n= 330) vs. Morfina (n= 330) Pacientes com ≥ 1 EA: n (%) tapentadol 303 (58) vs. Morfina 300 (64) **EAs mais comuns, n (%):** • Doenças gastrointestinais: tapentadol 168 (30) vs. Morfina 180 (47)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				• Risco de vazio: [12,8% (6/50) vs. 26,0 % (13/50)] • Vômitos [6,0% (3/50) vs. 26,0% (13/50)] Observação: Estudo aberto. Alguns pacientes randomizados para tratamento com cannabis liberação sustentada fizeram autoextubação usando análise de Liberação prolongada; os resultados para aqueles pacientes que receberam tratamento contínuo com seu único episódio podem ter diferido dos demais. Os pacientes receberam seu tratamento por 4 semanas.
Ismaila, 2021[39]	Pacientes de pelo menos 20 anos, com diagnóstico de qualquer tipo de câncer, que estiveram experimentando dor crônica relacionada a tumor maligno com escore médio de intensidade de dor de pelo menos 4 em uma escala numérica de 11 pontos (0=nenhuma dor até 10=pior dor imaginável). N=343	Tapentadol de liberação estendida (25 a 200 mg duas vezes ao dia) N=168 Oxicodona de liberação controlada (5 a 40 mg duas vezes ao dia) N=175	Alto risco de viés	**Escala numérica de dor de 11 pontos:** mudança da intensidade da dor em média (DP) da linha de base ao final do estudo foi 2,69 (2,221) no grupo tapentadol ER e 2,57 (2,027) no grupo oxicodona. **Impressão global de mudança do paciente (PGIC):** Qualquer melhora foi relatada por 88,7% (131/156) pacientes do grupo tapentadol e por 80,7% (111/138) do grupo oxicodona no último avaliação. **Uso de medicamento de resgate (morfina):** medicamento de resgate foi utilizado para dor disruptiva para 71,6% (94/126) dos pacientes no grupo tapentadol e para 74,1% (103/139) dos pacientes no grupo oxicodona. **Taxa de respondedores com pelo menos 30% de redução de sintomas:** 63,5% (80/126) de pacientes no grupo tapentadol e 59,8% (82/139) de pacientes no grupo oxicodona. **Taxa de respondedores com pelo menos 50% de redução dos sintomas:** 50,0% (63/126) no grupo tapentadol e 42,4% (59/139) no grupo oxicodona. **Reações adversas gerais:** 87,5% (147/168) no grupo tapentadol e 90,1% (158/175) no grupo oxicodona. (12) Constipação: tapentadol 51 (30,4%) / oxicodona 64 (37,2%) (13) Náusea: tapentadol 44 (26,0%) / oxicodona 61 (35,5) (14) Vômito: tapentadol 42 (25,0%) / oxicodona 41 (23,8%) (15) Diarreia: tapentadol 11 (6,5%) / oxicodona 19 (11,0%) (16) Sonolência: tapentadol 29 (17,3%) / oxicodona 36 (20,9%)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
				Notificação de eventos adversos mais comuns (letrozol vs. morfina): 4) Dor abdominal (8 vs 0 5) Constipação (6 vs 15 6) Tontura (15 vs. 7 7) Dispneia (8 vs 3 8) Náusea (5 vs 20 9) Sonolência (7 vs 19 10) Sudorese (2 vs 5 11) Vômito (8 vs. 18 O tratamento convencional pelos pacientes com mais efeitos colaterais (questionário: Brief: 140,4% (51/120) para o letrozol versus 82,5% (104 / 126) para morfina, p <0,001]. Quais/quer pacientes morreram durante o curso do estudo, mas isso não foi interpretado, dada a natureza da amostra de pacientes. Nenhuma morte foi considerada relacionada ao estudo. Observação: Estudo aberto. Perda de dados: 19% a 28% dos pacientes não responderam preencheu do questionário sobre preferência dos pacientes. Não há informações sobre o método de randomização utilizado. Os pacientes receberam seu tratamento por 15 dias, seguido de crossover pelo outro tratamento por mais 15 dias.
Ioannidis et al., 2014[27]	Pacientes com câncer randomizados a grave em uso de opioide forte e que tinham uma pontuação média de intensidade da dor >4 durante os 3 dias anteriores à randomização (n=100)	Tapentadol liberação prolongada (100 -500 mg/dia) 50=50 Morfina liberação sustentada (20-140 mg/dia) 50=50	Alto risco de viés	**Eficácia** No grupo de tapentadol ER, a dose foi mantida durante o primeiro semana de tratamento de 28,0% (14/50) dos pacientes. Já em 58,0% (29/50) dos pacientes, ocorreu aumento da dose durante todo o período de tratamento de 6 semanas. No grupo ER tapentadol (i.e. ~ 50), 84,0% dos pacientes (42/50; IC 95%, 70,84-92,03) mantiveram o controle da dor durante a semana 1. **Segurança** Tapentadol ER vs morfina SR: • Eventos adversos emergentes do tratamento gastrointestinal: 38,0% (19/50) vs. 54,0% (27/50)]

Quadro III - Caracterização dos estudos de dor crônica oncológica selecionados após a busca estruturada.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Almerdorf et al. 1997[19]	Pacientes com câncer que requeriam analgesia opioide (faixa etária média: 61,3 anos; faixa, 18-93 anos; 55% homens; n = 102)	Fentanil transdérmico: n=181 Morfina oral de liberação sustentada: n=193	Alto risco de viés	**Controle da dor:** **Uso de medicamento de resgate (média)**: fentanil 55,9% dos dias vs. morfina 41,3% dos dias; p = 0,0005, em todos os dias. Titulação ascendente do medicamento (pergunta pois nunca uma alteração da dose): fentanil 45,1% vs. morfina 37,4% **Sedação e Sono**: Sonolência diurna (escala 0-5): fentanil 0,9 (média - 34,0% (IC 95% 26,1; 38,0) vs. morfina 43,3% (36,5; 48,5) **Perturbações do sono (questionário EORTC)**: fentanil pontuação média de 32,4 (26,8; 37,9) vs. morfina 22,4 (17,8; 27,1) **Despertar noturno**: NR **Função intestinal**: Constipação (pontuação EORTC) média do índice do bem: fentanil 45 (27,3%) vs. morfina 69 (38,9%); (p <0,001). **Outras classificações da QVRS - Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (pontuação de resultado global, escala QOL)**: fentanil: 45,5, fentanil: 43,5 e morfina: 45,5, NR **Avaliação do status de desempenho:** Status de desempenho (ObR, escala EORTC): dos 123 pacientes que forneceram dados do status de desempenho, 22,4% pioraram e 60,3% não apresentaram alteração. **Preferências de tratamento**: Preferência do tratamento (p = 161): Menor interrupção das atividades diárias: 55,2% fentanil, 20,5% morfina; menor interrupção para cuidadores: 43,0% fentanil, 22,3% morfina; e medicamento mais conveniente: 58,5% fentanil, 22,9% morfina; 19% -28% dos pacientes restantes não responderam a essas perguntas. 136 optaram-se capazes de expressar uma opinião: 88 (139%) não tinham preferência, 73 (54%) preferiam os adesivos de fentanil e 49 (36%) preferiam os comprimidos de morfina (p = 0,057).

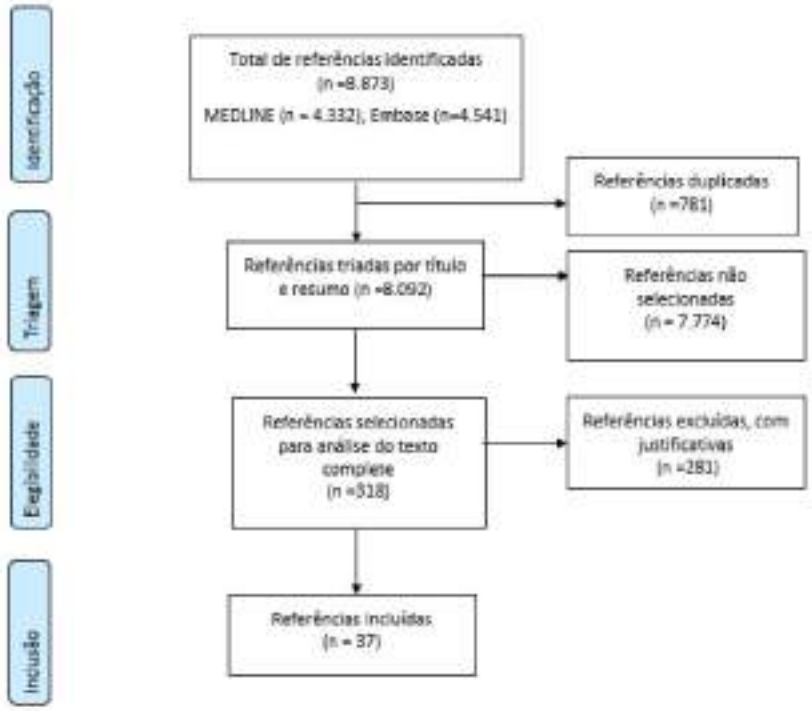


Figura C1 - Fluxograma da seleção de estudos.

3) **Descrição dos estudos e resultados**

Nos Quadros **BF** a **BI** são apresentados as principais características e os resultados dos estudos incluídos por tipo de dor crônica (oncológica, musculoesquelética, neuropática e não específica).

Base de dados	Estratégias de busca	Resultado
	morfin OR morfine OR morphia OR morphin OR 'morphine alkaloid' OR 'morphine chlorhydrate' OR 'morphine chloride' OR 'morphine hydrochloride' OR 'morphine suspension' OR morphinium OR morphium OR opso OR skenan OR 'trans morphine') AND ('crossover procedure'.de OR 'double-blind procedure' de OR 'randomized controlled trial' de OR 'single-blind procedure' de OR random*.de,ab,ti OR factorial*.de,ab,ti OR crossover*.de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*).de,ab,ti) OR placebo*.de,ab,ti OR ((doubl* NEAR/1 blind*).de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*).de,ab,ti) OR assign*.de,ab,ti OR allocat*.de,ab,ti OR volunteer*.de,ab,ti) AND [embase]/lim	
Pubmed	Search: (((((("Cancer Pain"[Mesh] OR Cancer Pain* OR Cancer-Associated Pain OR Neoplasm-Related Pain OR Neoplasm Related Pain OR Oncological Pain OR Tumor-Related Pain OR Tumor-Associated Pain OR Oncology Pain OR Cancer-Related Pain OR Neoplasm-Associated Pain)) OR (((((((mixed pain) OR nociplastic pain) OR ("Nociceptive Pain"[Mesh] OR Nociceptive Pain* OR Tissue Pain* OR Somatic Pain*)) OR ("Fibromyalgia"[Mesh] OR Fibromyalgia* OR Muscular Rheumatism OR Fibrositis OR Fibrositides)) OR ("Neuralgia"[Mesh] OR Neuralgia* OR Neuropathic Pain* OR Neuralgia* OR Atypical Neuralgia* OR Paroxysmal Nerve Pain OR Nerve Pain*)) OR ("Chronic Pain"[Mesh] OR Chronic Pain* OR Widespread Chronic Pain* OR Widespread Pain*))) OR ("Osteoarthritis"[Mesh] OR Osteoarthritis OR Osteoarthritides OR Osteoarthros* OR Degenerative Arthritides OR Degenerative Arthritis OR Osteoarthrosis Deformans))))) AND ((((("Fentanyl"[Mesh] OR Fentanyl OR Phentanyl OR Fentanest OR Fentanyl Citrate OR R-4263 OR Durogesic OR Durogesic OR Fentora)) OR ("Oxycodone"[Mesh] OR Oxycodone OR Dihydrone OR Oxycone OR Dihydrohydroxycodeinone OR Oxycodeinon OR Eucodal OR Theocodin OR Oxycodone Hydrochloride OR Oxycontin OR Pancodine OR Dinarkon OR Oxicontan)) OR ("Buprenorphine"[Mesh] OR Buprenorphine OR Buprenex OR Prefin OR Subutex OR Buprex OR Temgesic OR 8029-M OR RX-8029-M OR Buprenorphine Hydrochloride OR transtec OR butrans OR transdermal patch)) OR ("Morphine"[Mesh]OR Morphin OR "Morphine Chloride" OR "Chloride, Morphine" OR "Morphine Sulfate" OR "Sulfate, Morphine" OR "SDZ 202-250" OR "SDZ 202 250" OR "SDZ202-250" OR "SDZ202 250" OR "SDZ202250" OR MS Contin OR Contin, MS OR Oramorph SR OR Duramorph)) OR (("Methadone"[Mesh] OR Biodone OR Dolophine OR Metadol OR Metasedin OR Symoron OR Methadone OR hydrochloride OR Hydrochloride, Methadone OR Methadose OR Methex OR Phenadone OR Physeptone OR Physnut OR Pinadone OR Amidone OR Methaddict))) AND (medline[Filter])) AND ((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR clinical trials as topic[mesh:noexp] OR randomly[tiab] OR trial[ti] NOT (animals[mh] NOT humans [mh]))) Filters: MEDLINE Sort by: Publication Date	4.332
Total		**8.873**

2) Seleção dos estudos

Foram recuperadas 8.873 publicações nas plataformas de busca consultadas. Após a exclusão de 781 duplicatas, permaneceram 635 publicações para a seleção de título (fase 1) e resumo (fase 2). Em seguida, considerando os critérios de elegibilidade, permaneceram 318 publicações para leitura completa (fase 3). Ao final, foram incluídos 37 ECRs. As etapas de triagem e seleção dos estudos estão descritas na **Figura C1**.

Questão 7. Opióides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica[16,19]

Pergunta estruturada: Qual a eficácia e segurança da fentanila, oxicodona e buprenorfina para o tratamento da dor crônica?

A estrutura PICO para esta pergunta foi:
População (P): pacientes com dor crônica de qualquer origem.
Intervenção (I): opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina).
Comparadores (C): morfina, metadona, placebo e tapentadol.
Desfechos (O): Primários: redução da dor e incidência de eventos adversos gerais; Secundários: qualidade de vida, qualidade do sono e incidência de eventos adversos específicos.

1) Estratégia de busca

Para esta pergunta, foram realizadas buscas nas plataformas Medline (PUBMED) e EMBASE. As estratégias de busca adotadas em cada uma das plataformas, assim como os resultados obtidos, são apresentados no **Quadro BE**.

Quadro BE - Estratégias de busca nas plataformas, realizadas no dia 30/09/2020.

Base de dados	Estratégias de busca	Resultado
Embase	('chronic pain'/exp OR 'chronic intractable pain' OR 'chronic pain' OR 'chronic pain*' OR 'widespread chronic pain*' OR 'widespread pain*' OR 'osteoarthritis'/exp OR osteoarthritis OR osteoarthritides OR osteoarthro* OR 'degenerative arthritides' OR 'degenerative arthritis' OR 'osteoarthrosis deformans' OR 'musculoskeletal pain'/exp OR 'locomotor pain' OR 'pain, musculoskeletal' OR 'nociceptive pain'/exp OR 'somatic pain'/exp OR 'nociplastic pain' OR 'neuropathic pain'/exp OR 'pain, neuropathic' OR 'neuralgia*' OR 'neuropathic pain*' OR 'fibromyalgia'/exp OR 'fibrositic nodule' OR 'fibrositis' OR 'fibrositis syndrome' OR 'myalgia, fibro' OR 'fibromyalgia*' OR 'cancer pain'/exp OR 'malignant pain' OR 'cancer-associated pain' OR 'neoplasm-related pain' OR 'neoplasm related pain' OR 'oncological pain' OR 'tumor-related pain' OR 'tumor-associated pain' OR 'oncology pain' OR 'cancer-related pain' OR 'neoplasm-associated pain') AND (('fentanyl'/exp OR fentanyl OR phentanyl OR fentonest OR 'fentanyl citrate' OR 'r 4263' OR transmucal) AND oral AND Fentanyl citrate' OR durogesic OR durogesic OR fentora OR 'oxycodone'/exp OR oxycodone OR dihydrone OR oxycone OR dihydrohydroxycodeinone OR oxycodeinon OR eucodal OR theocodin OR 'oxycodone hydrochloride' OR oxycontin OR panocline OR dinarkon OR oxicontan OR ('buprenorphine'/exp AND buprenorphine) OR buprenex OR prefin OR subutex OR buprex OR temgesic OR 9029 ni' OR 'rx 6029 ni' OR 'buprenorphine hydrochloride' OR relefen OR transtec OR butrans OR 'transdermal patch' OR 'methadone'/exp OR '1, 1 diphenyl 1 (2 dimethylaminopropyl) 2 butanone' OR '4, 4 diphenyl 6 dimethylamino 3 heptanone' OR '6 dimethylamino 4, 4 diphenyl 3 heptanone' OR 'adanon' OR 'adanon hydrochloride' OR 'algidon' OR 'algolysin' OR 'algozale' OR 'althose' OR 'althose hydrochloride' OR 'amidon' OR 'amidone' OR 'amidone' OR 'amidosan' OR 'an 148' OR 'an148' OR 'anadon' OR 'biodone' OR 'biodone extra forte' OR 'biodone forte' OR 'butalgin' OR 'diamin' OR 'depridal' OR 'diaminon' OR 'diamone' OR 'dolafin' OR 'dolamid' OR 'dolesone' OR 'dolmed' OR 'dolophine' OR 'dolophine hcl' OR 'dolophine hydrochloride' OR 'dorex' OR 'dorexol' OR 'eptadone' OR 'Fenadon' OR 'gobbidone' OR 'heptadon' OR 'heptanon' OR 'hoe 10820' OR 'hoe10820' OR 'hotalgin' OR 'l-polamidon' OR 'mecodan' OR 'mepecton' OR 'mephenon' OR 'metadol' OR 'metadon' OR 'metasdin' OR 'methadilat' OR 'methaden' OR 'methadone base' OR 'methadone hydrobromide' OR 'methadone hydrochloride' OR 'methadone hydrochloride intensol' OR 'methadose' OR 'methaforte mix' OR 'miadone' OR 'mobeptan' OR 'pallidone' OR 'phenadon' OR 'physepton' OR 'physeptone' OR 'polamidon' OR 'polamivet' OR 'polamivit' OR 'sinalgin' OR 'symoron' OR 'westadone' OR 'wm' OR 'morphine'/exp OR '3, 6 dihydroxy n methyl 4, 5 epoxy 7 morphinane' OR anpec OR 'cis morphine' OR duramorph OR epimorph OR 'microcrystalline morphine suspension' OR mire OR	4.541

Quadro RD - Tratamento comparado a colchicina/pentoxifilina para Doença Oncológica

Avaliação da Certeza							Impacto	Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento dos estudos	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Eventos adversos									
1	ensaio clínico randomizado	grave[1]	não grave	não grave	muito grave[2]	nenhuma	Efeito absoluto (%) Náusea: Colchicina/APAP: 28,8; Tratamento: 44,4 Vômito: Colchicina/APAP: 23,5; Tratamento: 35,7 Constipação: Colchicina/APAP: 35,6; Tratamento: 25 Diarreia: Colchicina/APAP: 0; Tratamento: 3,8 Perda de apetite: Colchicina/APAP: 1,7; Tratamento: 21,6 Flatulência: Colchicina/APAP: 8; Tratamento: 12,5 Dor oca: Colchicina/APAP: 15,5; Tratamento: 21,4 Sonolência: Colchicina/APAP: 35,6; Tratamento: 46,4 Tontura: Colchicina/APAP: 23,7; Tratamento: 41,1 Insônia: Colchicina/ APAP: 8; Tratamento: 3,6 Retenção urinária: Colchicina/ APAP: 8,03; Tratamento: 3,6 Prurido: Colchicina/ APAP: 11,9; Tratamento: 15,6 Suado: Colchicina/ APAP: 8,5; Tratamento: 12,5 Alucinações: Colchicina/ APAP: 8,9; Tratamento: 7,1	⊕○○○ MUITO BAIXA	CRÍTICO

Legenda: APAP: pentoxifilina

a. Estudo com alto risco de viés, classificado pela ROB 2.0. Os autores não apresentaram as leituras ou cálculo prévio do tamanho da avaliação, sendo cegos, não incluíram o prazo de tempo que os dados foram extraídos. Também não há descrição sobre a geração da sequência e os resultados citando não apoiam sobre suspensão e pessoas incompletas.

b. Apenas um estudo, com número amostral pequeno por grupo, apresenta resultados somente descritivos da comparação intended to colchicina/pentoxifilina.

Dor neuropática

A qualidade da evidência dos desfechos gerados pelas meta-análises em rede foi avaliada pelo método CINeMA[9]; já aqueles gerados por meta-análises pairwise, pelo GRADE[7]. As avaliações dos desfechos primários estão descritas no **Quadro BC**. Somente a avaliação para comparações entre tratamentos ativos foi apresentada. Para aqueles cujo comparador foi placebo, os julgamentos detalhados estão descritos no Relatório de Recomendação nº 645 da Conitec[10].

Quadro BC – Avaliação geral pelo CINeMA, para o desfecho dor neuropática.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Mixed evidence								
Pcbo vs TramCR	2	Preocupação importante	Incerto	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Pcbo vs TramAPAP	2	Preocupação importante	Incerto	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Indirect evidence								
TramCR vs TramAPAP	-	Preocupação importante	Incerto	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Legenda: Pcbo: Placebo; TramAPAP: Tramadol/paracetamol; TramCR: Tramadol de liberação controlada.

Dor oncológica

Para dor neuropática, somente meta-análises *pairwise* foram conduzidas. Assim, utilizou- se a abordagem GRADE para avaliação da qualidade da evidência[7]. Os julgamentos estão descritos no **Quadro BD**.

- Tramadol/paracetamol vs. codeína/paracetamol

Quadro III - Tramadol/paracetamol comparado a codeína/paracetamol para Dor Musculoesquelética Crônica

Avaliação da Certeza							Impacto	Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento dos estudos	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Alívio da dor (avaliado com: Escala de alívio da dor) (Escala de: -1 a 4)									
1	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	não grave	não grave	grave[b]	nenhum	Mallicoat e colaboradores (2001) encontraram que não houve diferença entre os grupos para alívio da dor, após 22 dias (DP: -0,4 [IC 95% -1,15 a 0,35]; p>0,05)	⊕⊕◯◯ BAIXA	IMPORTANTE
Avaliação Global do Paciente									
1	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	não grave	não grave	grave[b]	nenhum	Mallicoat e colaboradores (2001) encontraram que não houve diferença entre os grupos para avaliação global do paciente, após 22 dias (DP: -0,10 [IC 95% -0,12 a 0,32]; p>0,05)	⊕⊕◯◯ BAIXA	IMPORTANTE

Legenda: IC: Intervalo de confiança

a. Estudo avaliado com alto risco de viés de acordo com ferramenta RoB 2.0.

b. Apesar não citado, o número total de indivíduos por grupo está inferior ao "optimal information size" - OIS.

Quadro BA - Avaliação da qualidade da evidência pelo CINeMA para o desfecho **Eventos Adversos gerais** em pacientes com dor musculoesquelética.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Mixed evidence								
CodAPAP vs TramAPAP	1	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs Pcbo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Pcbo vs TramAPAP	4	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Pcbo vs TramER	4	Alguma preocupação	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Baixa
Indirect evidence								
CodAPAP vs CodCR	-	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodAPAP vs Pcbo	-	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodAPAP vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs TramAPAP	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
TramAPAP vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Preocupação importante	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Siglas: CodAPAP: Codeína/paracetamol; CodCR: Codeína de liberação controlada; Pcbo: Placebo; TramAPAP: Tramadol/paracetamol; TramER: Tramadol de liberação prolongada.

Dor neuropática

Para dor neuropática, somente meta-análises *pairwise* foram conduzidas. Assim, utilizou- se a abordagem GRADE para avaliação da qualidade da evidência[7]. Somente a avaliação para comparações entre tratamentos ativos foi apresentada (**Quadro BB**). Para aquelas meta-análises cujo comparador foi placebo, os julgamentos detalhados estão descritos no Relatório de Recomendação nº 645 da Conitec[159].

Quadro AZ - Avaliação da qualidade da evidência pelo CINeMa para o desfecho **incapacidade física** em pacientes com dor musculoesquelética.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Mixed evidence								
CodCR vs Pcbo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Morf vs Pcbo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Baixa
Pcbo vs TramAPAP	7	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Pcbo vs TramER	3	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Pcbo vs TramIR	2	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação		Muito baixa
Indirect evidence								
CodCR vs Morf	-	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
CodCR vs TramAPAP	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Morf vs TramAPAP	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Morf vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Morf vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
TramAPAP vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
TramAPAP vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Preocupação importante	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
TramER vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Legenda: CodCR: Codeína de liberação controlada; Pcbo: Placebo; Morf: Morfina; TramAPAP: Tramadol/paracetamol; TramLR: Tramadol de liberação prolongada; TramIR: Tramadol de liberação imediata.

Quadro AY - Avaliação da qualidade da evidência pelo CINeMa para o desfecho **intensidade da dor** (mensurado por EVA) em pacientes com dor musculoesquelética.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Mixed evidence								
CodCR vs Pcbo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	**Moderada**
Morf vs Pcbo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Moderada**
Pcbo vs TramAPAP	4	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
Pcbo vs TramER	4	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
Pcbo vs TramIR	1	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
Indirect evidence								
CodCR vs Morf	-	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	**Moderada**
CodCR vs TramAPAP	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
CodCR vs TramAPAP	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
CodCR vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
Morf vs TramAPAP	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	**Muito baixa**
Morf vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	**Muito baixa**
Morf vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
TramAPAP vs TramER	-	Preocupação importante	Suspeito	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Muito baixa**
TramAPAP vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**
TramER vs TramIR	-	Preocupação importante	Suspeito	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Baixa**

Siglas: CodCR: Codeína de liberação controlada; Pcbo: Placebo; Morf: Morfina; TramAPAP: Tramadol/paracetamol; TramER: Tramadol de liberação prolongada; TramIR: Tramadol de liberação imediata

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
TramAPAP								
Pcbo vs TramER	6			Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Pcbo vs TramIR	2			Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Indirect evidence								
CodAPAP vs CodCR	-			Nenhuma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodAPAP vs Morf	-			Alguma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodAPAP vs Pcbo	-			Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
CodAPAP vs TramER	-					Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodAPAP vs TramIR	-					Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs Morf	-	Não detectado	Nenhuma preocupação			Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
CodCR vs TramAPAP	-			Alguma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs TramER	-			Alguma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
CodCR vs TramIR	-			Alguma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Morf vs TramAPAP	-			Alguma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Morf vs TramER	-			Alguma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Morf vs TramIR	-			Alguma preocupação		Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
TramAPAP vs TramER	-				Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
TramAPAP vs TramIR	-					Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
TramER vs TramIR	-				Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Siglas: CodAPAP: Codeína/paracetamol; CodCR: Codeína de liberação controlada; Pcbo: Placebo; Morf: Morfina; TramAPAP: Tramadol/paracetamol; TramER: Tramadol de liberação prolongada; TramIR: Tramadol de liberação imediata.

Dor oncológica



Figura CG - Avaliação do risco de viés dos estudos individuais selecionados para dor oncológica.

Dor crônica de origem não oncológica

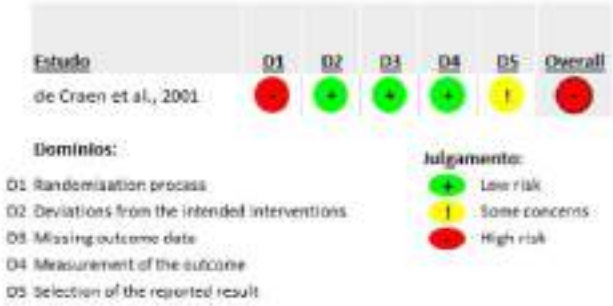


Figura CH - Avaliação do risco de viés dos estudos individuais selecionados para dor não oncológica, sem origem ou mecanismo especificados.

E) Avaliação da qualidade da evidência

Dor musculoesquelética

A qualidade da evidência dos desfechos gerados pelas meta-análises em rede foi avaliada pelo método CiNeMa[7]. As avaliações dos desfechos primários estão descritas nos **Quadros AX** a **BA**. A avaliação dos desfechos secundários pode ser vista na íntegra no Relatório de Recomendação da Conitec nº 645[19].

Quadro AX - Avaliação da qualidade da evidência pelo CiNeMa para o desfecho **intensidade da dor** (mensurado por qualquer escala) em pacientes com dor musculoesquelética.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Mixed evidence								
CodAPAP vs TramAPAP	1	Preocupação importante	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	**Muito baixa**
CodC R vs Pcbo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	**Moderada**
Marf vs Pcbo	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Alguma preocupação	Alguma preocupação	Nenhuma preocupação	**Moderada**
Pcbo vs	5	Preocupação	Suspeito	Alguma	Nenhuma	Nenhuma preocupação	Nenhuma	**Baixa**

Dor musculoesquelética

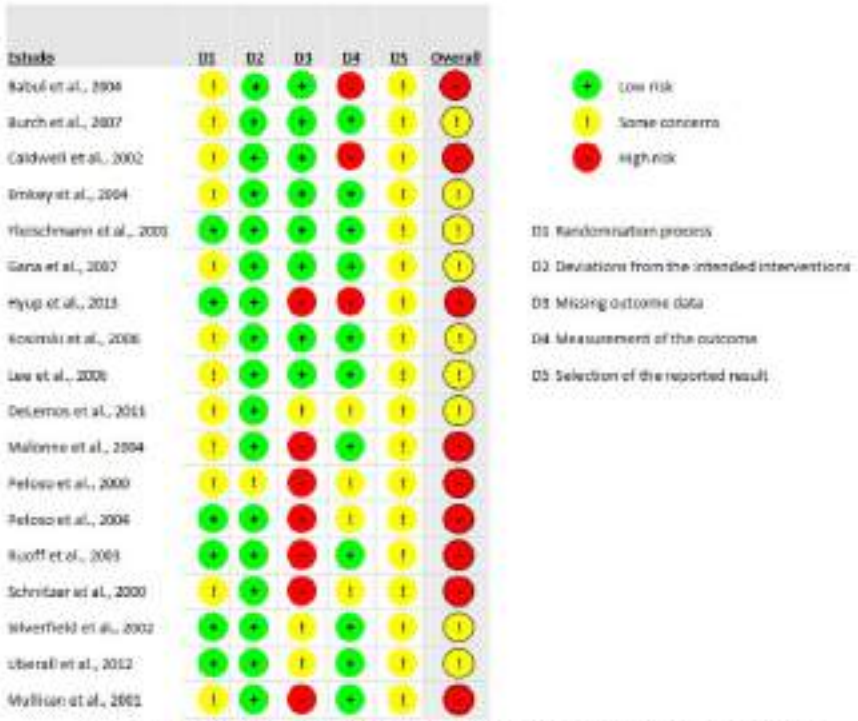


Figura CE - Avaliação do risco de viés dos estudos individuais selecionados para dor musculoesquelética.

Dor neuropática

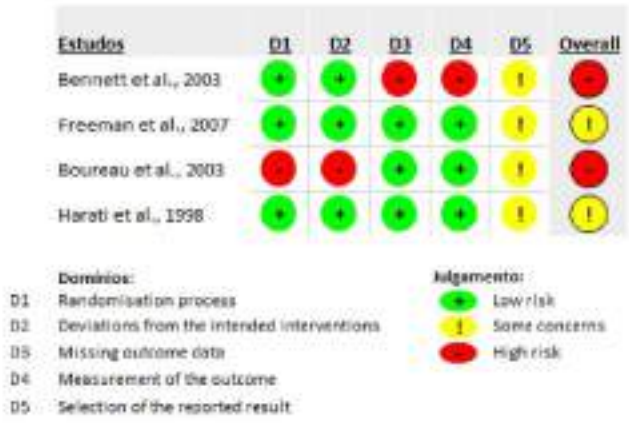


Figura CF - Avaliação do risco de viés dos estudos individuais selecionados para dor neuropática.

Figura CC - Rede de comparações para o desfecho de eventos adversos gerais.Legenda: CodCR: codeína de liberação controlada; CodAPAP: codeína/paracetamol; Pcbo: placebo; TramAPAP: tramadol/paracetamol; TramER: tramadol de liberação prolongada.

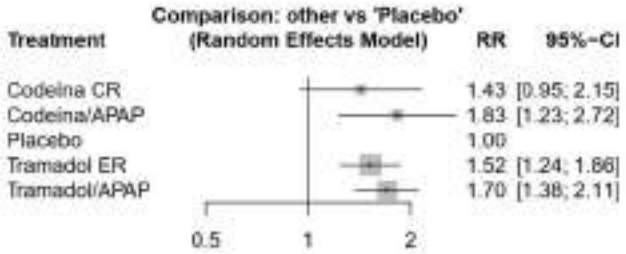


Figura CD - Meta-análise em rede das comparações entre tratamentos farmacológicos e placebo para o desfecho de eventos adversos gerais. *Legenda:* APAP: paracetamol; CR: liberação controlada; ER: liberação prolongada; RR: risco relativo; 95%-CI: intervalo de confiança de 95%.*Nota:* Desvio padrão entre os estudos: 0.16. Número de estudos: 10, Número de tratamentos: 5; Todos os desfechos são versus o tratamento referência: Placebo.

Quadro AW - Resultados de efeito de tratamento para todos os pares de comparações para o desfecho de eventos adversos gerais.

Codeína/APAP	1.07 [0.77; 1.50]	.	.	1.83 [1.23; 2.72]
1.07 [0.77; 1.50]	Tramadol/APAP	.	.	1.70 [1.38; 2.11]
1.20 [0.77; 1.87]	1.12 [0.84; 1.50]	Tramadol ER	.	1.52 [1.24; 1.86]
1.28 [0.72; 2.27]	1.19 [0.75; 1.90]	1.07 [0.67; 1.69]	Codeína CR	1.43 [0.95; 2.15]
1.83 [1.23; 2.72]	1.70 [1.38; 2.11]	1.52 [1.24; 1.86]	1.43 [0.95; 2.15]	Placebo

Meta-análise em rede

Meta-análise pareada

Legenda: APAP: paracetamol; CR: liberação controlada; ER: liberação prolongada.

Assim como nas demais redes, não houve formação de *loop* fechado, de modo que o parâmetro inconsistência da rede não pode ser avaliado.

B) Avaliação do risco de viés

Os estudos sobre dor de origem musculoesquelética apresentaram moderado a alto risco de viés, segundo a ferramenta "RoB 2: *A revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials*"[7]. Os riscos de viés de cada estudo por tipo de dor estão descritos nas **Figuras CE** a **CH**.

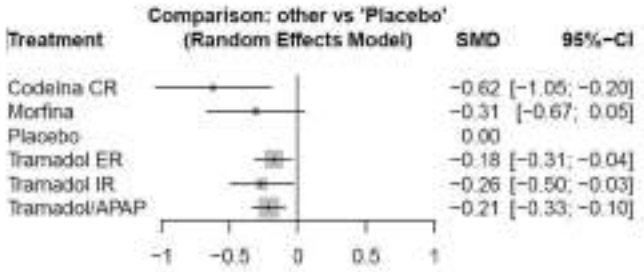


Figura CB - Meta-análise em rede das comparações entre tratamentos farmacológicos e placebo para o desfecho incapacidade física mensurado por qualquer escala *Legenda: APAP: paracetamol; ER: liberação prolongada; IR: liberação imediata; CR: liberação controlada; SMD: diferença de médias padronizada; 95%-CI: intervalo de confiança de 95%* Nota: Desvio padrão entre os estudos: 0.08, Número de estudos: 14, Número de tratamentos: 6; Todos os desfechos são versus o tratamento referência: Placebo.

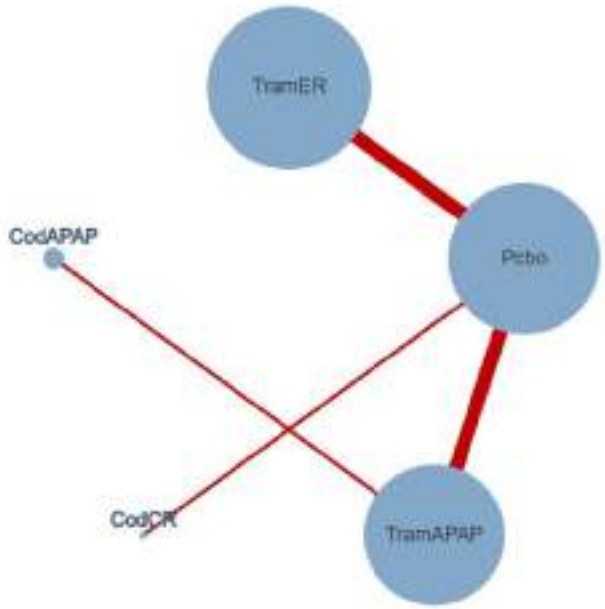
Quadro AV - Resultados do efeito de tratamento para todos os pares de comparações para o desfecho incapacidade física.

Codeína	-	-	-		-0.62 [-1.05; -0.20]
-0.31 [-0.87; 0.24]	Morfina	-	-		-0.31 [-0.67; 0.05]
-0.36 [-0.84; 0.13]	-0.04 [-0.47; 0.39]	Tramadol IR	-		-0.26 [-0.50; -0.03]
-0.41 [-0.85; 0.03]	-0.09 [-0.47; 0.28]	-0.05 [-0.31; 0.21]	Tramadol/APAP		-0.21 [-0.33; -0.10]
-0.44 [-0.89; 0.00]	-0.13 [-0.51; 0.26]	-0.09 [-0.35; 0.18]	-0.03 [-0.21; 0.15]	Tramadol ER	-0.18 [-0.31; -0.04]
-0.62 [-1.05; -0.20]	-0.31 [-0.67; 0.05]	-0.26 [-0.50; -0.03]	-0.21 [-0.33; -0.10]	-0.18 [-0.31; -0.04]	Placebo

Meta-análise em rede

Legenda: APAP: paracetamol; ER: liberação prolongada; IR: liberação imediata.

Incidência de eventos adversos gerais



Quadro AU - Resultados de efeito de tratamento para todos os pares de comparações para o desfecho dor mensurado pela Escala Visual Analógica (EVA).

Tramadol IR	-	-	-		-16.00 [-25.88; -6.12]
-0.10 [-15.76; 14.16]	Codeína	-	-		-15.20 [-26.43; -3.97]
-6.41 [-20.79; 7.96]	-5.61 [-20.96; 9.73]	Morfina	-		-9.59 [-20.04; 0.87]
-6.46 [-17.13; 4.21]	-5.66 [-17.59; 6.28]	-0.04 [-11.25; 11.16]	Tramadol/APAP		-9.54 [-13.58; -5.50]
-7.62 [-18.43; 3.19]	-6.82 [-18.88; 5.24]	-1.21 [-12.55; 10.14]	-1.16 [-7.14; 4.81]	Tramadol ER	-8.38 [-12.78; -3.98]
-16.00 [-25.88; -6.12]	-15.20 [-26.43; -3.97]	-9.59 [-20.04; 0.87]	-9.54 [-13.58; -5.50]	-8.38 [-12.78; -3.98]	Placebo

Meta-análise em rede

Meta-análise pairwise

Legenda: APAP: paracetamol; ER: liberação prolongada; IR: liberação imediata

Incapacidade funcional (WOMAC Incapacidade, *Roland Morris Disability Questionnaire* [RMDQ])

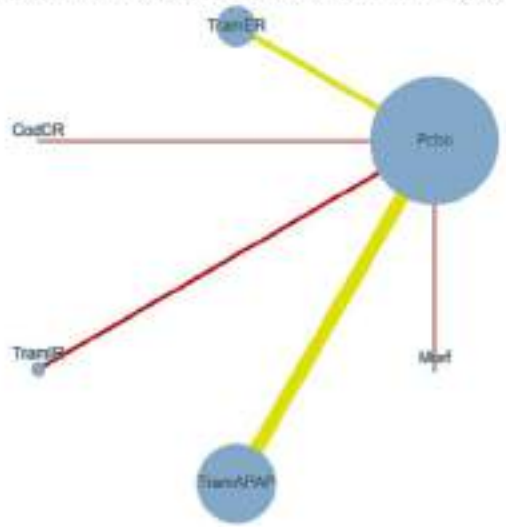


Figura CA - Rede de comparações para o desfecho de incapacidade física. Legenda CodCR: codeína CR de liberação controlada; Pcbo: placebo; Morf: morfina; TramAPAP: tramadol/paracetamol; TramER: tramadol de liberação prolongada; TramIR: tramadol de liberação imediata.

Intensidade da dor (Mensurada somente pela Escala Visual Analógica [EVA])

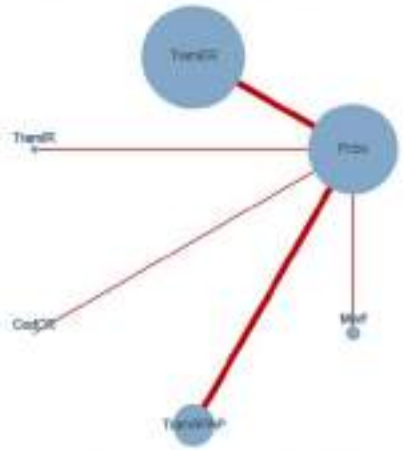


Figura BY - Rede de comparações para o desfecho de dor mensurada pela Escala Visual Analógica (EVA). Legenda: CodCR: codeína de liberação controlada; Pcbo: placebo; Morf: morfina; TramAPAP: tramadol/paracetamol; TramER: tramadol de liberação prolongada; TramIR: tramadol de liberação imediata.

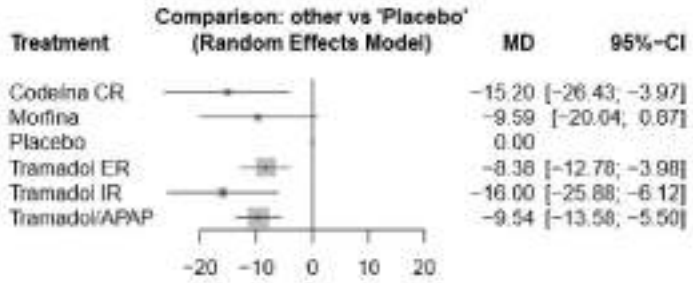


Figura BZ - Meta-análise em rede das comparações entre tratamentos farmacológicos e placebo para o desfecho dor mensurado pela escala Escala Visual Analógica (EVA). *Legenda: APAP: paracetamol; ER: liberação prolongada; IR: liberação imediata; MD: diferença de médias; 95% CI: intervalo de confiança de 95%.* Nota: Desvio padrão entre os estudos: 3.48; Número de estudos: 11; Número de tratamentos: 6. Todos os desfechos são versus o tratamento referência: Placebo.

Quadro AT - Resultados de efeito de tratamento para todos os pares de comparações para o desfecho dor mensurado por qualquer escala.

Codeína CR	-	-	-			-0.65 [-1.17; -0.13]
-0.10 [-0.79; 0.58]	Codeína/APAP	-	-			-0.05 [-0.46; 0.36]
-0.15 [-0.71; 0.40]	-0.05 [-0.46; 0.36]	Tramadol/APAP	-			-0.50 [-0.68; -0.31]
-0.15 [-0.77; 0.46]	-0.05 [-0.60; 0.50]	0.00 [-0.37; 0.37]	Tramadol IR			-0.50 [-0.82; -0.18]
-0.25 [-0.95; 0.45]	-0.15 [-0.80; 0.50]	-0.10 [-0.60; 0.41]	-0.10 [-0.67; 0.47]	Morfina		-0.40 [-0.87; 0.07]
-0.36 [-0.91; 0.18]	-0.26 [-0.74; 0.22]	-0.21 [-0.46; 0.04]	-0.21 [-0.57; 0.15]	-0.11 [-0.61; 0.39]	Tramadol ER	-0.29 [-0.45; -0.12]
-0.65 [-1.17; -0.13]	-0.55 [-1.00; -0.10]	-0.50 [-0.68; -0.31]	-0.50 [-0.82; -0.18]	-0.40 [-0.87; 0.07]	-0.29 [-0.45; -0.12]	Placebo

Meta-análise em rede

Meta-análise pairwise

Legenda: CR: liberação controlada; APAP: paracetamol; IR: liberação imediata; ER: liberação prolongada.

Análises de sensibilidade por patologias específicas foram conduzidas. Os resultados dessas análises estão descritos detalhadamente no Relatório de Recomendação da Conitec nº 645[109].

Dor musculoesquelética

Intensidade da dor (mensurada por qualquer escala)

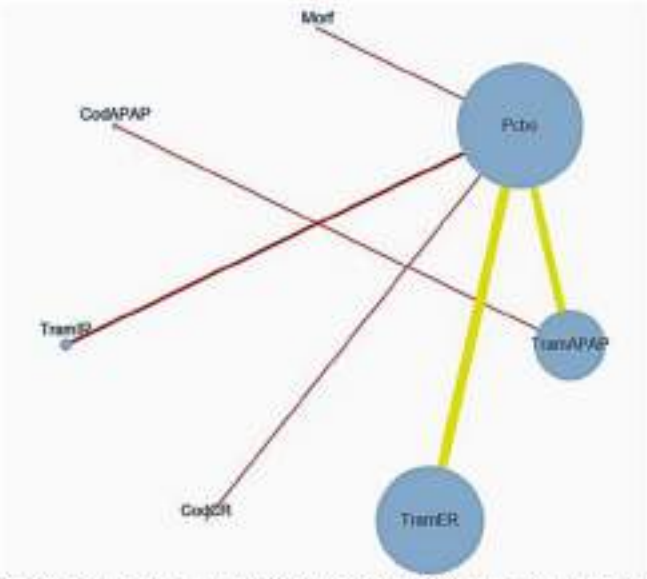


Figura BW - Rede de comparações para o desfecho de intensidade da dor mensurada por qualquer escala. Legenda: Codeína/APAP: codeína/paracetamol; CodCR: codeína de liberação controlada; Pcbo: placebo; Morf: morfina; TramAPAP: tramadol/paracetamol; TramER: tramadol de liberação prolongada; TramIR: tramadol de liberação imediata.

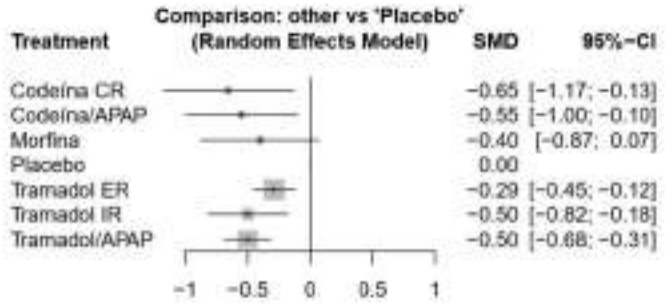


Figura BX - Meta-análise em rede das comparações entre tratamentos farmacológicos e placebo para o desfecho dor mensurado por qualquer escala.

Legenda: CR: liberação controlada; APAP: paracetamol; IR: liberação imediata; ER: liberação prolongada; SMD: diferença de médias padronizada; 95%-CI: intervalo de confiança de 95%.Nota: Dados poolados entre os estudos: 0.17, Número de estudos: 16, Número de tratamentos: 7. Todos os desfechos são versus o tratamento referência: Placebo.

Quadro A3 – Caracterização dos estudos selecionados de dor crônica não oncológica

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Dor não oncológica						
da Cruz et al., 2001[37] GOH faseal (2 x/d), duplo-cego, placebo controlado	Pacientes > 18 anos de idade, com dor crônica de origem não maligna - queda há pelo menos 6 meses, e que não estivessem em uso de tramadol n= 112	TI: Tramadol 50 mg (dose oral única) n= 56 C1: Placebo n= 44 D: média positiva expressa verbalmente pelo médico em relação ao efeito analgésico esperado de medicamento C1: média neutra expressa verbalmente pelo médico em relação ao efeito analgésico esperado de medicamento	24 horas (efeito agudo)	NR	Alto risco	**EVA 4 escore de dor** • Diferença na Intensidade da dor (cm) em -60 minutos, média (DP) Tramadol: 0,9 (0,3) Placebo: 0,4 (0,2) • Soma da Diferença da Intensidade da Dor (cm) em 30 a 60 minutos, média (DP) Tramadol: 1,4 (0,3) Placebo: 0,9 (0,3) Diferença de efeito analgésico entre os grupos, média (cm) IC95%: 0,5 - 0,5 a 1,4 **Incidência de EAs** Tramadol: 36/56 (64%) Placebo: 20/35 (46%) • Náusea: Tramadol 10/56, Placebo 0 • Tontura: Tramadol 20 vs. Placebo 0 • Sonolência: Tramadol 4 X Placebo: 4 • Hiperhidrose: Tramadol 3 X Placebo: 1 • Sudorese: Tramadol 4 X Placebo: 3 • Dor de cabeça: Tramadol 5 X Placebo: 3 • Outros: Tramadol 15 X Placebo: 9

Legenda: EOR: escore clínico randomizado; C1: comparador 1; C2: comparador 2; EA: evento adverso; DP: erro padrão; EVA: escala visual analógica; I1: intervenção 1; I2: intervenção 2; N: número de participantes; NR: não relatado.

Quadro AE - Caracterização dos estudos selecionados da dor neuropática crônica.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral Qualidade	Principais resultados
Dor Lombar						
Rodrigues, R. T. e Ferro, L. S. 2007[xxv] HCR multicêntrico Fase 3	Dor persistente associada ao câncer, de intensidade moderada ou grave e que precisavam de medicamentos analgésicos por causa da dor [n=175]	Comparando de codeína 150 mg / paracetamol 250 mg n= 59 Comprimido de cloridrato de tramadol 200 mg n= 56 *A dose de ataque era estabelecer dia a palavra duplicar; caso não houvesse melhora da dor	21 dias	Todos os pacientes tiveram uso de medicamentos e descontinuaram todos os analgésicos por pelo menos 6 horas antes de início do tratamento do estudo. Foi permitido continuar o uso de medicamentos para doenças concomitantes, como antidepressivos ou anticonvulsivantes, se o tratamento já estivesse sido iniciado	Algésicos Psicotrópicos	**Segurança** Efeitos comuns (%) Náusea: Codeína/paracetamol: 28,81; Tramadol: 46,43 Vômito: Codeína/paracetamol: 23,73; Tramadol: 30,71 Constipação: Codeína/paracetamol: 35,6; Tramadol: 25,0 Diarreia: Codeína/paracetamol: 0,00; Tramadol: 1,79 Perda de apetite: Codeína/paracetamol: 1,69; Tramadol: 23,43 Fadiga/astenia: Codeína/paracetamol: 8,06; Tramadol: 12,50 Boca seca: Codeína/paracetamol: 15,25; Tramadol: 21,43 Sonolência: Codeína/paracetamol: 38,98; Tramadol: 46,43 Sudorese: Codeína/paracetamol: 23,73; Tramadol: 41,07 Insônia: Codeína/paracetamol: 0,00; Tramadol: 3,57 Retenção urinária: Codeína/paracetamol: 0,00; Tramadol: 3,57 Prurido: Codeína/paracetamol: 11,86; Tramadol: 15,64 Sudorese: Codeína/paracetamol: 8,47; Tramadol: 12,50

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Previo	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						• Diarreia tratadol: 2 de 65 (3%) placebo: 5 de 66 (8%) Abandono do tratamento por qualquer causa: 9 pacientes tratados com tratadol e 3 pacientes tratados com placebo descontinuaram devido a eventos adversos; 20 pacientes tratados com placebo e 9 tratados com tratadol descontinuaram por falta de eficácia

Legenda: DP: desvio padrão; NDR: ensaio clínico randomizado; EUA: ensaio virtual analógico; ITT: análise por intenção de tratar.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Eventos adversos graves: Eventos adversos graves ocorreram em 5 pacientes, sem descrição de qual grupo de intervenção. **Abandono de tratamento por qualquer razão:** 6 pacientes no grupo tratado descontinuaram prematuramente o estudo por causa de eventos adversos.
Harsh (1986)[31] ECR	Pacientes com diabetes mellitus e controle glicêmico ocasional, com necessidade diária de relatos e dados em controladores internos N = 131	Fenitoína N=65 Placebo N =66	12 dias	A terapia antidiabética usada por cada paciente antes da entrada no estudo não foi modificada durante o teste duplo-cego	Algumas preocupações	**Pontuação Likert** Intervalo de dor no último dia, avaliado (IIP) tratado: 1.4 (0, 1) placebo: 2.2 (0, 1); (p 0.08) Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre tratamentos para percepção de saúde atual, estresse psicológico, funcionamento geral, e para os escores de sono (dados quantitativos não relatados) Reações adversas específicas • **Náusea** tratado: 15 de 65 (23%) placebo: 2 de 66 (3%) • **Constipação** tratado: 14 de 65 (22%) placebo: 2 de 66 (3%) • **Sonolência** tratado: 8 de 65 (12%) placebo: 4 de 66 (6%) **Tontura** tratado: 1 de 65 (1%) placebo: 0 de 66

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral Risk 2.0	Principais resultados
						dois grupos, sem diferença significativa entre os grupos (p 0,068) Visita final tramadol: 2,1 (0,9) placebo: 2,4 (0,9) **Uso de medicamento de resgate:** Os entrevistadores que dose total de paracetamol até a sexta semana do tratamento foi menor no grupo tramadol do que no grupo placebo e os dois grupos tiveram diferenças significativas na distribuição dose/ participante (p 0,022) **Qualidade de vida:** sem diferença significativa entre os grupos (p=0,510) índice (DP) dos escores do Nottingham no dia 63 tramadol: 9,7 (6,8) placebo: 9,7 (7,8) **Reações adversas gerais:** tramadol: 19 de 64 (29,7%) placebo: 20 de 63 (31,8%) • **Sistema digestivo** tramadol: 11 de 64 (17,2%) placebo: 5 de 63 (7,9%) • **Sistema nervoso** tramadol: 6 de 64 (9,4%) placebo: 5 de 63 (7,9%)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						• **Constipação:** tramadol/paracetamol: 1 de 160 (0,6%) placebo: 2 de 153 (1,3%); p = 0,996 **Eventos adversos graves:** tramadol/paracetamol: 5 de 160 (dor no peito, hemorragia gastrointestinal, angina pectoris, convulsão, hematoma/ruim). Placebo: 4 de 153 (cefaleia, sangue oculto nas fezes, obstrução intestinal, fibrilação atrial, distúrbio do sistema circulatório) **Descontinuação por qualquer razão:** As principais razões para descontinuação nos grupos tramadol/paracetamol e placebo foram eventos adversos (0,1% versus 6,5%) e falta de eficácia (5,0% versus 15,0%)
Bennett, 2003[36] ECR	Pacientes de ambos os sexos com osteoartrite sintomática do joelho e/ou quadril N=157	Tramadol de liberação controlada N=64 Placebo N=63	Sem sintomas	76 pacientes haviam sido previamente tratados para osteoartrite com agentes antiinflamatórios não esteroides	Alto risco de viés	**Escala visual analógica (EVA):** Os autores relataram que a diferença entre grupos em média ajustada no dia 43, em favor do grupo tramadol, foi estatisticamente significante na análise principal na população ITT (p= 0,0499) e na análise confirmatória na população ITT (p=0,031). Os autores atribuíram pela superioridade do tramadol na diferença entre grupos. Intensidade da dor pela EVA (ITT) no ponto final, média (DP): tramadol: 25,3 (23,8) placebo: 33,6 (25,4) **Escala Likert:** Escores de intensidade de dor em escala verbal de 5 pontos: média (SD) diminuiu (ou

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						67 (47,5%) de 141 participantes no grupo tratado/paracetamol e 56 (41,0%) de 135 pacientes no grupo placebo reportaram vômito moderado/grave, sofrendo menos vômito moderado/grave (p=0,001). **Qualidade geral de vômito:** tratado/paracetamol foi associado com significativamente menor redução em interferência do vômito do que o placebo. tratado/paracetamol: -2,85 placebo: -4,80 **Qualidade de vida:** Autores reportam que tratado/paracetamol foi associado com significativamente menor melhora do que placebo por meio-controles de qualidade de vida e humor, medindo pelo SF-36(V). Análises total de humor pelo POMS, e algumas medidas de SF-36. **Reações adversas gerais** tratado/paracetamol: 96 de 169 (68,0%) placebo: 90 de 153 (58,8%); p=0,0084 • **Tontura** tratado/paracetamol: 10 de 140 (6,3%) placebo: 2 de 153 (1,3%); p=0,0356 • **Sonolência** tratado/paracetamol: 10 de 140 (6,3%) placebo: 2 de 153 (1,3%); p=0,0356 • **Diarreia** tratado/paracetamol: 9 de 169 (5,8%) placebo: 3 de 153 (2,0%); p=0,2185

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						A taxa cumulativa de **descontinuação de terapia para qualquer razão** foi significativamente menor no grupo tratado (paroxetina) (40% no dia 91) do que no grupo placebo (62% no dia 91; p<0,001). A taxa cumulativa de **descontinuação devido à falta de eficácia** também foi significativamente menor no grupo tratado (paroxetina) (29% no dia 91) do que no grupo placebo (51% no dia 91; p<0,001)
Freeman, 2017[10] ECR	Adultos com transtorno clínico/não psicótico pós-parto, sintomas e distúrbios associados (ideação e distúrbio convivial) N=315	Tratado (paroxetina) N=160 Placebo N=155	84 dias	Não relatado	Algumas preocupações	**Mudança desde a linha de base, média (DP) escore pela EVA** tratado (paroxetina): -38,6 placebo: -47,2; p=0,003 **Pontuação Short:** Tratado (paroxetina) teve dez sendo clínica significativamente mais do que o placebo, desde a linha de base até a última visita. tratado (paroxetina): -2,71 placebo: -1,81 **Redução de 30% ou mais do escore do dia** tratado (paroxetina): 56,3% placebo: 37,5%; p<0,001 **Redução de 50% ou mais do escore do dia** tratado (paroxetina): 37,5% placebo: 21,9%; p<0,001 **Avaliação global do paciente:** Entre os sujeitos que relataram impressão global de mudança na visita final,

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						placebo: 4,5 (2,5); p: 0,02 *Sleep questionnaire - sleep index 9:* Na visita final tratado/pacientes: 55 (17) placebo: 55 (18); p=0,74 ***Fibromyalgia Impact Questionnaire - medi. missed:*** Na visita final Tratado/ pacientes: 5,7 (2,6) placebo: 4,5 (2,5); p: 0,02 ***SF-36 health survey - general health:*** Na visita final tratado/pacientes: 53 (22) placebo: 47 (22); p=0,08 **Reações adversas gerais** Tratado/pacientes: 118 de 136 (76%) Placebo: 87 de 136 (64%); p<0,001 • **Náusea** Tratado/pacientes: 31 de 136 Placebo: 16 de 136; p=0,06 • **Tontura** Tratado/pacientes: 35 de 136 Placebo: 8 de 136; p<0,01 • **Constipação** Tratado/pacientes: 31 de 136 Placebo: 9 de 136; p<0,01 • **Sonolência** Tratado/pacientes: 34 de 136 Placebo: 7 de 136; p: 0,17

Quadro 1Q - Caracterização dos estudos selecionados de revisão sistemática.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral Jadad 3.0	Principais resultados
Bennett, 2003 [19] ECR	Adultos com diagnóstico de fibromialgia N=319	Tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg N=148 Placebo N=157	91 dias	Pelo menos de inibidor seletivo de recaptação de serotonina (ISRS) ou seria de São João pessoas não atribuídas para depressão, Adjuvantes e Benzodiazepínicos para dormir, desde que estejam estável por pelo menos seis sem	Alto risco de viés	**Escala Visual Analógica** (EVAz). Comparado com placebo, a escore médio final de dor foi menor de 11 mm (10%) menor no grupo tramadol/paracetamol (p<0,001) Escore de dor (DP) em milímetros na visita final Tramadol/paracetamol: 5,0 (32) Placebo: 65 (29) **Pontuação Likert:** O alívio da dor final usando Impressão Global Paciente melhor no grupo tramadol/paracetamol do que no grupo placebo (p<0,001). **Redução de pelo menos 50% da dor** tramadol/paracetamol: 85 de 156 (42%) placebo: 37 de 157 (24%) **Redução de pelo menos 30% da dor** tramadol/paracetamol: 54 de 156 (35%) placebo: 29 de 157 (18%) ***Fibromyalgia Impact Questionnaire* – *effects*:** Na visita final tramadol/paracetamol: 6,2 (2,7) placebo: 7,1 (2,7); p: 0,000 ***Fibromyalgia Impact Questionnaire* – *physical impairment*:** Na visita final tramadol/paracetamol: 3,7 (2,6)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-tx	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						• Diarreia: TRAM/APAP n 19/49(39%) X COD/APAP n 7(7%); p=0.23 • Dose zero: TRAM/APAP n=16 (9%) X COD/APAP n=10 (7%); p=0.28 • Tontura: TRAM/APAP n=15 (9%) X COD/APAP n=5 (8%); p=0.16 • Dispepsia: TRAM/APAP n=14 (9%) X COD/APAP n=6 (9%); p=0.97 • Qualquer evento adverso: TRAM/APAP n 226 (71%) X COD/APAP n 117 (70%); p=0.13 • **Abandono do tratamento, n (%)** TRAM/APAP: 61 (26) X COD/APAP: 2 (21); Total: 93 (26) • Por EA: TRAM/APAP: 37 (12) X COD/APAP: 21 (14); Total: 58 (13) • Por ciclo de pacoxte: TRAM/APAP: 19 (5) X COD/APAP: 5 (3); Total: 19 (6) • Por seguimento: TRAM/APAP: 4 (1) X COD/APAP: 2 (1); Total: 6 (1) • Outros: TRAM/APAP: 6 (2) X COD/APAP: 4 (3); Total: 10 (2) Nenhum EA grave foi relacionado ao tratamento

Legenda: AVD: artrite idiopática não oligoarticular, inclusive COX-2 seletivos; AH: artrite reumatoide; C: comparador; CEID AP AP: cefaleia associada a paracetamol; CEIA-2: cefaleia tensional; DMARD: medicamento anti-reumáticos modificadores da doença; DP: desvio padrão; EA: evento adverso; HP: teve paciente; IHC: intervalo de confiança; IVA: escala visual analógica; MAQ: avaliação da função física; 1: intervalo; LP: Duração prolongada; LC: Duração controlada; NS: não significativo; OA: osteoartrite; tratado/APAP: tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg; VS: versus; NRC: não relatado; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities

*O estudo também teve uma fase aberta, cujos dados não foram considerados neste documento

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Diferença (IC95%): -0,6 (-2,42 a 1,22) Dia 22 TRAMADAF: 3,6 (0,06) CODAPAF: 3,3 (3,98) Diferença (IC95%): 0,7 (-1,21 a 2,72) **Escala Geral - escala: 1 a 5, média (DP):** Dia 1 TRAMADAF: 2,6 (1,06) CODAPAF: 2,7 (0,98) Dia 22 TRAMADAF: 2,3 (1,12) CODAPAF: 2,6 (1,16) **Incidência de EA:** TRAMADAF: 71% CODAPAF: 70% • Sonolência: TRAMADAF (n= 54 (17%) X CODAPAF (n: 37 (24%); p: 0,05 • Náusea: TRAMADAF (n=53 (17%) X CODAPAF (n=29 (19%); p: 0,32 • Tontura: TRAMADAF (n=47 (15%) X CODAPAF (n=21 (14%); p: 0,33 • Constipação: TRAMADAF (n=35 (11,1%) X CODAPAF (n=32 (21%); p: 0,01 • Dor de cabeça: TRAMADAF (n: 34 (11%) X CODAPAF (n=11 (7%); p: 0,08 • Vômito: TRAMADAF (n: 22 (7%) X CODAPAF (n: 8 (5%); p: 0,41

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-cir	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Placebo: 4 (5,6%)
Dor aguda (Dor lombar < 30d)						
Malliccia, W. S., 2001[17] ECR multicêntrico Fase 3	Adultos (> 18 anos) em boas condições clínicas, com dor aguda não maligna (dor lombar, por CO, ou ambos) leve a moderada, persistente por > um mês n = 462	Tramadol 37,5 mg/Paracetamol 325 mg (comprimido combinado) n = 309 Codeína 30 mg/Paracetamol 300 mg (comprimido combinado) n= 153	Quatro semanas	NR	Alto risco	**Formação Likert de dor:** • Alívio da dor (escore total 0: mediam alívio a 24: alívio completo); média (DP) Dia 1 TRAM/APAP: 9,9 (6,14) COD/APAP: 10,1 (6,09) Diferença (IC95%): -0,4 (-1,15 a 0,35) Dia 22 TRAM/APAP: 11,9 (5,85) COD/APAP: 11,6 (6,24) Diferença (IC95%): 0,3 (<0,49 a 1,20) • Alívio máximo da dor (...média (DP) Dia 1 TRAM/APAP: 2,3 (1,17) COD/APAP: 2,3 (1,18) Dia 22 TRAM/APAP: 2,5 (1,04) COD/APAP: 2,4 (1,12) • Intensidade da dor, média (DP) Dia 1 TRAM/APAP: 3,4 (3,77) COD/APAP: 3,6 (3,08)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						PSSAM: função sexual: score de 2,5 a 12,5 pontos; média (DP) em 10 dias; p Tratado(paracetamol n=100): 5,77 (1,76) Placebo n= 109: 4,34 (1,82) p< 0,010 PSSAM: função sexual: score de 2,5 a 12,5 pontos; média (DP) em 10 dias; p Tratado(paracetamol n=100): 0,25 (1,00) Placebo n: 118: 4,59 (1,99) p< 0,140 **Melhora global:** *Patient global assessment of clinical effectiveness, escala categórica* [Tratado(paracetamol) (%) Vs. Placebo (%) Muito pior: 4% Vs. 3% Pior: 2,3% Vs. 4,5% Sem mudança: 34,8% Vs. 41,8% Sem: 45,8% Vs. 37,5% Muito bom: 35,4% Vs. 30,5% **Segurança:** Incidência geral: % Tratado(paracetamol): 88/197= 44,7% Placebo: 26/111= 23,4% Efeitos colaterais: n (%) Náusea - Tratado(paracetamol): 94 (57,3); Placebo: 4 (3,6) Cefaleia - Tratado(paracetamol): 23 (11,7); Placebo: 5 (4,5) Vômito - Tratado(paracetamol) 18 (9,1); Placebo: 2 (1,8) Sonolência - Tratado(paracetamol): 14 (7,1); Placebo: 2 (1,8)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Colchicina OR 15.51 [6.4%- Placebo: 4/52 [7.8%
Silverfield J C et al Kanas, M. and Wu, R. C. 2002[12] COVID multidisciplinar Fase 3	Ensaio clínico de qualidade, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, paralelo, com 1 ano e meio de recrutamento (de 1 de janeiro de 2020 a 30 de junho de 2021) N = 866	Comprimido de cetoconazol 315 mg (peso molecular 325 mg). N= 197 Comprimido placebo N= 111 75% dos pacientes nos grupos podia variar entre quatro a oito comprimidos ao dia.	10 dias	Todos os participantes foram tratados de ADEs em inibidores seletivos da COX-2 como dose ordenada por 30 dias. Ao longo do estudo, os pacientes continuaram a tomar com AINEs ou inibidores seletivos da COX-2 na dose usada após da entrada no estudo	Algumas preocupações	**Dor:** *Intensidade da dor (0 nenhuma a 3 grave), medida em 1 a 3 dias: p* Tratado/paracetamol n=193: 1,4 Placebo n=109: 1,7; p< 0,000 *Intensidade da dor (0 nenhuma a 3 grave), medida em 10 dias: p* Tratado/paracetamol n: 193: 1,3 Placebo n: 109: 1,6; p< 0,000 *Alívio da dor (>1 meio pior a 4 alívio completo), medida em 1 a 3 dias: p* Tratado/paracetamol n=193: 2,2 Placebo n=109: 1,7; p< 0,000 *Alívio da dor (>2 meio pior a 4 alívio completo), medida em 10 dias: p* Tratado/paracetamol n: 193: 2,1 Placebo n=109: 1,7; p< 0,000 *WOMAC dor variado entre de 2,5 a 12,5 pontos medido DPS em 10 dias: p* Tratado/paracetamol n=192: 5,41 (1,82) Placebo n=110: 4,06 (1,91); p= 0,001 **Incapacidade**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Incapacidade: [illegible] **Avaliação global:** [illegible] **Dificuldade para dormir** [illegible] **Segurança** [illegible] [illegible]

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-tx	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Artrite: Placebo 0 (2,0); Tramadol ER 100/10 (5,1); Tramadol ER 200/20 (10,1); Tramadol ER 300/30 (0,5) Dores orais: Placebo 4 (2,8); Tramadol ER 100/5 (4,5); Tramadol ER 200/10 (6,8); Tramadol ER 300/15 (8,5) Sonolência: Placebo 2 (1,8); Tramadol ER 100/10 (8,0); Tramadol ER 200/20 (12,1); Tramadol ER 300/15 (5,5) Infecção do trato respiratório superior: Placebo 10 (5,0); Tramadol ER 300/15 (4,5); Tramadol ER 200/10 (3,0); Tramadol ER 300/15 (4,5) Lit grave: % Placebo: 7,8% Tramadol ER 100: 0,5% Tramadol ER 200: 0,0% Tramadol ER 300: 0,0% Vômitos graves
Pelosi, P. M. and Hallsey, N. 2005[22] GAS metabólico Tipo 3	Osteoartrite de joelho/quadril, confirmada radiologicamente, com pelo menos grau II de severidade da OA e dor moderada. N=103	Comprimido de cobertura de liberação controlada (Cobefen Uncin 300 mg) N= 51 Comparação placebo N=52 *A causa do padrão no grupo varreu de um a dois comprimidos a cada 12 horas.	Quatro semanas	O participante foi instruído a interromper o medicamento analgésico, pois foi instruído ao período de washout de cinco a seis dias antes da intervenção do estudo. Os pacientes podiam continuar com seu uso personalizado AIN	Alto risco	**Intensidade da dor:** WOMAC dor (8-200 mm) média (DP) em 4 semanas: p Cobefen OR: 145.4 (181.3) Placebo: 221.3 (146.7); p< 0.001 ITA (escalas 2-8) (8-100) média (DP) em 4 semanas: p Cobefen: 72.5 (21.4) Placebo: 47.7 (24.7); p< 0.001 ITA (escalas semana 0) (8-100) média (DP) em 4 semanas: p Cobefen: 59.4 (20.8) Placebo: 47.8 (25.6); p< 0.001

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-tx	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Qualidade do sono: *Overall quality of sleep (0—100) Lower figures mean difference were positive on median entre baseline e 12 semanas* Placebo -8,6 (2,1) Tramadol ER 100: -11,7 (2,0) Tramadol ER 200: -10,9 (2,0) Tramadol ER 300: -15,6 (2,0)* **Segurança** Incidência geral de E.As: % Placebo: 120/200 - 60,0% Tramadol ER 100: 127/200 – 63,2% Tramadol ER 200: 149/199 – 74,9% Tramadol ER 300: 144/199 – 72,4% E.As comuns Náusea: Placebo 17 (8,5); Tramadol ER 100 31 (15,4); Tramadol ER 200 41 (20,6); Tramadol ER 300 52 (26,1) Tontura: Placebo 15 (7,5); Tramadol ER 100 30 (14,9); Tramadol ER 200 45 (22,6); Tramadol ER 300 48 (24,1) Constipação: Placebo: 5 (2,5); Tramadol ER 100: 23 (11,4); Tramadol ER 200: 35 (17,6); Tramadol ER 300: 48 (24,1) Dor de cabeça: Placebo 26 (13,0); Tramadol ER 100 21 (10,4); Tramadol ER 200: 31 (15,6); Tramadol ER 300: 25 (12,6) Sonolência: Placebo 12 (6,0); Tramadol ER 100: 8 (3,9); Tramadol ER 200: 31 (15,6); Tramadol ER 300: 50 (25,1) Vômito: Placebo 9 (4,5); Tramadol ER 100 9 (4,5); Tramadol ER 200: 34 (17,0); Tramadol ER 300 20 (10,1)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-tx	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
		Tratado ER 300, ou 200 [illegible] 100 mg de tratado ER 100 ou 6 dias com o quarto 200 mg (exceto acima) nos dias ímpar e pares e 300 mg (três comprimidos tratado ER e uma cápsula placebo) depois dias				*WOMAC (função 17 -1700; Least-Squares mean difference (erro padrão do modelo) entre baseline e 12 semanas* Placebo: 296,1 (29,1) Tratado ER 100: 272,1 (29,0) Tratado ER 200: 77,1,8 (29,1) Tratado ER 300: 337,2 (29,0) **Qualidade de vida:** *SF-36 - 0 a 100, melhor (SF): Least-Squares mean difference (erro padrão do modelo) entre baseline e 12 semanas* Componente Físico: Placebo: 20,3 (0,8) Tratado ER 100: 20,3 (0,8) Tratado ER 200: 20,3 (0,8) Tratado ER 300: 20,9 (0,6) Componente mental: Placebo: -1,0 (0,6) Tratado ER 100: -2,8 (0,6) Tratado ER 200: -3,1 (0,6) Tratado ER 300: -3,3 (0,6) **Avaliação global:** *Patient global assessment (0 - 100) Least-Squares mean difference (erro padrão do modelo) entre baseline e 12 semanas* Placebo: 28,2 (2,8) Tratado ER 100: 28,8 (2,0) Tratado ER 200: 20,6 (2,0) Tratado ER 300: 26,4 (2,0)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-tx	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						EA graves: Tramadol/APAP (n: 1 vs. Placebo: n: 0 **Abandono do tratamento** Tramadol/APAP: n=41 vs. Placebo: n=5 • Alívio insuficiente da dor: T: n = 1 vs. P: n=1 • Devido a EA[a]: Tramadol/APAP: n = 30 (10%) vs. Placebo: n = 2 (3%); p = 0,001 Náuseas (n: = 21), Tonturas (n: = 5), Vômitos (n: = 5), Dor abdominal (n= 2), Dor de cabeça (n: = 2), Anorexia (n: 1), Dor no peito (n: 1), Sonolência (n: 1) e Infecção respiratória superior (n: 1).
DeLemos RP, Xiang J, 2013[29] ECR multicêntrico Fase 3	Documentação de pelve ginecoide, confirmada radiologicamente, com dor moderada ou intensa (escala de 40 mm de 0-100). N= 1001	Placebo, n= 252 (um comprimido placebo e uma cápsula placebo uma vez ao dia Tramadol ER 300, n= 252 (um comprimido tramadol ER 100 mg, dois comprimidos placebo e uma cápsula placebo uma vez ao dia. Tramadol ER 200, n= 249 100 mg de tramadol ER pro dias um a quatro e 200 mg (dois comprimidos de tramadol ER, um comprimido placebo e uma cápsula placebo) depois disso	12 semanas	Os participantes foram tirados do medicamento analgésico, antes de serem submetidos a um período de washout de dois a seis dias antes da randomização do estudo	Algumas preocupações	**Intensidade da dor:** *TPI dentro de dor (0 -100) Least Square mean difference (erro padrão ajustado) entre baseline e 12 semanas* Placebo: 16,3 (1,3) Tramadol ER 100: 30,7 (1,3) Tramadol ER 200: 23,6 (1,3)* Tramadol ER 300: 25,7 (1,3)* *WOMAC dor (0 -100) Least Square mean difference (erro padrão ajustado) entre baseline e 12 semanas* Placebo: 34,9 (0,5) Tramadol ER 100: 32,5 (0,5) Tramadol ER 200: 30,4 (0,5) Tramadol ER 300: 137,8 (0,5) **Intercorrências:**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-cir	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
	dor≥ 4C NPC ou OA(ARI)			Hiperpotassemia, n (%) Tranexâmico/APAP: 197 (98,5) Placebo: 58 (99,1)		• Alívio da dor em 1 semana, média + (DP) escala de 0-3 pontos: Tranexâmico/APAP (n= 193): 1,04 (0,89) vs. Placebo (n =93): 0,78 (0,89) **Avaliação da função física (HAQ):** • Atividades diárias comuns: 1,75 (0,97) vs. 1,88 (0,94); p= 0,330 • Cuidar: 1,01 (0,95) vs. 1,16 (0,88) p= 0,204 • Andar: 0,77 (0,79) vs. 0,92 (0,75) p= 0,180 • Higiene: 0,95 (0,81) vs. 0,97 (0,87); p= 0,797 • Carregar e erguer: 1: 0,66 (0,78) vs P: 0,71 (0,68); p= 0,613 • Alcance: 1,05 (0,98) vs. 1,10 (0,88; p=0,73) • Agarrar: 0,8 (0,77) vs. 0,87 (0,81); p= 0,881 • Atuar: 1, 1,1 (0,97) vs. 1,36 (0,95); p= 0,882 **Avaliação geral pela EVA de 100 mm, média + (DP):** • Pacientes: Tranexâmico/APAP (n = 100): 0,59 (0,72) vs. Placebo [n=43]: 0,29 (0,77); p=0,006 • Investigadores: Tranexâmico/APAP: [n=100]: 0,58 (0,74) vs. Placebo [n=43]: 0,27 (0,68); p=0,009 **Incidência E.As:** N pacientes: 133. Tranexâmico/APAP: 57,8% vs. Placebo: 22,4%; p <0,001; 233 eventos relacionados a tranexâmico/APAP: náusea (34,3%), tontura (20,9%) e vômito (13,6%).

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pesado	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Placebo: 32,4 (-8,76 (escore médio inicial: 27,8 (-6,71) p: 0,256 • Resumo do componente mental - Escore (desvio médio - DP): Tramadol/APAP: 53,5 ± 10,09 (escore médio inicial: 52,6 ± 10,95) Placebo: 52,6 ± 13,02 (escore médio inicial: 51,6 ± 10,86) p= 0,575 **Incidência de EA:** • Sonolência: Tramadol/APAP: 10/153 (6,5%); Placebo: 1/153 (0,7%) • Náusea: Tramadol/APAP: 7/153 (4,6%); Placebo: 1/153 (0,7%) • Constipação: Tramadol/APAP: 5/153 (3,3%); Placebo: 0 • Fadiga: Tramadol/APAP: 4/153 (2,6%); Placebo: 0 • Vômito: Tramadol/APAP: 2/153 (1,3%); Placebo: 0 • Tontura: Tramadol/APAP: 1/153 (0,7%); Placebo: 2/153 (1,3%) **Abandono do tratamento:** Tramadol/APAP: 11,1% Placebo: 3,9% • Taxa de retenção: Tramadol/APAP: 13/153 (8,5%) vs. Placebo: 26/153 (17,0%); p=0,029
Lee et al., 2006[37] ECR, multicêntrico, duplo-cego, placebo-controlado	Indivíduos com AR sintomática há mais de 6 meses, pontuação > 40 mm no EVA, e que estavam em uso (...) 39	2 tramadol/APAP C: placebo	Três semanas	DMARD, (-0%); Tramadol/APAP: 100 (MD) Placebo: 01 (92,4)	Algumas preocupações	EVA escore de dor: • Intensidade da dor diária ao longo de 3 semanas, média ± (DP): Tramadol/APAP (n= 102): 47,25 (19,96) vs. Placebo (n= 65): 53,43 (14,38); p= 0,018

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Placebo: 4,2 ± 1,84 (escore médio inicial: 5,7 ± 1,56) p: 0,243 **WOMAC escore rigidez:** Escore final (média ± DP): Tratamento/APAP: 4,4 ± 2,85 (escore médio inicial: 6,8 ± 1,65) Placebo: 4,9 ± 1,92 (escore médio inicial: 6,3 ± 1,77) p=0,476 **WOMAC escore função física:** Escore final (média ± DP): Tratamento/APAP: 3,9 ± 1,84 (escore médio inicial: 5,6 ± 1,51) Placebo: 4,5 ± 1,86 (escore médio inicial: 5,9 ± 1,53) p=0,669 **Avaliação geral - Likert scale (média ± DP):** • Paciente: Tratamento/APAP: 0,5 ± 1,40 vs. Placebo: 0,4 ± 1,39; p: 0,016 • Investigador: Tratamento/APAP: 0,3 ± 1,07 vs. Placebo: 0,4 ± 1,18; p: 0,001 **Qualidade de vida - SF-36:** • Bem-estar social - Escore final (média ± DP): Tratamento/APAP: 48,8 ± 48,96 (escore médio inicial: 24,4 ± 32,73) Placebo: 50,6 ± 57,46 (escore médio inicial: 22,6 ± 32,73) p=0,010 • Resumo do componente físico - Escore final (média ± DP): Tratamento/APAP: 34,0 ± 18,33 (escore médio inicial: 28,4 ± 7,82)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						• Alta: Tramadol/LP 1,8% (2) vs. Placebo 0% (0) • Distúrbio: Tramadol/LP 0,9% (1) vs. Placebo 1,7% (2) **EA graves** Tramadol/LP n=1/57 vs. Placebo n=1 **Abandono do tratamento** Devido a EA: Tramadol/LP 2,1,6% (n=3/4) vs. Placebo 1,7% (n=2)
Ariday et al., 2004[14] RCB, multicêntrico, duplo-cego, placebo controlado	Indivíduos com DA de joelho/quadril sintomática há ≥1 mês, com dor moderada [pontuação EVA 2[0]-8[0] cm] apesar de tratamento com Celecoxibe (≥200 mg/dia) ou Meloxicam (≥15 mg/dia) por tratado ≥2 semanas N: 836	T: Tramadol/APAP n=355 C: Placebo n=352	13 semanas	Celecoxibe: 56,5%; Refecoxibe: 43,5%	Alguma preocupação	**EVA (0 a 100 mm) escore de dor:** • Escore final (média + DP): Tramadol/APAP: 41,5 mm + 26,00 (escore médio inicial: 69,0 mm + 12,52) Placebo: 48,3 mm + 26,63 (escore médio inicial: 68,5 mm + 13,17) p= 0,025 • Redução média: Tramadol/APAP: −27,5 mm Placebo: −21,2 mm • Redução categórica (≥30% na escala da dor): Tramadol/APAP: 59,5% vs. Placebo: 47,7% p = 0,029 **Pontuação Likert da dor (média + DP):** Tramadol/APAP: 2,9 + 1,16 Placebo: 3,4 + 1,21; p=0,002 **WOMAC escore dor:** Escore final (média + DP): Tramadol/APAP: 3,8 + 1,81 (escore médio inicial: 5,4 + 1,42)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Melhora em dois níveis: Tramadol LP 41,2% (n: 52) vs. placebo 30,4% (n: 34); p=0,001 Subgrupo [pacientes que não usaram medicamento de resgate] Tramadol LP: 48,0% (35/81)] vs. placebo: 46,3% (39/84); p=ns **Taxas de resgate e uso de medicamento de resgate** Respondedores: Tramadol LP: 61,7% [n=58] vs. placebo 30,8% [n=34]; p < 0,001 Respondedores que não tomaram medicamento de resgate: Tramadol LP 80,8% [n: 51] vs. placebo 36,6% [n =41]; p < 0,001 **Incidência EA:** N= 164, Tramadol LP: n=131 vs. Placebo n=33 EA relacionados ao tratamento: Tramadol LP: n=124 vs. Placebo n=28 Pacientes ≥1 EA: Tramadol LP: 65,0% (n=86) vs. Placebo: 49,3% (n=25); p=0,008 • Náusea: Tramadol LP 22,9% [25] vs Placebo 6,7% [2] • Vômito: Tramadol LP 17,1% [19] vs Placebo 0,0% [0] • Sonolência: Tramadol LP 11,7% [13] vs Placebo 0% [0] • Constipação: Tramadol LP 9,9% (11) vs. Placebo 1,7% (2) • Tontura: Tramadol LP 8,1% (9) vs. Placebo 1,7% (2) • Astenia: Tramadol LP 6,3% (7) vs. Placebo 0% (0) • Dor de cabeça: Tramadol LP 4,5% (5) vs. Placebo 3,4% (4) • Mal-estar: Tramadol LP 4,5% (5) vs. Placebo 0,8% (1) • Aumento do suor: Tramadol LP 2,7% (3) vs. Placebo 0% (0) • Sentimento de embriaguez: Tramadol LP 1,8% (2) vs. Placebo 0% (0) • Dor epigástrica: Tramadol LP 1,8% (2) vs. Placebo 0% (0)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						• Meta: Tramadol 4 R, 300 mg 0 X Tramadol 6R 200 mg 0 X Tramadol LR 300 mg 0 X Tramadol ER 400 mg 0 vs. placebo 0 **Abandono do tratamento:** Placebo: 58/285 [EA: n=21, falta eficácia: n=40, opção paciente: n=9, outros: n=18] Tramadol 4R: 404 mg: 62/285 [EA: n=29, falta eficácia: n=31, opção paciente: n=11, outros: n=31] Tramadol 6R: 200 mg: 49/285 [EA: n=48, falta eficácia: n=29, opção paciente: n=6, outros: n=16] Tramadol ER: 300 mg: 97/284 [EA: n=54, falta eficácia: n=18, opção paciente: n=14, outros: n=31] Tramadol ER: 400 mg: 99/285 [EA: n=68, falta eficácia: n=23, opção paciente: n=6, outros: n=6]
Malleiros e Coiffier, 2004[49] EUR parcial, multicêntrico, duplo-cego, placebo controlado	Pacientes entre 45 e 80 anos com OA de quadril (critério clínico, de ≥ 35 mm (EVA), descrevendo function (≥ 4) (Índice de Lequesne) e evolução dos sintomas há 6 meses, exigindo tratamento regular com analgésicos ou AINE (1 mês a >2a)	I: Tramadol LP N: 111 C: Placebo N: 119	14 dias	Analgésicos ou AINE	Alto risco de viés	**EVA (0 a 100 mm) escore de dor:** Redução média da intensidade: Tramadol LP: 24,3 mm vs. placebo: 15,5 mm (P = 0,018) **Função física - Lequesne Functional Discomfort Index:** No dia 7: Tramadol LP vs. placebo (P = 0,014) No dia 14: Tramadol LP vs. placebo (P: 'SS') **Avaliação global de eficácia** • Paciente: Melhora ao 14º dia: Tramadol LP: 77,6% (n=86) vs. Placebo: 50,8% (n=67); p=ns. Subgrupo [pacientes que não usam medicamento de resgate]: Tramadol LP: 80,2% (65/81) vs. placebo 58,0% (52/91); p: ns • Investigador:

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						21)Sonolência: 5/201 (2,4%) placebo X 17/202 (8,4%) 100 mg X 21/204 (10,4%) 200 mg X 16/201 (8,0%) 300 mg X 41/202 (20,3%); p<0.001 22)Dor de cabeça: 17/201 (8,5%) placebo X 29/202 (14,4%) 100 mg X 30/201 (14,9%) 200 mg X 21/201 (10,4%) 300 mg X 32/202 (15,8%); p=0.101 23)Tontura: 11/201 (5,5%) placebo X 18/202 (8,9%) 100 mg X 20/201 (10%) 200 mg X 10/201 (8,5%) 300 mg X 32/202 (15,8%); p: 0.013 24)Vertigem: 3/201 (1,5%) placebo X 12/202 (5,9%) 100 mg X 16/201 (8,0%) 200 mg X 13/201 (6,5%) 300 mg X 24/202 (11,9%); p: 0.000 25)Insônia: 7/201 (3,4%) placebo X 14/202 (7,0%) 100 mg X 13/201 (6,5%) 200 mg X 17/201 (8,5%) 300 mg X 23/202 (11,4%); p=0.002 26)Náusea: 6/201 (2,9%) placebo X 11/202 (5,4%) 100 mg X 15/201 (7,5%) 200 mg X 14/201 (7,0%) 300 mg X 19/202 (9,4%); p: 0.056 27)Boca seca: 2/201 (1,0%) placebo X 11/202 (5,4%) 100 mg X 13/201 (6,5%) 200 mg X 22/201 (10,9%) 300 mg X 18/202 (8,9%); p: 0.000 28)Fadiga: 2/201 (1,0%) placebo X 9/202 (4,5%) 100 mg X 11/201 (5,5%) 200 mg X 13/201 (6,5%) 300 mg X 15/202 (6,4%); p=0.050 EA graves N° 126 (11,5%) • 21 EA sérios (tontura) ER 100 mg 1,5% vs. tramadol ER 200 mg 2,0% vs. Tramadol ER 300 mg 3,5% vs. tramadol ER 400 mg 3,0% vs. placebo 1,8%

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Problemas de sono Melhora no Índice de Problemas do Sono (pbiii) – DIF, segundo categorias de melhora da dor: [illegible]

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Variação média dos Mínimos quadrados ± EP 10Pacientes Tratado ER 100 mg: 21,3 ± 1,9, p=ns vs. placebo Tratado ER 200 mg: 21,8 ± 2,0, p ≤ 0,05 vs. placebo Tratado ER 300 mg: 25,9 ± 2,0, p < 0,01 vs. placebo Tratado ER 400 mg: 20,8 ± 2,0, p=ns vs. placebo Placebo: 16,2 ± 1,9 11Médicos Tratado ER 100 mg: 22,9 ± 1,9, p ≤ 0,05 vs. placebo Tratado ER 200 mg: 22,4 ± 1,9, p ≤ 0,05 vs. placebo Tratado ER 300 mg: 23,8 ± 1,9, p ≤ 0,01 vs. placebo Tratado ER 400 mg: 22,9 ± 1,9, p ≤ 0,05 vs. placebo Placebo: 17,2 ± 1,9 **Qualidade de vida - SF-36 (0 a 100)** Variação média dos Mínimos quadrados ± EP 12Componente físico Tratado ER 100 mg: 3,6 ± 0,6 Tratado ER 200 mg: 3,9 ± 0,6 Tratado ER 300 mg: 3,6 ± 0,6 Tratado ER 400 mg: 3,2 ± 0,6 Placebo: 2,4 ± 0,6 p geral=0,003 13Componente mental Tratado ER 100 mg: 1,1 ± 0,8 Tratado ER 200 mg: 0,9 ± 0,8 Tratado ER 300 mg: -0,5 ± 0,8 Tratado ER 400 mg: -0,9 ± 0,8 Placebo: -0,3 ± 0,8 p geral=0,180

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral Bath 2.0	Principais resultados
						Tramadol ER 200 mg: 111,5 ± 8,7, p ≤ 0,01 vs. placebo Tramadol ER 300 mg: 105,5 ± 8,7, p ≤ 0,05 vs. placebo Tramadol ER 400 mg: 107,8 ± 8,7, p ≤ 0,01 vs. Placebo Placebo: 74,2 ± 8,8 **Arthritis pain intensity - Ambi joint (0 a 100).** Variação média dos Mínimos quadrados ± EP. Tramadol ER 100 mg: 27,8 ± 2,1, p < 0,01 vs. Placebo Tramadol ER 200 mg: 29,9 ± 2,1, p ≤ 0,01 vs. placebo Tramadol ER 300 mg: 30,21 ± 2,1, p ≤ 0,01 vs. placebo Tramadol ER 400 mg: 29,8 ± 2,1, p ≤ 0,01 vs. Placebo Placebo: 20,2 ± 2,9 **WOMAC scores rigidez (0 a 100)** Variação média dos Mínimos quadrados ± EP. Tramadol ER 100 mg: 41,0 ± 3,8, p ≤ 0,05 vs. placebo Tramadol ER 200 mg: 46,0 ± 3,8, p ≤ 0,01 vs. placebo Tramadol ER 300 mg: 49,0 ± 3,8, p ≤ 0,01 vs. placebo Tramadol ER 400 mg: 45,0 ± 3,8, p ≤ 0,05 vs. Placebo Placebo: 32,2 ± 3,7 **WOMAC scores função física (0 a 1700)** Variação média dos Mínimos quadrados ± EP. Tramadol ER 100 mg: 331,7 ± 28,5, p ≤ 0,05 vs. placebo Tramadol ER 200 mg: 356,2 ± 29,0, p ≤ 0,01 vs. placebo Tramadol ER 300 mg: 386,1 ± 28,8, p ≤ 0,01 vs. placebo Tramadol ER 400 mg: 359,0 ± 28,8, p ≤ 0,01 vs. Placebo Placebo: 254,3 ± 28,1 **Avaliação geral da atividade da doença (0 a 100)**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pivotal	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						• Falta de efic[illegible]: Tramadol: n 26 (41,3%) vs. placebo: n 40 (65,2%) • Opção de parada: Tramadol: n=43 vs. placebo: n=31
Gana et al., 2010[17] e Kivitz et al., 2007[18] DCR, duplo-cego, paralelo, placebo-controlado (1 estudo, 2 publicações)	Adultos entre 35 e 74 anos com OA de joelho (grau[illegible], clínica bilateral (DE com dor de intensidade > 40 mm/100 VAS após washout: 1 a 7 dias) em uso de paracetamol. Alívio: os episódio nos últimos 7[illegible] a 90 dias N=1020 [illegible] tratamento [illegible] dois dos tratamentos.	1: Tramadol ER 100 mg: n: 202; Tramadol ER 200 mg, n=201; Tramadol ER 300 mg, n=201; Tramadol ER 400 mg, n=[illegible] C: placebo n: 205	12 semanas	Paracetamol, AINH, opioide (ou qualquer combinação destes agentes)	Algumas preocupações	**EVA (0 a 100) escore de dor** • Alteração escore de dor, Média ± DP: Tramadol ER 100 mg: -[illegible]; p < 0,05 vs placebo Tramadol ER 200 mg: -[illegible]; p < 0,05 vs placebo Tramadol ER 300 mg: -[illegible]; p < 0,05 vs placebo Tramadol ER 400 mg: -[illegible]; p < 0,05 vs placebo Tramadol ER (todas as doses): -[illegible]; p < 0,01 vs placebo Placebo: -21,5 ± 27,6 • Razão (Tramadol ER/placebo): Tramadol ER 100 mg: 1,49 Tramadol ER 200 mg: 1,46 Tramadol ER 300 mg: 1,43 Tramadol ER 400 mg: 1,38 Tramadol ER (todas as doses): 1,41 • Redução alguma [illegible] ≥ 30%, n (%), OR vs. placebo: Tramadol ER 100 mg: 113 (55,9); p < 0,05 vs placebo; OR 1,67 Tramadol ER 200 mg: 115 (57,5); p < 0,05 vs placebo; OR 1,99 Tramadol ER 300 mg: 121 (60,2); p < 0,05 vs placebo; OR 2,22 Tramadol ER 400 mg: 110 (54,7); p < 0,05 vs placebo; OR 1,76 Tramadol ER (todas doses): 499 (57,1); p < 0,05 vs placebo; OR 1,95 Placebo: 83 (40,5) **[illegible] escore dor (0 a 100)** Variação média dos Mínimos quadrados = 8,8 Tramadol OR 100 mg: -[illegible]; p < 0,01 vs. Placebo

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pulvio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Média do escore final ± DP: Tratado: 3.92 ± 2.12 vs. Placebo: 4.88 ± 2.54; p: 0.412 **HAM-D: escore regular** Média do escore final ± DP: Tratado: 4.79 ± 2.24 vs. Placebo: 5.55 ± 2.43; p=0.824 **HAM-D: escore Ponto Extra** Média do escore final ± DP: Tratado: 4.19 ± 2.66 X Placebo: 4.82 ± 2.29; p: 0.815 **Avaliação geral** Média do escore final ± DP: • Paciente: Tratado: 8.19 ± 1.41 vs. Placebo: - 8.94 ± 1.30; p=0.036 • Investigador: 0.35 ± 1.69 vs. Placebo: -6.42 ± 1.32; p=0.001 **Incidência de EA:** • Náusea: Tratado: 1 (4.6) (7.5%) vs. Placebo 2 (6) (3.9%) • Constipação: Tratado: 0 (0) (12.7%) vs. Placebo 0 • Tontura: Tratado: 0 (0) (9.5%) vs. Placebo: 2 (6) (5.8%) • Prurido: Tratado: 1 (4.6) (8.3%) vs. Placebo 0 • Dor de cabeça: Tratado: 5 (4.6) (7.3%) vs. Placebo 0 EA graves: Tratado: n=4 X Placebo: n=2 **Abandono do tratamento:** • Devido a EA: Tratado: n: 16 vs. placebo: n: 19

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-cir	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
	extração ≥ 2 pontos na escala N=446					**Incidência de EA:** • Náusea: Tramadol Contramal® OAD 46/432 (10,7%); Placebo 12/214 (5,6%) • Constipação: Tramadol Contramal® OAD 61/432 (14,1%); Placebo 9/214 (4,2%) • Tontura/Vertigem: Tramadol Contramal® OAD 22/432 (5,1%); Placebo 6/214 (2,8%) • Sonolência: Tramadol Contramal OAD 29/432 (6,7%); Placebo 8/214 (3,7%) **EA graves:** N = 11 Tramadol/Contramal® OAD: n=10 3 EA possivelmente relacionados ao tratamento e 7 EA não relacionados Placebo: n = 1 (EA não relacionado)
Thakurdesai et al., 2004 [19] ECR duplo-cego, placebo-controlado Contexto: ambulatorial	Pacientes entre 18 e 75 anos com DA de joelho sintomática, há ≥1 ano, com dor moderada (intensidade ≥ 2, numa escala de 4 pontos), que tomam AINE pco < três meses e sofreram ato hoc condição de saúde N=128	E: Tramadol (200 a 400 mg/dia) N: 63 C: Placebo N: 66	13 semanas	Analgésicos Houve uma fase de washout pós-cir de 10 dias	Alguma preocupação	**Pontuação Likert da dor:** • Intensidade média da escore final + DP): Tramadol: 2.18 + 1.06 (escore inicial: 2.71 + 0.63); redução: 19% Placebo: 2.46 ± 1.33; p=0.002 (escore inicial: 2.85 ± 0.68) P = 0.665 • Alívio da dor (média do escore final ± DP): Tramadol: 0.43 ± 1.72 Placebo: -0.57 ± 1.92 p: 0.010 **WOMAC escore dor**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Qualidade do sono - Descritivo de Sono da Dor Crônica (CPSS): Variação média dos Mínimos quadrados (erro) Tramadol ER: -11,8 (valor de Anselmo: 45,5) Placebo: 8,4 (valor de Anselmo: 46,0) **Incidência de RA:** Tramadol ER: 59,6% vs. Placebo: 61,9%, p=0,611 • Tontura: tramadol ER: 15%; placebo 12% • Náusea: tramadol ER: 2,4%; placebo 8% • Constipação: tramadol ER 26%; placebo 6% • Cefaleia: tramadol ER: 17%; placebo 16% • Sonolência: tramadol ER: 8%; placebo 2% • Vômitos: tramadol ER: 7%; placebo 0% • Prurido: tramadol ER: 7%; placebo 2% • Tropeço: tramadol ER 3%; placebo 0% • Sudorese: tramadol: tramadol: ER 4%; placebo 0% • Dispepsia: tramadol ER 2%; placebo 3% • Dor nas costas: tramadol ER: 3%; placebo 3% • Diarreia: tramadol ER 10%; placebo 4%
Bandt et al., 2007[37] ECR multicêntrico, pareado, duplo-cego*	Adultos entre 40 e 80 anos com dor devido à OA do joelho, em uso fixo de 30 dias de AINE ou tramadol, com pontuação WOMAC 3 ou 4 após washout dos fármacos anteriores	1. Tramadol Contramid OAD (entre 100 e 300 mg) N=432 C: placebo N=214	12 semanas	Analgésicos, anti-inflamatórios e medicamentos para tratar distúrbios cardíacos, tomados por pacientes que ingressaram no estudo	Alguma preocupação	**Escala Numérica de Dor (ANS):** Redução da dor (melhora média absoluta) Tramadol Contramid® OAD: 3,03 (...3,12) [IC95%: 2,92; 3,24] Placebo: 2,29 (...1,97) [IC95%: 2,02; 2,57] Redução média absoluta entre os grupos: -0,70 [IC95%: -1,02; -3,39] P<0,001 **Impressão Global de Melhora segundo o Médico** Tramadol Contramid® OAD: 80% vs. placebo: 69%, P [illegible]

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Padrão	Avaliação geral Rolfi 2.0	Principais resultados
						Morfina LP (unimodal): 27/75 Morfina LP (mista): 53/75 Morfina LC: 28/76 Placebo: 29/75 • Devido a EA: Morfina LP (unimodal): n=17; Morfina LP (mista): n=18; Morfina LC: n=16; Placebo: n=5 • Falta de eficácia: Morfina LP (unimodal): n=9; Morfina LP (mista): n=12; Morfina LC: n=8; Placebo: n=14 • Outros motivos: Morfina LP (unimodal): n=1; Morfina LP (mista): n=3; Morfina LC: n=2; Placebo: n=4
Mahal et al., 2004[43] ECR paralelo, duplo-cego, placebo controlado	Adultos (>50 anos, com DA/ pós-mastectomia/ pós-cirurgia, dores funcional (>4/10, e pontuação EVA: ≥ 40 mm *index joint* 30+3.0)	T: Duloxetina (DLX) (cápsula 30 mg) n: 119 C: Placebo n: 122	12 semanas	N/R	Após teste de Hotelling	**WOMAC escore dor (0 a 500):** Variação média dos Mínimos quadrados (erro): Duloxetina (DLX): 128,1 (valor de baseline: 334,5) Placebo: 95,0 (valor de baseline: 336,5) **WOMAC escore rigidez (0 a 100):** Variação média dos Mínimos quadrados (erro): Duloxetina (DLX): 46,9 (valor de baseline: 142,9) Placebo: 27,3 (valor de baseline: 141,5) **WOMAC escore função física (0 a 1700):** Variação média dos Mínimos quadrados (erro): Duloxetina (DLX): 407,8 (valor de baseline: 1158,7) Placebo: 288,5 (valor de baseline: 1141,1) **Avaliação geral pelo paciente – *Patient global assessment* (0 a 100):** Variação média dos Mínimos quadrados (erro): Duloxetina (DLX): 20,2 (valor de baseline: 71,8) Placebo: 14,1 (valor de baseline: 71,3)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Incidência de EA: N 197, 67% dos sujeitos experimentaram ao menos um EA • Constipação: Morfina LP (mediana 36/73) [49%]; Morfina LP (outra 29/73) [40%]; Morfina LC 22/76 [29%]; Placebo 3/73 [4%] • Náusea: Morfina LP (mediana 15/73) [21%]; Morfina LP (outra 23/73) [32%]; Morfina LC 20/76 [26%]; Placebo 7/73 [10%] • Sonolência: Morfina LP (mediana 12/73) [16%]; Morfina LP (outra 9/73) [12%]; Morfina LP 9/76 [12%]; Placebo 0/73 [0%] • Tontura: Morfina LP (mediana 7/73) [10%]; Morfina LP (outra 7/73) [10%]; Morfina LC 8/76 [12%]; Placebo 1/73 [1%] • Vômito: Morfina LP (mediana 4/73) [6%]; Morfina LP (outra 12/73) [16%]; Morfina LC 6/76 [8%]; Placebo 0/73 [1%] • Dor de cabeça: Morfina LP (mediana 4/73 [6%]; Morfina LP (outra 3/73 [4%]; Morfina LC 5/76 [7%]; Placebo 4/73 [6%] • Prurido: Morfina LP (mediana 4/73 [6%]; Morfina LP (outra 7/73 [10%]; Morfina LC 2/76 [3%]; Placebo 0/73 [0%] • Anorexia: Morfina LP (mediana 1/73 [1%]; Morfina LP (outra 4/73 [5%]; Morfina LC 2/76 [3%]; Placebo 0/73 [0%] • Boca seca: Morfina LP (mediana 4/73 [6%]; Morfina LP (outra 3/73 [4%]; Morfina LC 2/76 [3%]; Placebo 1/73 [1%] • Dor: Morfina LP (mediana 2/73 [3%]; Morfina LP (outra 3/73 [4%]; Morfina LC 4/76 [5%]; Placebo 1/73 [1%] • Diarreia: Morfina LP (mediana 0/73 [0%]; Morfina LP (outra 3/73 [4%]; Morfina LC 1/76 [1%]; Placebo 0/73 [0%] **Abandono do tratamento:**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Caldwell et al., 2002 [4] [ECR multicêntrico, paralelo, duplo-cego, dentro-dummy, placebo-controlado]	Pacientes ≥ 40 anos, com dor crônica por osteoartrite quadril e grave (EVA ≥ 40 em escala 100) que não obtiveram alívio adequado da dor com AINE e paracetamol N: 216	3 Morfina LP Morfina LP 1x/dia modal: n: 75 Morfina LP 1x/dia outro: n: 71 C: Morfina LC e Placebo Morfina LC 2x/dia: n=76 Placebo 2x/dia: n=73	Quatro semanas	~42% do amostra (n ~ 134) já havia sido tratada anteriormente com opioides	Alto risco de viés	**WOMAC (0-4 Index Pain (mínimos quadrados ± EP):** Redução da dor em relação ao basal/ou: Morfina LP contínl: -19,3 ± 4,3; 17% [p=0,89 vs. placebo] Morfina LP outro: -22,2 ± 4,3; 20% [p=0,09 vs. placebo] Morfina LC: -28,5 ± 4,3; 16% [p=0,05 vs. placebo] Placebo: -6,98 ± 4,4; 4% **Overall Arthritis Pain Intensity (mínimos quadrados ± EP):** Redução da dor em relação ao basal/ou: Morfina LP contínl: -26,7 ± 3,5; 28% [p = ns vs. placebo] Morfina LP outro: -22,8 ± 3,5; 22% [p = ns vs. placebo] Morfina LC: -23,1 ± 3,5; 22% [p = ns vs. placebo] Placebo: -14,6 ± 3,5; 14% **WOMAC escore rigidez** Alteração/Melhora em relação ao basal/ou (média ± EP): Morfina LP contínl: -23,6 ± 3,58 Morfina LP outro: -25,9 ± 3,87 Morfina LC: -28,5 ± 5,56 Placebo: -15,7 ± 4,05 p = ns vrs ao placebo **WOMAC escore função física** Alteração/Melhora em relação ao basal/ou (média ± EP): Morfina LP contínl: -287 ± 49,7; 18% Morfina LP outro: -284 ± 42,6; 19% Morfina LC: -181 ± 40,1; 14% Placebo: -90,7 ± 43,0; 8% p = ns vrs ao placebo

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-Lis	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Tramadol 1: 147; 3,9 (1,8); Placebo n : 110; 4,1 (2,0); p=0,05 **Qualidade de Vida: Short Form-12 (SF-12)** escore (DP); p Não houve diferença entre os grupos, p >0,05 **Segurança** Incidência geral do EA: n (%) Tramadol: OR (p=0,01 IC) 65,5% Vs. Placebo (p=0,06 IC) 35,6% Nenhum evento adverso sério relacionado ao tramadol EA EA mais comuns Náusea Placebo: 3 (2,5), Tramadol: 22 (10,0); p = 0,001 Tontura Placebo: 20 (17,2), Tramadol: 7 (0,0); p = 0,000 Fadiga Placebo: 3 (2,5), Tramadol: 7 (6,0); p = 0,85 Vômito Placebo: 1 (0,8), Tramadol: 13 (11,2); p = 0,000 Desconforto abdominal Placebo: 0 (0,0), Tramadol: 9 (4,5); p = 0,85 Constipação Placebo: 3 (2,5), Tramadol: 5 (4,3); p = 0,05 Ao menos hepático encontrado Placebo:2 5 (4,2), Tramadol: 0 (-); p = 0,024 Dispnéia Placebo: 0 (-), Tramadol: 4 (3,4); p = 0,043 Dor de cabeça Placebo: 2 (1,7), Tramadol: 4 (3,4); p = 0,05 Diaforese Placebo: 1 (0,8), Tramadol: 3 (2,6); p = 0,05 Perda de eficácia Placebo: 1 (0,8), Tramadol: 8 (-); p = 0,05 Boca seca (Placebo: 2 (1,7), Tramadol: 2 (1,7); p >0,05 Descontinuação do tratamento devido a um evento adverso n(%) Tramadol 0.8 (p: 221 (6) 10,0% Vs. Placebo (p: 14/120) 11,7%
Observação						

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-tx	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Schnitzer TJ, Ury WA, Perez RZ, Ramos IM. 2000[11] ECR multicêntrico Tarja 3 (conclusões discrep.)	Dor lombar crônica grave o suficiente para necessitar de medicamentos por mais de três meses. N=356	Comprimido de tramadol (50 mg) (200 a 400 mg/dia) n= 127 Placebo (comprimido 200 -400 mg) n= 127 *A dose de ambos os grupos podia variar até 8 comprimidos ao dia.	Quatro semanas	Participantes Escore qualidade de vida inicial abertos de acidente. Pontos excluídos antes da randomização, pacientes que Usavam SAIs gástricos ou qualquer medicamento do mesmo.	Alto risco	**Intensidade da dor:** EMD (0 a 10) e média (DP) p Tramadol (n=127: 3,5 (2,8) Placebo: n=127: 5,1 (3,0); p ≤ 0,001 Mann-U, p p <0,001 **Incapacidade:** Roland-morris e média (DP), p Tramadol (n=127: 8,8 (6,2) Placebo (n=127: 10,2 (6,2); p ≤ 0,001 **Segurança** Cinco dos 127 pacientes tratados com tramadol (-6/127 pacientes tratados com placebo descontinuaram o tratamento devido a falta de alívio da dor devido a um evento adverso. Vômito: tramadol: 11/127; Placebo: 3/127 Colírio: tramadol 6/127; Placebo: 4/127
Oberall MA, Mueller-Schwefe GH, Serbang B. 2012[9] ECR multicêntrico Tarja 3	Dor lombar crônica moderada a grave (>EMD qual os sujeitos e quatro pontos, variando de 0 a 10). N=663	Comprimido de Tramadol ER (OR, 200 mg; AUC 96EA002, Labatec) n= 118 Placebo (comprimido) n= 122 *A dose do sábado ou grupo foi de uma vez ao dia, à noite.	Quatro semanas	Participantes que foram tão de medicamentos para dor, porque estavam insatisfeitos com o tratamento e descontinuaram todos os medicamentos antes da randomização.	Algumas preocupações	**Intensidade da dor:** Escala Numérica de Dor (END variando de 0 a 10) média (DP), p Tramadol (OR (n= 107): 3,9 (2,0) Placebo (n= 130): 4,3 (2,0); p=0,09 Redução categórica da dor ≥ 30%: n(%) Tramadol 52 (+9,0) e Placebo 57 (51,0); p=0,65 Redução categórica da dor ≥ 50%: n(%) Tramadol 35 (32,7); Placebo 34 (32,7); p= 0,998 **Incapacidade sonda (DP); p**

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-cir	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Tramadol/paracetamol (n=145): 57,2 (10,5) Placebo (n=145): 58,7 (10,4); p=0,161 *Componente mental* Tramadol/paracetamol (n=145): 51,5 (9,9) Placebo (n=145): 49,2 (10,4); p=0,060 **Segurança** Incidência geral de EA: n (%) Tramadol/paracetamol: 111 (69,8%) Placebo: 73 (46,5%) Sintoma evento adverso alvo relacionado ao tramadol/paracetamol Três mais comuns: Náusea: tramadol/paracetamol 21 (13,8); placebo 5 (3,2); p=0,008 Sonolência: tramadol/paracetamol 20 (13,2); placebo 2 (1,3); p<0,001 Constipação: tramadol/paracetamol 10 (11,2); placebo 8 (5,1); p=0,61 Dor de cabeça: tramadol/paracetamol 14 (8,7); placebo 6 (3,8); p=0,08 Boca seca: tramadol/paracetamol 23 (8,1); placebo 1 (0,6); p<0,001 Tontura: tramadol/paracetamol 12 (7,5); placebo 3 (1, 9); p=0,02 Vomito: tramadol/paracetamol 11 (6,8); placebo 2 (1,3); p=0,01 Fadiga: tramadol/paracetamol 11 (6,9); placebo 4 (2,6); p=0,06 Interrupção do tratamento: tramadol/paracetamol 9 (5,6); placebo 12 (7,8); p=0,42 Sonolência: tramadol/paracetamol 8 (5,0); placebo 5 (3,2); p=0,40

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-cx	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Segurança Descontinuação do tratamento devido a um evento adverso Tramadol/paracetamol: 47 (30,1%) Placebo: 13 (7,7%) Efeitos comuns n (%): Náusea: tramadol/paracetamol 12%; placebo 1,8% Tontura: tramadol/paracetamol 10,8%; placebo 0,6% Constipação: tramadol/paracetamol 10,2%; placebo 1,2% Sonolência: tramadol/paracetamol 9%; placebo 1,8% Cefaleia: tramadol/paracetamol 6,8%; placebo 4,1% Boca Seca: tramadol/paracetamol 6,8%; placebo 8% Vômito: tramadol/paracetamol 6,0%; placebo 0% Não houve evento adverso grave.
Reid, O. L. and Rosenthal, N. 2010[3] EUA multicêntrico Fase 3	Dor lombar crônica de moderada a grave (EVA igual ou superior a 40 mm); sujeitos de ambos n=322	Comprimido de tramadol 37,5 mg / paracetamol 325 mg n = 161 Placebo comprimidos n=157 *A cheia do autor ao grupo podia variar de uso e não comprimidos ao dia.	13 semanas	Participantes que fizeram uso de medicamentos diferentes dos permitidos pelo menos (ao menos, poderia descontinuação ou medicamento antes do fim de titulação do estudo.	Alto risco	**Intensidade da dor:** EVA 0-100 (3 meses) média (DP), p Tramadol/paracetamol (n= 161): 44,4 (14,5) Placebo (n= 157): 50,3 (14,9), p= 0,015 Short-form McGill (3 meses) média (DP); p Tramadol/paracetamol (n=121): 11,6 (10,3) Placebo (n=142): 13,3 (10,6); p= 0,021 **Incapacidade: Roland morris (3 meses) média (DP); p** Tramadol/paracetamol (n=121): 10,7 (6,3) Placebo (n=140): 13,0 (6,3); p= 0,023 **Qualidade de vida: SF-36 (3 meses) média (DP); p** Componente físico

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Pós-cirúrgico	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Constipação: tramadol 1 (1%) paracetamol 11 (8,4%) Vômitos: tramadol 10 (7%) paracetamol 4 (3,0%) Prurido: tramadol 20 (14%) paracetamol 15 (11%) Sonolência: tramadol 12 (8%) paracetamol 6 (4,5%)
Pelosi, P. M. and Ferrão, L. 2004[12] CCTR randomizados Fase 3	Dor intensa crônica de cavidade e grave (EVA igual ou superior a 10,0 cm) n=100	Comprimido de tramadol 37,5 mg / paracetamol 325 mg (n=120 Placebo (comprimido) (n=120 *A dose do autor ao grupo pode variar de três a cinco comprimidos ao dia.	91 dias	Participantes que fizeram uso de medicamentos diários para dor, por pelo menos três meses, podem descontinuar todos os medicamentos antes da randomização.	Alto risco	**Intensidade da dor:** [illegible] **Incapacidade: Roland Morris (RMDQ) 0 a 24) 3 meses, média (DP); p** [illegible] **Qualidade de Vida: SF-36 0-100 (3 meses) média (DP); p** Componente Físico: [illegible] Componente mental: [illegible]

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
						Viabilidade: Tratado/ER/paracetamol: 11,14 (20,55), Placebo 5,02 (18,94); p= 0,0524 Desempenho social: Tratado/ER/paracetamol: 11,75 (25,78), Placebo 6,01 (20,00); p= 0,115 Papel : emocional: Tratado/ER/paracetamol: 9,11 (28,04), Placebo/7,37 (26,25); p= 0,7190 Saúde mental: Tratado/ER/paracetamol: 20,48 (27,28); Placebo/18,39 (24,61); p 0,7776 Dimensão de saúde relatada: Tratado/ER/paracetamol: 13,07 (25,59), Placebo - 6,98 (20,19); p= 0,004 **Segurança** n (%) Incidência geral de AA Tratado/ paracetamol: 104 (63,2%) Placebo: 85 (94,2%) Eventos eram: adverso: ativo relacionado ao tratado / paracetamol AA mais comuns: Náusea: tratado/ER/paracetamol: 36,8%; placebo: 0,0% Cansaço: tratado/ER/paracetamol: 28,8%; placebo: 8,3% Dispepsia: tratado/ER/paracetamol: 10,4%; placebo: 0,0% Cefaleia: tratado/ER/paracetamol: 8,8%; placebo: 5%

Quadro AP - Caracterização dos estudos selecionados da dor musculoesquelética crônica

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Tratamento Prévio	Avaliação geral RoB 2.0	Principais resultados
Dor Lombar:						
Hagen et al., 2017[27] ECR multicêntrico Tipo 3	Dor lombar moderada a grave (EVA, igual ou superior a 4,0 cm), sujeitos de ambos n = 240	Complicado de cuidado de Ilustração prolongada 75 mg/paracetamol 650 mg) n= 125 Placebo (comprimidos) n = 120 *A dose de todos os grupos podia variar de um a quatro comprimidos por dia	21 dias	AINE de uso contínuo por pelo menos três meses Sete dias antes da administração do medicamento do estudo, a dose de AINE deveria estar estável e foi mantida durante o período do estudo.	Alto risco	**Intensidade da dor: Redução categórica ≥ 30%; n(%)** ITT/População Tratado/ITR/paracetamol: 95 [57,7%] Placebo: 59 [41,1%]; p=0,057 Per protocol/população Tratado/ITR/paracetamol: 46 [65,0%] Placebo: 39 [44,9%]; p =0,057 **Incapacidade: Known Obesity Disability Index (KODI): mudança de média (DP)** Tratado/ITR/paracetamol (n=63): 11,22 (11,86) Placebo (n= 67): 7,16 (11,86); p=0,0527 **Qualidade de vida: Known Short Form 36 (KASF-36) mudança de média (DP):** Envolvimento social: Tratado/ITR/paracetamol: 9,82 (30,38); Placebo:6,87 (15,98); p= 0,3524 Função física: Tratado/ITR/paracetamol: 16,69 (25,18); Placebo: 8,69 (22,62); p = 0,0224 Dor corporal: Tratado/ITR/paracetamol: 19,59 (30,99); Placebo:17,08 (14,84); p = 0,5732 Saúde geral: Tratado/ITR/paracetamol: 7,58 (34,31); Placebo:2,77 (32,58); p= 0,0199

Foram encontrados 10.980 registros nas plataformas de busca (2.057, no MEDLINE e 8.923, no EMBASE). Após a remoção de duplicatas, 9.947 registros foram triados. Na fase seguinte, 126 textos completos foram avaliados para elegibilidade. Ao final, 24 artigos foram incluídos na revisão, sendo que dois se referiam ao mesmo estudo, totalizando 23 estudos (**Figura BV**).

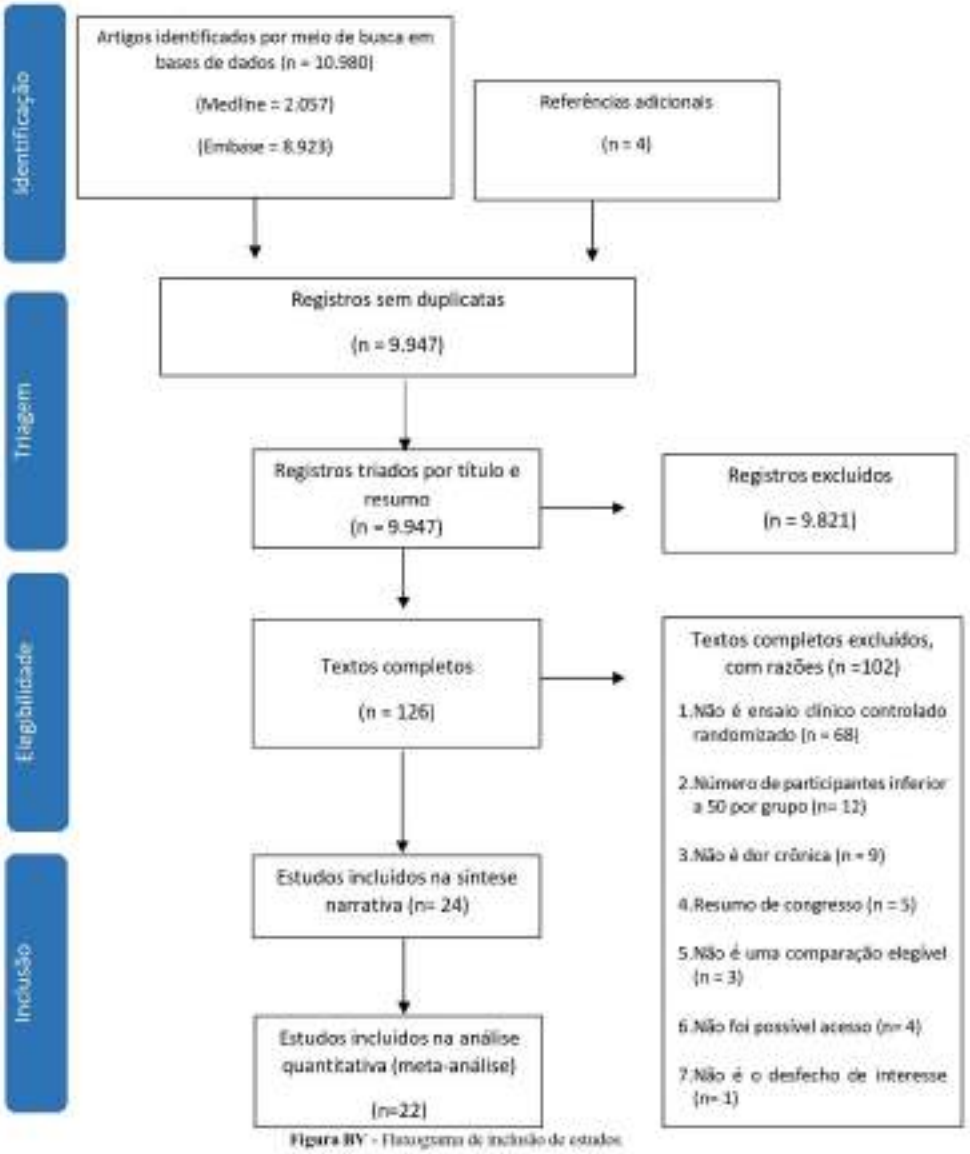


Figura BV - Fluxograma de inclusão de estudos.

C) Descrição dos estudos e resultados

As características de cada estudo estão detalhadas nas sessões abaixo e apresentadas nos quadros, estratificados pelo tipo de dor: **Quadro AP a Quadro AS**.

Bases de dados	Estratégia de Busca	Número de Resultados
	OR 'tramabeta' OR 'tramadin' OR 'tramadoc' OR 'tramadol hydrochloride' OR 'trasedal' OR 'ultram' OR 'zymal 50' OR 'zumadol' OR 'zumalgic' OR 'zydol' OR 'tramadolor' OR 'tramahexa' OR 'tramagetic' OR 'tramagil' OR 'tramake' OR 'tramal' OR 'tramex' OR 'adolonta' OR 'contramal' OR 'amadol' #4: 'cancer pain'/exp OR 'malignant pain' OR 'cancer-associated pain' OR 'neoplasm-related pain' OR 'neoplasm related pain' OR 'oncological pain' OR 'tumor-related pain' OR 'tumor-associated pain' OR 'oncology pain' OR 'cancer-related pain' OR 'neoplasm-associated pain' OR 'nociceptive pain'/exp OR 'somatic pain'/exp OR 'nociplastic pain' OR 'neuropathic pain'/exp OR 'pain, neuropathic' OR 'neuralgia*' OR 'neuropathic pain*' OR 'fibromyalgia'/exp OR 'fibrositis nodule' OR 'fibrositis' OR 'fibrositis syndrome' OR 'myalgia, fibro' OR 'fibromyalgia*' OR 'osteoarthritis'/exp OR osteoarthritis OR osteoarthritides OR osteoarthros* OR 'degenerative arthritides' OR 'degenerative arthritis' OR 'osteoarthrosis deformans' OR 'musculoskeletal pain'/exp OR 'locomotor pain' OR 'pain, musculoskeletal' OR 'chronic pain'/exp OR 'chronic intractable pain' OR 'chronic pain' OR 'chronic pain*' OR 'widespread chronic pain*' OR 'widespread pain*' Data de acesso: 12/12/2019	
Total		**10.980**

B) Seleção dos estudos

Questão 6. Tramadol para o tratamento da dor crônica[109, 110]

Pergunta de pesquisa: Qual a eficácia e a segurança do tramadol em pacientes com dor crônica, quando comparado a codeína ou morfina em baixa dose (até 30 mg/dia)?

A estrutura PICO para esta pergunta foi:
População (P): pacientes com dor crônica de qualquer origem.
Intervenção (I): cloridrato de tramadol (monoterapia ou associado).
Comparador (C): codeína (monoterapia ou associado), à morfina em baixa dose (até 30 mg/dia) ou ao placebo.
Desfechos (O): Primários: dor, incapacidade e qualidade de vida e incidência de eventos adversos gerais; Secundários: rigidez, redução categórica da dor, qualidade do sono e qualidade geral e incidência de eventos adversos específicos.

A) Estratégia de busca

As estratégias de busca foram realizadas nas bases de dados Medline (PubMed) e Embase (**Quadro AO**). Após a busca, foi realizada uma validação na base de dados Epistemonikos e realizada uma busca manual nas listas de referências dos artigos incluídos e das revisões sistemáticas supracitadas, visando a recuperar o maior número de estudos possíveis.

Quadro AO - Estratégias de busca de evidências em base de dados, realizadas no dia 12/12/2019.

Bases de dados	Estratégia de Busca	Número de Resultados
MEDLINE via Pubmed	((((("Cancer Pain"[Mesh] OR Cancer Pain* OR Cancer-Associated Pain OR Neoplasm-Related Pain OR Neoplasm Related Pain OR Oncological Pain OR Tumor-Related Pain OR Tumor-Associated Pain OR Oncology Pain OR Cancer-Related Pain OR Neoplasm-Associated Pain)) OR (((((((mixed pain) OR nociplastic pain) OR ("Nociceptive Pain"[Mesh] OR Nociceptive Pain* OR Tissue Pain* OR Somatic Pain*)) OR ("Fibromyalgia"[Mesh] OR Fibromyalgia* OR Muscular Rheumatism OR Fibrositis OR Fibrosítides)) OR ("Neuralgia"[Mesh] OR Neuralgia* OR Neuropathic Pain* OR Neurodynia* OR Atypical Neuralgia* OR Paroxysmal Nerve Pain OR Nerve Pain*)) OR ("Chronic Pain"[Mesh] OR Chronic Pain* OR Widespread Chronic Pain* OR Widespread Pain*)) OR ("Osteoarthritis"[Mesh] OR Osteoarthritis OR Osteoarthritides OR Osteoarthros* OR Degenerative Arthritides OR Degenerative Arthritis OR Osteoarthrosis Deformans)))) AND ((((("Tramadol"[Mesh] OR Tramadol OR Tramadin OR Biodalgic OR Jutadol OR K-315 OR MTW-Tramadol OR Nobligan OR Prontofort OR Zytram OR Takadol OR Theradol OR Tiral OR Tramadol Lindo OR Topalgic OR Tradol OR Tradol-Puren OR Tradonal OR Tralgiol OR Trama AbZ OR Trama KD OR Trama-Dorsch OR Biokanol Tramabeta OR Tramadin OR Tramadol-ratiopharm OR 2057 Tramudor OR Tramadol OR Tramadol Hydrochloride OR Tasedal OR Ultram OR Tramadol Heumann OR Xymil 50 OR Zamadol OR Zamalgic OR Zydol OR Tramadolor OR Tramahexa OR Tramagetic OR Tramagit OR Tramake OR Tramal OR Tramex OR Adolonta OR Contramal OR Amadol)))) OR ((("Codeine"[Mesh] OR "Codeine" OR N-Methylmorphine OR N Methylmorphine OR Isocodeine OR Codeine Phosphate OR Ardinex)))) **Data de acesso:** 12/12/2019	2.057
EMBASE	#9: #4 AND #7 AND [embase]/lim #8: #4 AND #7 #7: #5 OR #6 #6: 'codeine'/exp OR codein OR 'codeine monohydrate' OR codicaps OR codipertussin OR cody OR 'methyl morfine' OR 'methyl morphine' OR methylmorfine OR methylmorphine OR 'morphine 3 methyl ether' OR 'morphine methyl ether' OR 'morphine monomethyl ether' OR pentuss OR 'trans codeine' OR tussicalm #5: 'tramadol'/exp OR 'tramadol' OR 'tramundo' OR 'biodalgic' OR 'jutadol' OR 'mtw-tramadol' OR 'mtw tramadol' OR 'mtwtramadol' OR 'nobligan' OR 'prontofort' OR 'zytram' OR 'takadol' OR 'theradol' OR 'tiral' OR 'topalgic' OR 'tradol' OR 'tradonal' OR 'tralgiol' OR 'trama abz' OR 'biokanol'	8.923

Avaliação							Impacto	Qualidade	Importância
Nº de estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
14	ensaios clínicos randomizados	grave [a]	não grave [b]	grave [c]	grave [d]	nenhum	Não houve diferença estatisticamente significante em nenhuma das meta-análises em rede que comparam a felodipe 5% simplesmente a pregabalina 600 mg e 900 mg. Os riscos relativos foram: Nos pacientes com neuralgia pós-herpética: RR 1,69 (IC 0,56-4,25) e 1,89 (IC 0,69-5,08), respectivamente. Nos pacientes com neuropatia periférica diabética: 1,08 (IC 0,57-2,07) e 1,63 (IC 0,67-2,96), respectivamente.	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRÍTICO

a. Todos, exceto um estudo, do Baron et al., 2009, foram duplo-cego. Todos os estudos "*enrolled enrichment design*" foram excluídos das análises, uma vez que a população desses estudos inclui apenas os pacientes que haviam respondido e tolerado a intervenção. Seis estudos eram "*cross-over*" (Backonja 2013, Chaudhry 2009, Hoffman 2015, Irnich 2012, Rankin 2014, Vixner 2003, Dworkin 2015), assim apenas os dados do período pré-cruzamento desses estudos foram incluídos. Contudo, o FGR Baron et al., 2009 apresentou alto risco de viés para o seguimento, dados incompletos e outros riscos.

b. Foram incluídos estudos de superioridade em todas as meta-análises, em que o I² excedeu 50%, sendo que em todas, a heterogeneidade estatística não teve efeito sobre a direção do efeito, porém efeito sobre a magnitude e estimou efeito sobre se havia uma clara diferença entre os tratamentos.

c. Embora para a avaliação entre felodipe e pregabalina apenas um ECR tenha sido incluído, os resultados das meta-análises foram obtidos de dados indiretos, por meio de meta-análise em rede.

d. Nas comparações diretas, felodipina e pregabalina versus placebo, alguns ECR apresentaram resultados nas direções opostas ou os intervalos de confiança não se sobrepuseram.

Quadro xx - Sumarização dos resultados dos estudos incluídos (Summary of Findings [SoF] do software GRADEpro)

Avaliação							Impacto	Qualidade	Importância
Nº de estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Redução média da dor avaliada pela escala NRS (Tempo de seguimento dos estudos entre 12 e 52)									
12	ensaios clínicos randomizados	grave [a]	não grave [b]	grave [c]	grave [d]	nenhum	Não houve diferença estatisticamente significante em nenhuma das meta-análises em rede que comparam a lidocaína 5% empregada a pregabalina 600 mg e 300 mg. As reduções médias da dor foram de: Nos pacientes com neuralgia pós-herpética: -0,91 (IC -1,18-0,00) e -0,76 (IC 1,04-0,6), respectivamente. Nos pacientes com neuropatia periférica diabética: 0,005 (IC -0,73-1,25) e -0,56 (IC -1,08-0,90), respectivamente.	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRÍTICO
Redução da dor em 30%									
6	ensaios clínicos randomizados	grave [e]	grave [f]	grave [g]	grave [h]	nenhum	Não houve diferença estatisticamente significante em nenhuma das meta-análises em rede que comparam a lidocaína 5% empregada a pregabalina 600 mg e 300 mg. Os resumo relativos foram: Nos pacientes com neuralgia pós-herpética: RR= 1,11 (IC: 0,44-3,17) e 1,22 (IC 0,36-4,08), respectivamente. Nos pacientes com neuropatia periférica diabética: 1,06 (IC: 0,58-1,11) e 1,08 (0,41-4,58), respectivamente.	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRÍTICO
Redução da dor em 50%									

Critérios avaliados na ferramenta AMSTAR-2	Buksnys et al., 2019[97]
ITEM 8	Ok
ITEM 9*	Ok
ITEM 10	Ok
ITEM 11*	Ok
ITEM 12	Ok
ITEM 13*	Ok
ITEM 14	Ok
ITEM 15*	**Falho**
ITEM 16	Ok

* Itens considerados críticos

E) Avaliação da qualidade da evidência

A qualidade da evidência para os desfechos meta-analisados (meta-análise direta atualizada) foi avaliada pelo método GRADE[7] e apresentou qualidade global muito baixa. Os desfechos avaliados pela revisão sistemática de Buksnys et al., 2019[97] estão descritos abaixo, com as justificativas para rebaixar a qualidade, quando aplicável (**Quadro AN**).

- Redução da dor em 30% e 50% de acordo com a escala NRS:

Buksnys e colaboradores (2019)[107] também avaliaram o número de pacientes que atingiram redução de ≥ 30% e ≥ 50% de dor, em diferentes tempos de acompanhamento, por meio de meta-análise indireta. Para a avaliação da redução da dor em ≥ 50%, não foi identificada diferença estatisticamente significante entre o emplastro de lidocaína 5% e a pregabalina, tanto na dose de 300 mg (apenas estudos com duração de até 2 semanas: RR 1,61 [IC95% 0,82 a 4,90]); estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: RR 1,43 (IC95% 0,67 a 2,96), quanto na dose de 600 mg (apenas estudos com duração de até 2 semanas: RR 1,09 [IC95% 0,67 a 2,65]); estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: RR 1,8 (IC95% 0,57 a 2,07), independentemente da duração do estudo. Do mesmo modo, não houve diferença para a redução da dor em ≥ 30%, tanto na comparação da lidocaína emplastro 5% versus pregabalina 300 mg (apenas estudos com duração de até 2 semanas: RR 1,80 [IC95% 0,41 a 4,58]), quanto na comparação com pregabalina 600 mg (apenas estudos com duração de até 2 semanas: RR 1,06 [IC95% 0,58 a 3,11]).

Neuralgia pós-herpética

Redução da dor

- Redução da dor em 30% e 50% de acordo com a escala NRS:

Buksnys e colaboradores (2019)[107] avaliaram o número de pacientes que obtiveram redução da dor em 30% ou mais e 50% ou mais. Não houve diferença estatisticamente significante entre emplastro de lidocaína 5% e pregabalina 300 mg na redução de dor em ≥ 50% tanto em estudos com duração de até 12 semanas (RR 1,89 [IC95% 0,34 - 9,87]), quanto em estudos com duração menor ou maior que 12 semanas (RR 1,99 [IC95% 0,59 - 5,80]). Similarmente, não foi identificada diferença entre a lidocaína emplastro 5% e a pregabalina 600 mg, independentemente da duração do estudo (apenas estudos com duração de até 12 meses: RR 1,71 [IC95% 0,47 a 5,99]); estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: RR 1,69 (IC95% 0,66 a 4,25). As meta-análises do número de pacientes que atingiram redução de ≥ 30% da dor também não demonstraram diferença entre o emplastro de lidocaína 5% e a pregabalina 300 mg (apenas estudos com duração de até 2 semanas: RR 0,95 [IC95% 0,62 a 1,82]); estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: RR 1,22 (IC95% 0,36 a 4,08) ou a pregabalina 600 mg [apenas estudos com duração de até 12 meses: RR 1,18 (IC95% 0,92 a 1,76); estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: RR 1,18 (IC95% 0,44 a 3,17).

- Diferença de pontuação da escala NRS da linha de base ao fim do acompanhamento

Buksnys e colaboradores (2019)[107] avaliaram o desfecho de diferença na escala NRS da linha de base ao fim do acompanhamento por meio de um ECR (Baron et al., 2009). Não foi identificada diferença estatisticamente significante entre o emplastro de lidocaína 5% e a pregabalina 600 mg, independentemente do tempo de acompanhamento (apenas estudo com duração de até 12 meses: DM -0,40 [IC95% -1,38 a 0,98]; estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: DM -0,41 [IC95% -1,19 a 0,98]). O mesmo foi observado para a comparação entre lidocaína patch 5% e pregabalina 300 mg (apenas estudos com duração de até 12 meses: DM -0,57 [IC95% -1,57 a 1,06]; estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: DM -0,76 [IC95% -1,64 a 0,61]).

B) Avaliação da qualidade metodológica

A revisão sistemática de Buksnys et al., 2019[107] apresentou qualidade metodológica criticamente baixa, uma vez que apresentou falha em dois domínios críticos (**Quadro AM**).

Quadro AM - Qualidade metodológica das revisões sistemáticas avaliadas pela ferramenta do AMSTAR2.

Critérios avaliados na ferramenta AMSTAR-2	Buksnys et al., 2019[107]
ITEM 1	Ok
ITEM 2*	**Falha**
ITEM 3	Ok
ITEM 4*	Ok
ITEM 5	Ok
ITEM 6	Ok
ITEM 7*	Ok

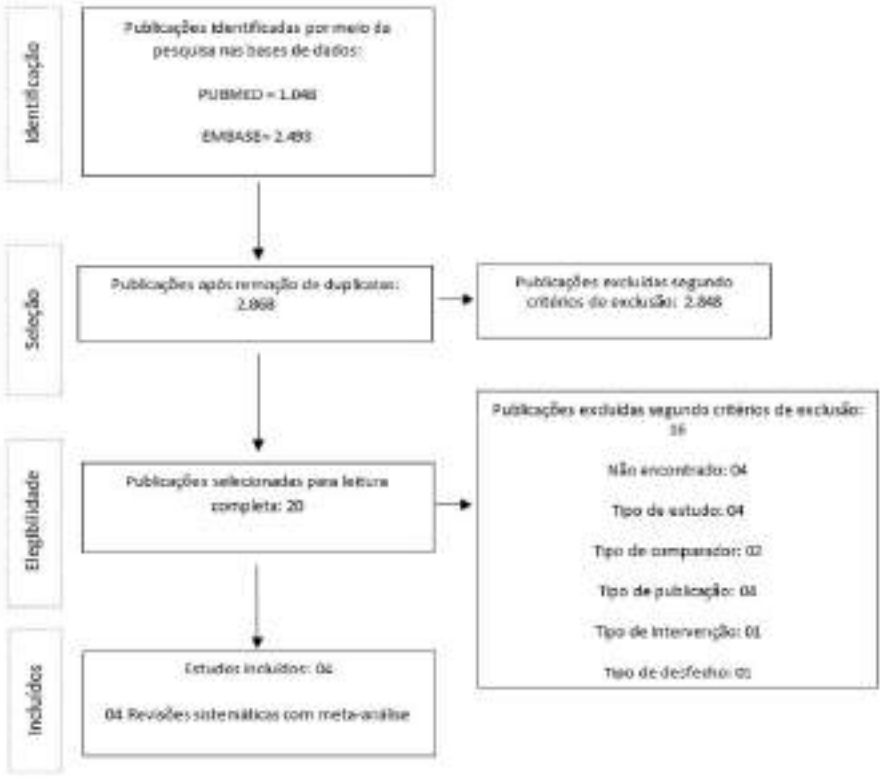


Figura 01 - Fluxograma de seleção dos estudos.

C) Descrição dos estudos e resultados

As quatro RS com meta-análise incluídas incluíram apenas o ECR de Baron et al., 2009[36] e seus resultados não apresentavam divergências e inconsistência entre si. Ressalta-se que nem a RS de Bulcsys et al., 2019[37], nem os demais RS, compararam a lidocaína com a gabapentina (medicamento atualmente disponível no SUS).

Bulcsys et al., 2019[37] realizaram uma RS com meta-análise em rede de ECR, com o objetivo de comparar a eficácia e segurança do emplastro de lidocaína 5% versus pregabalina em pacientes com dor neuropática periférica crônica. Foram incluídos na RS 111 estudos, que abrangiam diferentes tipos de dor neuropática: Neuropatia Periférica Diabética (NPD), NPH, dor neuropática pós-cirúrgica ou pós-traumática e dor neuropática periférica de várias origens (denominada pelo autor como dor neuropática mista). Contudo, ressalta-se que os resultados foram estratificados por subgrupo da população. Os desfechos avaliados foram: número de pacientes que atingiram redução da dor de 30% e 50%, diferença de pontuação da escala NRS (do inglês, *Numeric Rating Scale*) da linha de base ao fim do acompanhamento e qualidade de vida. A dose do emplastro de lidocaína 5% variou de um a quatro emplastros por dia, enquanto a dose de pregabalina variou de 150 a 600 mg/dia.

Neuropatia Periférica Diabética

Redução da dor

- Diferença de pontuação da escala NRS da linha de base ao fim do acompanhamento

Bulcsys et al. (2019)[37] avaliaram o desfecho de diferença na escala NRS da linha de base ao fim do acompanhamento por meio de meta-análise indireta. Não foi identificada diferença estatisticamente significante entre emplastro de lidocaína 5% e pregabalina 300 mg, independentemente do tempo de duração do estudo (apenas estudos com duração de até 12 meses: DM -0,43 [IC95% -1,31 a 1,05]); estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: DM -0,58 (IC95% -1,48 a 0,90). O mesmo foi observado para a comparação entre lidocaína emplastro 5% e pregabalina 600 mg (apenas estudos com duração de até 12 meses: DM 0,005 [IC95% -0,73 a 1,25]); estudos com duração tanto menor quanto maior que 12 meses: RR 0,005 (IC95% -0,73 a 1,25).

Questão 5. Lidocaína para dor neuropática localizada[104,105]

Pergunta de pesquisa: O uso da lidocaína emplastro 5% é eficaz, seguro e custo-efetivo comparado à gabapentina e à pregabalina para o tratamento de pacientes com dor neuropática localizada?

A estrutura PICO para esta pergunta foi:
População (P): pacientes com dor neuropática localizada.
Intervenção (I): lidocaína emplastro 5%.
Comparadores (C): gabapentina ou à pregabalina.
Desfechos (O): Primário: redução da dor; Secundários: qualidade de vida, eventos adversos, descontinuação do tratamento devido a eventos adversos.

A) Estratégia de busca

Uma estratégia de busca foi construída nas bases Medline via Pubmed e Embase para avaliar a eficácia e a segurança da lidocaína emplastro 5% para o tratamento de pacientes com dor neuropática localizada (**Quadro AL**).

Quadro AL - Estratégias de busca utilizadas no Medline e Embase para a realização da revisão sistemática, realizadas no dia 06/04/2020.

Base	Estratégia	Número de resultados
Medline via Pubmed	((“Lidocaine”[Mesh] OR lidocaine OR lidocaine patch OR lidocaine transdermal patch)) AND (“Neuralgia”[Mesh] OR neuralgia OR Neuropathic Pain)	1.048
Embase	(‘neuropathic pain’/exp OR ‘neuropathic pain’) AND [embase]/lim AND (‘lidocaine’/exp OR ‘lidocaine’ OR ‘lidocaine patch’ OR ‘lidocaine transdermal patch’) AND [embase]/lim	2.493

B) Seleção das evidências

Para esta pergunta, foi recuperado um total de 3.541 referências (1.048, no Medline; 2.493, no Embase), sendo excluídas 673 duplicatas. Assim, 2.868 referências foram triadas por meio da leitura de títulos e resumos, dentre as quais 20 tiveram seus textos completos avaliados para confirmação da elegibilidade, por meio de uma análise mais minuciosa. Nessa fase, 16 estudos foram excluídos por não atenderem a pelo menos um dos critérios de inclusão. Quatro estudos cumpriram os critérios de elegibilidade, sendo todos RS com meta-análises, entretanto, apenas um foi descrito para responder a PICO, uma vez que o ECR de Baron et al., 2009[106] foi incluído em todas as RS e seus resultados não apresentavam divergências e inconsistências entre si (**Figura BU**).

Quadro 4K - Avaliação da qualidade da evidência pelo GRADEpro para o desfecho de descontinuação devido a eventos adversos em pacientes com neuralgia pós-herpética

Comparação	Número de estudos	Viés de estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Gabapentina 1.800 mg/dia versus gabapentina 2.400 mg/dia	1							Muito baixa
Gabapentina 1.800 mg/dia versus placebo	1							Muito baixa
Gabapentina 2.400 mg/dia versus placebo	3							Muito baixa
Placebo versus pregabalina 150 mg/dia	2							Muito baixa
Placebo versus pregabalina 300 mg/dia	2							Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	2							Muito baixa
Gabapentina 1.800 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0							Muito baixa
Gabapentina 1.800 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0							Muito baixa
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0							Muito baixa
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0							Muito baixa

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
ng/dia								
Gabapentina 1.800 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0							Muito baixa
Gabapentina 3.000 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0							Muito baixa
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0							Muito baixa
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0							Muito baixa

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incerteza	Classificação de confiança
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Pregabalina 600 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Gabapentina 3600 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Gabapentina 3600 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Gabapentina 3600 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Gabapentina 3600 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo

Quadro A3 - Avaliação da qualidade da evidência pelo GRADEpro para o desfecho de dor em pacientes com neuralgia pós-herpética

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incerteza	Classificação de confiança
Gabapentina 1.800 mg/dia versus gabapentina 2.400 mg/dia	1	Preocupações sérias	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Gabapentina 1.800 mg/dia versus placebo	1	Preocupações sérias	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Muito baixo
Gabapentina 2.400 mg/dia versus placebo	2	Preocupações sérias	Suspeito	Sem sérias preocupações	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Preocupações sérias	Muito baixo
Placebo versus pregabalina 150 mg/dia	2	Preocupações sérias	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Muito baixo
Placebo versus pregabalina 300 mg/dia	4	Preocupações sérias	Suspeito	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Sem sérias preocupações	Preocupações sérias	Muito baixo
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 600	2	Preocupações	Suspeito	Sem sérias	Preocupações	Sem sérias	Preocupações	Muito baixo

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Gabapentina 3600 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Gabapentina 1800 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Gabapentina 3600 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo

Quadro A1 - Avaliação da qualidade da evidência pelo GRADE para o desfecho de descontinuação devido a eventos adversos em pacientes com neuropatia periférica diabética

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Gabapentina 3600 mg/dia versus placebo	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Placebo versus pregabalina 150 mg/dia	2	Preocupações importantes	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Placebo versus pregabalina 300 mg/dia	7	Preocupações importantes	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Placebo versus pregabalina 600 mg/dia	5	Algumas preocupações	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Placebo versus pregabalina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	1	Preocupações importantes	Suspeito	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	2	Preocupações importantes	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixo
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	4	Preocupações importantes	Suspeito	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupações importantes	Nenhuma preocupação	Muito baixo

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa

Quadro AII - Avaliação da qualidade das evidências pelo GRADEpro para o desfecho de dor em pacientes com neuropatia periférica diabética

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Gabapentina 3600 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Evidência preocupações	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Placebo versus pregabalina 150 mg/dia	2	[illegible]	[illegible]	Evidência preocupações	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Placebo versus pregabalina 300 mg/dia	7	Algumas preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Placebo versus pregabalina 600 mg/dia	5	Algumas preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	Evidência preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	Muito baixa
Placebo versus pregabalina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	1	[illegible]	[illegible]	Evidência preocupações	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	2	[illegible]	[illegible]	Evidência preocupações	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	3	[illegible]	[illegible]	Evidência preocupações	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Pregabalina 600 mg/dia versus pregabalina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa
Gabapentina 3600 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	3	Algumas preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	[illegible]	Evidência preocupações	Evidência preocupações	Muito baixa

Quadro A4 – Avaliação da qualidade da evidência pelo GRADE para a redução da descontinuação devido a evento adverso em pacientes com Obesidade.

Comparação	Nº de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus placebo	1							Muito baixa
Placebo versus pregabalina 150 mg/dia	1							Muito baixa
Placebo versus pregabalina 300 mg/dia	1							Muito baixa
Placebo versus pregabalina 450 mg/dia	1							Muito baixa
Placebo versus pregabalina 600 mg/dia	1							Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	1							Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 450 mg/dia	1							Muito baixa
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 450 mg/dia	1							Muito baixa
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	1							Muito baixa
Pregabalina 450 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	1							Muito baixa
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	1							Muito baixa
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	1							Muito baixa
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus pregabalina 450 mg/dia	1							Muito baixa
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	1							Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés de estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Placebo versus pregabalina 300 mg/dia	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Placebo versus pregabalina 450 mg/dia	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Placebo versus pregabalina 600 mg/dia	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 450 mg/dia	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 450 mg/dia	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Pregabalina 300 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Pregabalina 450 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus pregabalina 150 mg	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus pregabalina 450 mg/dia	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Gabapentina 1200 2400 mg/dia versus pregabalina 60 mg/dia	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 600 mg/dia	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa

Quadro 41. - Sumarização dos resultados dos estudos incluídos para as comparações diretas comparecy of Bulbigo [Ref.] do software GRADEpro.

Avaliação da certeza							Nº de pacientes		Efeito		Qualidade da Evidência	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	PH	GB	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Redução da dor pela escala VAS												
1	ensaios clínicos randomizados	muito grave[a]	grave[b]	não grave	muito grave[c]	nenhum	44	44	-	MD 2.84 menor (2.36 menor para 3.28 menor)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE
Frequência de efeitos adversos												
2	ensaios clínicos randomizados	muito grave[a]	nenhum grave[b]	não grave	muito grave[c]	nenhum	23/48 (47.9%)	20/39 (51.3%)	**OR 1.19** (0.53 para 6.89)	**43 mais por 1000** (de 110 menos para 368 mais)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE
Descontinuação do tratamento devido a EA												
1	ensaios clínicos randomizados	muito grave[a]	não grave	não grave	não grave	nenhum	5/25 (20.0%)	2/24 (8.3%)	não estimável	-	⊕◯◯◯ BAIXA	IMPORTANTE

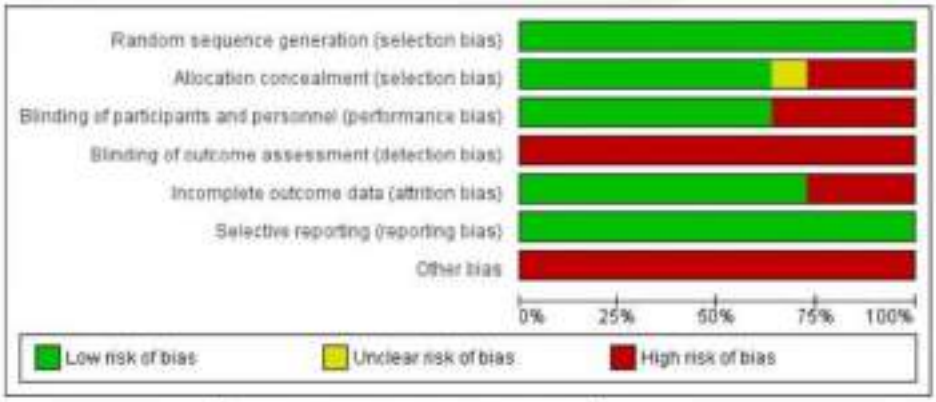
Legenda: **PH**: pregabalina; **GB**: gabapentina; **CI**: *Confidence interval*; **MD**: *Mean difference*; **OR**: Odds ratio

a. Todos os estudos incluídos para esta variável apresentaram alto risco de viés, indicando a confiança na estimativa de efeito. b. Elevada heterogeneidade estatística (I^2=70%) e pouca sobreposição do IC95% do estudo de Vilozni et al. com os demais. c. Ausência de sobreposição dos IC95% dos estudos Kaylish et al e Vilozni et al., evidenciando uma imprecisão que pode comprometer a confiança nos resultados. Amostra incluída na meta-análise está abaixo do *Optimal Information Size* para esta comparação, sendo insuficiente para detectar diferença entre as intervenções. d. Elevada heterogeneidade estatística (I^2=58%), pouca sobreposição dos IC95% e direção do efeito em sentidos opostos. e. Tamanho amostral reduzido, com risco basal baixo no estudo Kullo et al. Imprecisão evidenciada pelos amplos IC95% dos estudos individuais e da estimativa do efeito global. Amostra incluída na meta-análise está abaixo do *Optimal Information Size* para esta comparação, sendo insuficiente para detectar diferença entre as intervenções.

Quadro AF - Avaliação da qualidade das evidências pelo GRADE para o desfecho dor em pacientes com fibromialgia.

Comparação	Número de estudos	Viés de estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Classificação de confiança
Gabapentina 1200 a 2400 mg/dia versus placebo	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa
Placebo versus pregabalina 150 mg/dia	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Muito baixa

Neuropatia periférica diabética



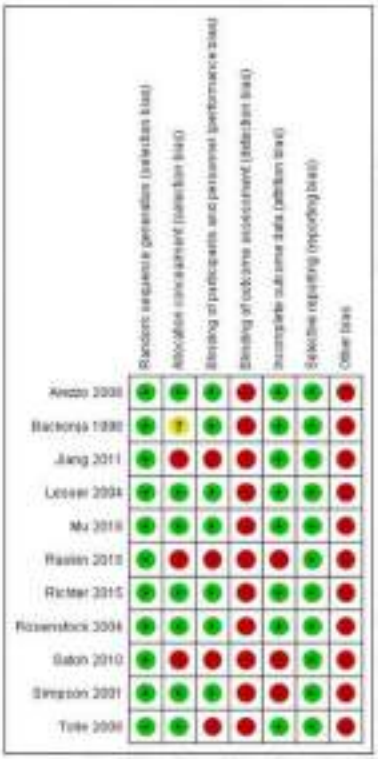


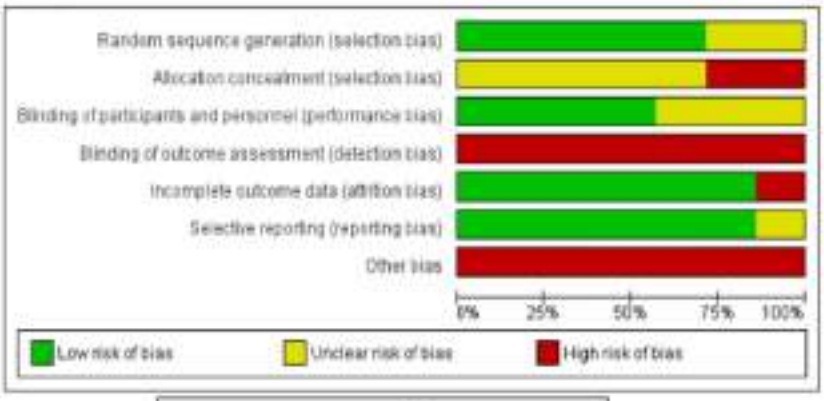
Figura 87 - Avaliação do risco de viés dos ECR com pacientes com neuropatia periférica diabética.

E) Avaliação da qualidade da evidência

A qualidade da evidência dos desfechos das meta-análises diretas para pregabalina versus gabapentina conduzidos para a dor neuropática pós-lesão foi avaliada por meio do método GRADE[7] e apresentou qualidade global muito baixa (**Quadro AE**).

A qualidade da evidência dos desfechos das meta-análises em rede foi avaliada pelo método CINeMa[72]. A qualidade da evidência dos desfechos de redução da dor e descontinuação devido a eventos adversos para os pacientes com fibromialgia, neuropatia periférica diabética e neuralgia pós herpética foram consideradas muito baixas (Quadros **AF a AK**).

Neuralgia pós herpética



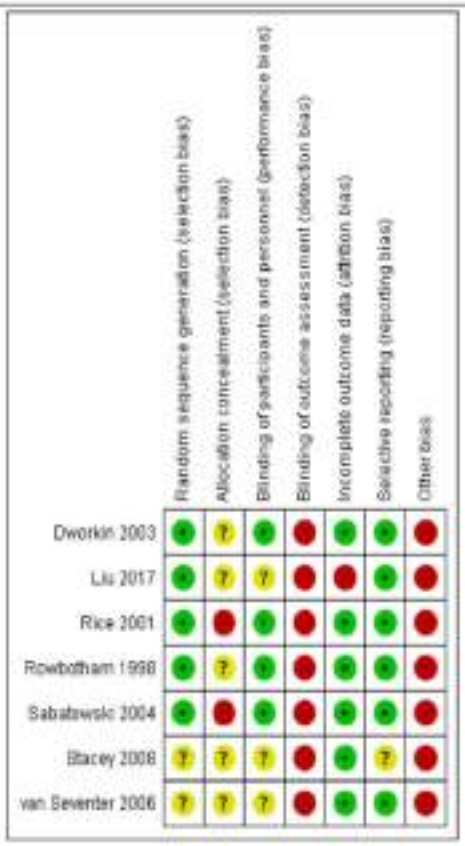
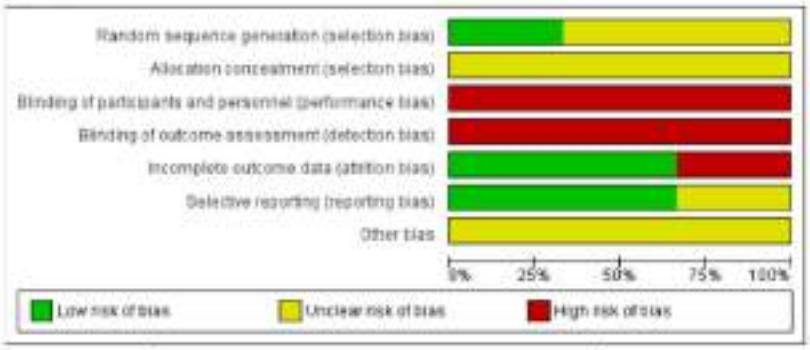


Figura 8S - Avaliação de risco de viés dos ECR com pacientes com neuralgia pós herpética.

Fibromialgia



Figura BR - Avaliação do risco de viés dos ECR com pacientes com fibromialgia.



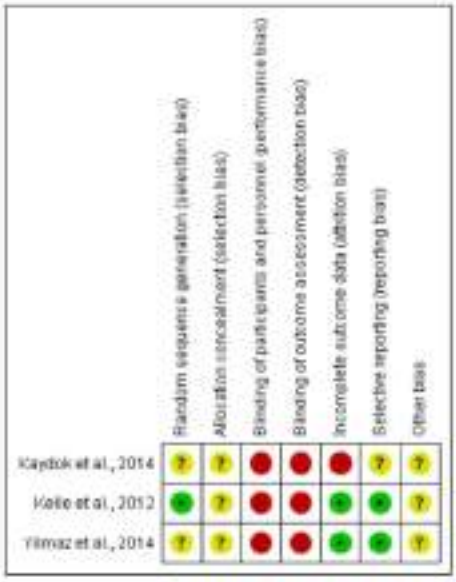


Figura 8Q - Avaliação do risco de viés dos ECR com pacientes com dor neuropática devido à lesão.

Quadro AD - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com neuralgia pós herpética para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos no modelo frequentista.

Comparações	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor de p
Gabapentina 1.800 mg/dia versus gabapentina 2.400 mg/dia	1	-0.23	-0.35	1.26	-1.61	-4.32	1.09	0.24
Gabapentina 1.800 mg/dia versus placebo	1	0.52	0.80	-0.30	1.10	-0.75	2.95	0.24
Gabapentina 1.800 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0	-0.97	NA	-0.97	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.800 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0	-1.90	NA	-1.00	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 2.400 mg/dia versus placebo	2	0.75	0.75	NA	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0	-0.73	NA	-0.73	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0	-0.77	NA	-0.77	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 150 mg/dia versus placebo	2	1.49	1.21	1.93	-0.72	-2.52	1.07	0.43
Pregabalina 300 mg/dia versus placebo	5	1.52	1.52	1.26	0.26	-11.49	12.01	0.97
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	2	-0.03	0.08	-1.06	1.14	-1.45	3.74	0.39

Legenda: NA: Não se aplica.

B) Avaliação do risco de viés

Os ensaios clínicos incluídos foram avaliados pela ferramenta de risco de viés da Cochrane (RoB 1.0)[9], sendo a maioria classificados como de alto risco ou risco incerto (**Figuras BQ** a **BT**).

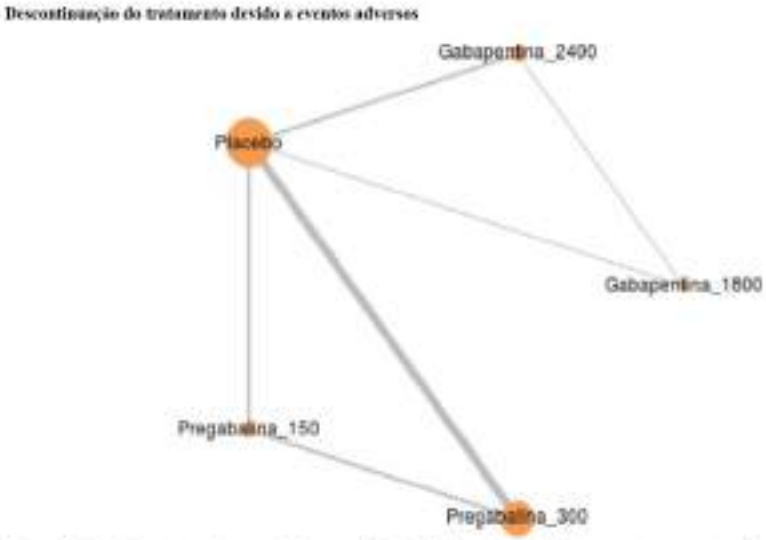


Figura BN - *Plot* da meta-análise em rede para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos com todos os estudos incluídos com pacientes com neuralgia pós herpética. Legenda: Gabapentina_2400: Gabapentina 2.400 mg, Gabapentina_1800: Gabapentina 1.800 mg, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg.

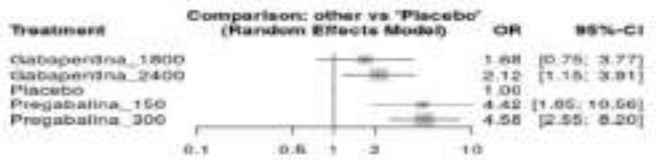


Figura BO - *Forest plot* das comparações diretas para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos dos estudos com pacientes com neuralgia pós herpética no modelo frequentista.Legenda: Comparison: comparação, Gabapentina_1800: gabapentina 1.800 mg, Gabapentina_2400: gabapentina 2.400 mg.MD: mean difference: diferença média, Other: outros, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Random effects model: modelo de efeitos randômicos, Treatment: tratamento, 95%-IC: intervalo de confiança de 95%.

Placebo	0.45 [0.18; 1.15]	0.47 [0.28; 0.87]	0.30 [0.10; 0.90]	0.22 [0.12; 0.39]
0.60 [0.27; 1.34]	**Gabapentina 1.800mg/dia**	0.70 [0.34; 1.46]	.	.
0.47 [0.26; 0.87]	0.79 [0.39; 1.60]	**Gabapentina 2.400mg/dia**	.	.
0.23 [0.09; 0.54]	0.38 [0.12; 1.25]	0.48 [0.17; 1.30]	**Pregabalina 150mg/dia**	1.08 [0.48; 2.46]
0.22 [0.12; 0.39]	0.37 [0.14; 0.99]	0.46 [0.20; 1.08]	0.97 [0.44; 2.10]	**Pregabalina 300mg/dia**

Figura BP - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos dos estudos com pacientes com neuralgia pós herpética no modelo frequentista.

Gabapentina 2.400mg/dia	-0.40 [-1.99; 1.19]	-1.33 [-2.39; -0.26]		
-0.57 [-2.05; 0.92]	Gabapentina 1.800mg/dia	-0.80 [-2.19; 0.99]		
-1.33 [-2.39; -0.26]	-0.76 [-2.24; 0.72]	Placebo	-0.17 [-0.87; 0.53]	-1.03 [-2.00; -0.07]
-1.50 [-2.77; -0.22]	-0.93 [-2.57; 0.70]	-0.17 [-0.87; 0.53]	Pregabalina 300mg/dia	0.28 [-0.68; 1.25]
-1.79 [-3.18; -0.39]	-1.22 [-2.96; 0.51]	-0.46 [-1.37; 0.44]	-0.29 [-1.19; 0.62]	Pregabalina 150mg/dia

Figura BM - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho da redução da dor dos estudos com pacientes com neuralgia pós herpética no modelo frequentista.

Quadro AC - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com neuralgia pós herpética para o desfecho de redução da dor no modelo frequentista.

Comparações	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor de p
Gabapentina 1.800 mg/dia versus gabapentina 2.400 mg/dia	1	0,57	0,40	1,62	-1,22	-5,54	3,11	0,58
Gabapentina 1.800 mg/dia versus placebo	1	-0,76	-0,60	-1,83	1,23	-3,14	5,60	0,58
Gabapentina 1.800 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0	-1,22	NA	-1,22	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.800 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0	-0,93	NA	-0,93	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 2.400 mg/dia versus placebo	2	-1,33	-1,33	NA	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 150 mg/dia	0	-1,79	NA	-1,79	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 2.400 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	0	-1,50	NA	-1,50	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 150 mg/dia versus placebo	2	0,46	1,03	-3,88	4,91	2,10	7,73	0,00
Pregabalina 300 mg/dia versus placebo	4	0,17	0,17	NA	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 150 mg/dia versus pregabalina 300 mg/dia	2	0,29	-0,28	4,63	-4,91	-7,73	-2,10	0,00

Legenda: NA: Não se Aplica.

Neuralgia pós herpética

Redução da dor pela escala NRS

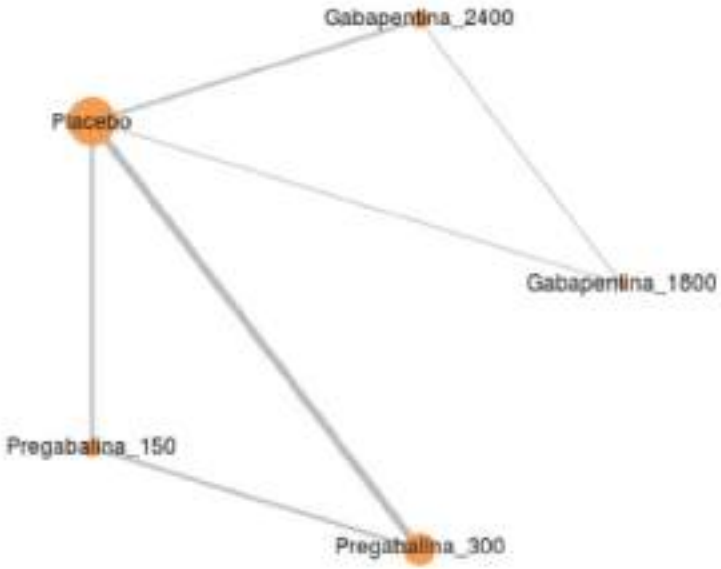


Figura 8K - *Plot* da meta-análise em rede do desfecho da redução da dor com todos os estudos incluídos com pacientes com neuralgia pós herpética. Legenda: Gabapentina_2400: Gabapentina 2.400 mg, Gabapentina_1800: Gabapentina 1.800 mg, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg.

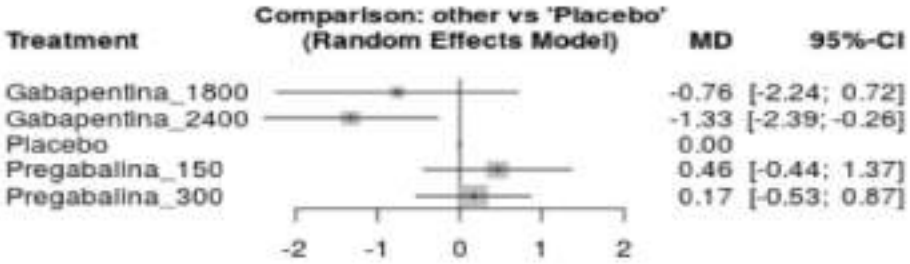


Figura 8L - *Forest plot* das comparações diretas para o desfecho de redução da dor dos estudos com pacientes com neuralgia pós herpética ao modelo frequentista. Legenda: Comparison: comparação, Gabapentina_1800: gabapentina 1.800 mg, Gabapentina_2400: gabapentina 2.400 mg; MD: mean difference: diferença média, Other: outros, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Random effects model: modelo de efeitos randômicos, Treatment: tratamento, 95%-IC: intervalo de confiança de 95%.

Quadro AB - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com neuropatia periférica diabética para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos no modelo fixo.

Comparações	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC 95%	Diferença superior do IC 95%	Valor de p
Gabapentina 3.600 mg/dia versus Placebo	2	0,22	0,22	NA	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg/dia versus Pregabalina 150 mg/dia	0	0,49	NA	0,49	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg/dia versus Pregabalina 300 mg/dia	0	-0,15	NA	-0,15	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg/dia versus Pregabalina 600 mg/dia	0	-0,85	NA	-0,85	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg/dia versus Pregabalina 75 mg/dia	0	-0,78	NA	-0,78	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 150 mg/dia versus Placebo	2	-0,28	-0,01	-0,94	0,93	-1,63	3,49	0,48
Pregabalina 300 mg/dia versus Placebo	7	0,36	0,53	-1,49	2,02	-0,25	4,29	0,08
Pregabalina 600 mg/dia versus Placebo	5	1,06	1,07	1,01	0,06	-1,97	2,10	0,95
Pregabalina 75 mg/dia versus Placebo	1	0,99	1,14	0,77	0,37	-2,47	3,21	0,80
Pregabalina 150 mg/dia versus Pregabalina 300 mg/dia	1	-0,64	-0,85	-0,36	-0,49	-2,88	1,90	0,69
Pregabalina 150 mg/dia versus Pregabalina 600 mg/dia	2	-1,34	-1,30	-1,67	0,38	-3,11	3,86	0,83
Pregabalina 150 mg/dia versus Pregabalina 75 mg/dia	0	-1,27	NA	-1,27	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 300 mg/dia versus Pregabalina 600 mg/dia	3	-0,70	-0,95	-0,12	-0,83	-2,44	0,78	0,31
Pregabalina 300 mg/dia versus Pregabalina 75 mg/dia	1	-0,63	-0,96	-0,12	-0,84	-3,72	2,05	0,57
Pregabalina 600 mg/dia versus Pregabalina 75 mg/dia	1	0,07	0,33	-0,99	1,32	-2,13	4,77	0,45

Legenda: NA: Não se Aplica.

Descontinuação do tratamento devido a eventos adversos

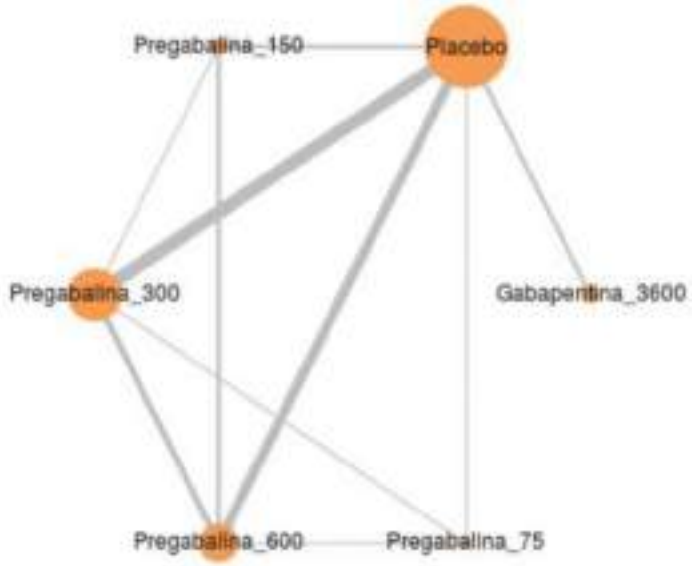


Figura BH - Plot da meta-análise em rede para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos com todos os estudos incluídos com pacientes com neuropatia periférica diabética. Legenda: Gabapentina_3600: Gabapentina 3.600 mg, Pregabalina_75: pregabalina 75 mg, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg.

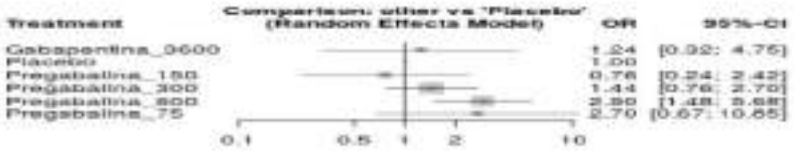


Figura BI - *Forest plot* das comparações diretas para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos dos estudos com pacientes com neuropatia periférica diabética no modelo frequentista. Legenda: Comparison: comparação, Gabapentina_3600: gabapentina 3.600 mg, MD: mean difference: diferença média, Other: outros, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_75: pregabalina 75 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg, Random effects model: modelo de efeitos randômicos, Treatment: tratamento, 95%-IC: intervalo de confiança de 95%.

Pregabalina 150mg/dia	0.99 [0.20; 3.93]		0.43 [0.09; 2.06]		0.27 [0.08; 0.92]
0.76 [0.24; 2.42]	Placebo	0.81 [0.21; 3.09]	0.59 [0.30; 1.13]	0.32 [0.05; 1.92]	0.34 [0.17; 0.70]
0.81 [0.10; 3.60]	0.81 [0.21; 3.09]	Gabapentina 3.600mg/dia			
0.53 [0.16; 1.72]	0.70 [0.37; 1.31]	0.86 [0.20; 3.61]	Pregabalina 300mg/dia	0.38 [0.06; 2.32]	0.39 [0.16; 0.93]
0.28 [0.05; 1.56]	0.37 [0.09; 1.48]	0.46 [0.07; 3.17]	0.53 [0.13; 2.17]	Pregabalina 75mg/dia	0.72 [0.16; 3.31]
0.26 [0.08; 0.81]	0.35 [0.18; 0.68]	0.43 [0.10; 1.92]	0.50 [0.24; 1.04]	0.93 [0.24; 3.67]	Pregabalina 600mg/dia

Figura BJ - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos dos estudos com pacientes com neuropatia periférica diabética no modelo frequentista.

Quadro AA - Dados de análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com neuropatia periférica diabética para o desfecho de redução da dor no modelo frequentista.

Comparação	Nº. Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC 95%	Diferença superior do IC 95%	Valor de P
Gabapentina 3.600 mg\dia versus Placebo	1	-1,10	-1,10	NA	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg\dia versus Pregabolino 150 mg /dia	0	-1,19	NA	-1,19	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg\dia versus Pregabalina 300 mg\dia	0	-0,18	NA	-0,18	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg\dia versus Pregabalina 600 mg\dia	0	-1,08	NA	-1,08	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 3.600 mg\dia versus Pregabalina 75 mg\dia	0	0,55	NA	0,55	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 150 mg\dia versus Placebo	2	0,00	-0,18	1,32	-1,31	-6,49	3,88	0,62
Pregabalina 300 mg\dia versus Placebo	7	-0,92	-0,75	-3,95	3,20	-2,35	8,75	0,26
Pregabalina 600 mg\dia versus Placebo	5	-0,02	-0,03	0,09	-0,12	-5,20	4,96	0,96
Pregabalina 75 mg\dia versus Placebo	1	-1,65	-0,25	-5,16	4,91	-1,34	11,15	0,12
Pregabalina 150 mg\dia versus Pregabalina 300 mg\dia	1	1,01	-0,15	1,94	-2,09	-6,61	2,43	0,36
Pregabalina 150 mg\dia versus Pregabalina 600 mg\dia	2	0,11	0,83	-3,20	4,04	-1,59	9,66	0,16
Pregabalina 150 mg\dia versus Pregabalina 75 mg\dia	0	1,74	NA	1,74	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 300 mg\dia versus Pregabalina 600 mg\dia	3	-0,90	-1,40	0,15	-1,55	-5,00	1,89	0,38
Pregabalina 300 mg\dia versus Pregabalina 75 mg\dia	1	0,73	-0,61	4,34	-4,95	-11,37	1,47	0,13
Pregabalina 600 mg\dia versus Pregabalina 75 mg\dia	1	1,63	4,39	-6,32	10,71	4,11	17,30	0,00

Legenda: NA: Não se aplica.

Neuropatia periférica diabética

Redução da dor pela escala NRS

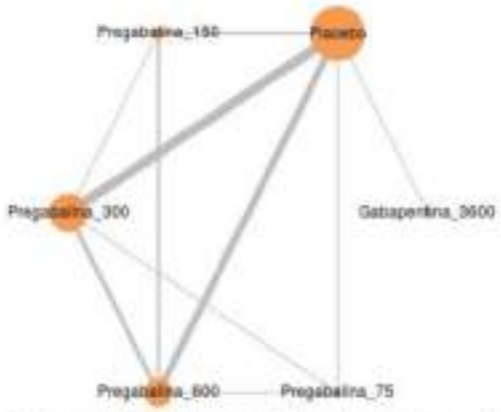


Figura BE – *Plot* da meta-análise em rede para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos com todos os estudos incluídos com pacientes com neuropatia periférica diabética. *Legenda: Gabapentina_3600: gabapentina 3.600 mg, Pregabalina_75: pregabalina 75 mg, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg.*

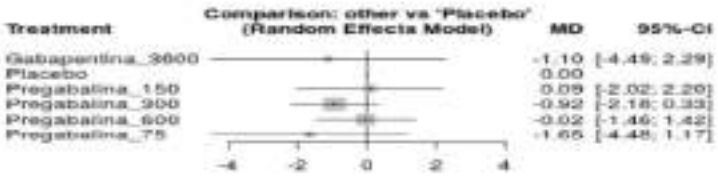


Figura BF – *Forest plot* das comparações diretas para o desfecho da redução da dor dos estudos com pacientes com neuropatia periférica diabética no modelo frequentista. Legenda: Comparison: comparação, Gabapentina_3600: gabapentina 3.600 mg, MD: mean difference: diferença média, Other: outros, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_75: pregabalina 75 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg, Random effects model: modelo de efeitos randômicos, Treatment: tratamento, 95%-IC: intervalo de confiança de 95%.

Placebo	0.18 [-2.19; 2.56]	0.03 [-1.48; 1.54]	1.10 [-2.29; 4.49]	0.75 [-0.54; 2.04]	0.25 [-3.09; 3.59]
-0.09 [-2.20; 2.02]	**Pregabalina 150mg/dia**	0.83 [-1.54; 3.21]		-0.15 [-3.52; 3.22]	
0.02 [-1.42; 1.46]	0.11 [-2.04; 2.26]	**Pregabalina 600mg/dia**		1.40 [-0.55; 3.35]	4.39 [1.04; 7.74]
1.10 [-2.29; 4.49]	1.19 [-2.80; 5.18]	1.08 [-2.60; 4.76]	**Gabapentina 3.600mg/dia**		
0.92 [-0.33; 2.18]	1.01 [-1.23; 3.26]	0.90 [-0.71; 2.51]	-0.18 [-3.79; 3.44]	**Pregabalina 300mg/dia**	-0.01 [-3.95; 2.73]
1.65 [-1.17; 4.48]	1.74 [-1.64; 5.13]	1.63 [-1.25; 4.52]	0.55 [-3.86; 4.97]	0.73 [-2.12; 3.59]	**Pregabalina 75mg/dia**

Figura BG - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de redução da dor dos estudos com pacientes com neuropatia periférica diabética no modelo frequentista.

Quadro Z - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com fibromialgia para o desfecho de descontinuação por evento adverso no modelo frequentista.

Comparação	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg/dia versus placebo	1	0.62	0.62	NA	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg/dia versus Pregabalina 150 mg/dia	0	0.23	NA	0.23	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2. 400 mg/dia versus Pregabalina 300 mg/dia	0	0.00	NA	0.00	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg/dia versus Pregabalina 450 mg/dia	0	-0.22	NA	-0.22	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg/dia versus Pregabalina 600 mg/dia	0	-0.48	NA	-0.48	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 150 mg/dia versus Placebo	1	0.99	0.10	0.96	-0.86	-2.40	0.67	0.27
Pregabalina 300 mg/dia versus Placebo	5	0.61	0.62	0.54	0.08	-1.15	1.32	0.90
Pregabalina 450 mg/dia versus Placebo	6	0.84	0.84	0.56	0.29	-1.75	2.32	0.78
Pregabalina 600 mg/dia versus Placebo	4	1.09	1.09	1.14	-0.06	-0.96	0.85	0.90
Pregabalina 150 mg/dia versus Pregabalina 300 mg/dia	1	-0.23	0.12	-0.90	1.02	-0.51	2.55	0.19
Pregabalina 150 mg/dia versus Pregabalina 450 mg/dia	1	-0.45	-0.49	-0.32	-0.17	-1.95	1.61	0.85
Pregabalina 150 mg/dia versus Pregabalina 600 mg/dia	0	-0.70	NA	-0.70	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 300 mg/dia versus Pregabalina 450 mg/dia	5	-0.23	-0.22	-0.45	0.23	-1.52	1.98	0.80
Pregabalina 300 mg/dia versus Pregabalina 600 mg/dia	4	-0.48	-0.44	-1.31	0.87	-0.45	2.19	0.20
Pregabalina 450 mg/dia versus Pregabalina 600 mg/dia	4	-0.25	-0.27	0.05	-0.30	-1.32	0.71	0.56

Legenda: NA: Não se aplica.

Descontinuação do tratamento devido a eventos adversos

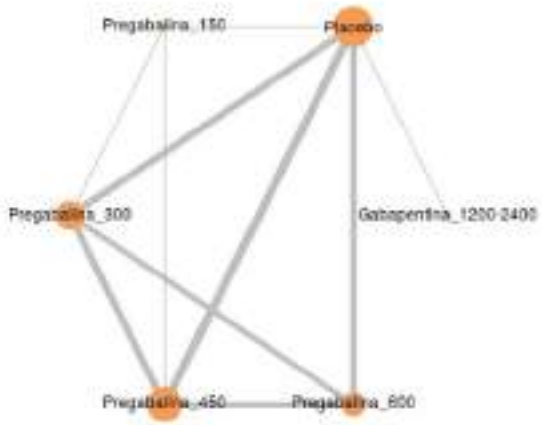


Figura 8B – *Plot* da meta-análise em rede para o desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos com todos os estudos incluídos com pacientes com fibromialgia. Legenda: Gabapentina_1200-2400: gabapentina 1.200 a 2.400 mg, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_450: pregabalina 450 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg.

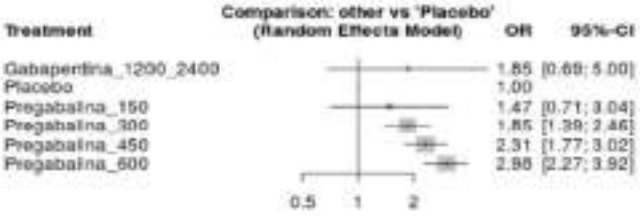


Figura 8C – *Forest plot* das comparações diretas para o desfecho de descontinuação por evento adverso dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista. Legenda: Comparison: comparação, Gabapentina_1200-2400: gabapentina 1.200 a 2.400 mg, Other: outros, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_450: pregabalina 450 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg, Random Effects Model: Modelo de efeitos randômicos, Treatment: tratamento, 95%-IC: Intervalo de Confiança de 95%.

Placebo	0.91 [0.37; 2.22]	0.54 [0.40; 0.72]	0.54 [0.20; 1.46]	0.43 [0.33; 0.56]	0.34 [0.25; 0.45]
0.66 [0.33; 1.40]	**Pregabalina 150mg/dia**	1.13 [0.46; 2.75]	.	0.61 [0.28; 1.37]	.
0.54 [0.41; 0.72]	0.80 [0.39; 1.65]	**Pregabalina 300mg/dia**	.	0.80 [0.62; 1.04]	0.64 [0.49; 0.84]
0.54 [0.20; 1.46]	0.80 [0.23; 2.72]	1.00 [0.36; 2.81]	**Gabapentina 1.200 a 2.400mg/dia**	.	.
0.43 [0.33; 0.56]	0.64 [0.31; 1.30]	0.80 [0.61; 1.04]	0.80 [0.29; 2.24]	**Pregabalina 450mg/dia**	0.76 [0.59; 0.98]
0.34 [0.26; 0.44]	0.49 [0.24; 1.03]	0.62 [0.48; 0.80]	0.62 [0.22; 1.74]	0.76 [0.61; 1.00]	**Pregabalina 600mg/dia**

Figura 8D - Matriz de comparação das intervenções para o desfecho de descontinuação por evento adverso dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.

Quadro Y - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com fibromialgia para o desfecho de redução da dor no modelo frequentista.

Comparação	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direto	Indireto	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor de p
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg\dia versus Placebo	1	-1,10	-1,10	NA	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg\dia versus Pregabalina 150 mg\dia	0	-1,13	NA	-1,13	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg\dia versus Pregabalina 300 mg\dia	0	-0,53	NA	-0,53	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg\dia versus Pregabalina 450 mg\dia	0	-0,34	NA	-0,34	NA	NA	NA	NA
Gabapentina 1.200 a 2.400 mg\dia versus Pregabalina 600 mg\dia	0	-0,42	NA	-0,42	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 150 mg\dia versus Placebo	1	0,03	-0,14	0,56	-0,70	-2,12	0,72	0,33
Pregabalina 300 mg\dia versus Placebo	4	-0,57	-0,57	NA	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 450 mg\dia versus Placebo	4	-0,76	-0,76	NA	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 600 mg\dia versus Placebo	3	-0,68	-0,63	-1,30	0,66	-0,69	2,02	0,34
Pregabalina 150 mg\dia versus Pregabalina 300 mg\dia	1	0,60	0,67	0,37	0,30	-1,14	1,73	0,69
Pregabalina 150 mg\dia versus Pregabalina 450 mg\dia	1	0,80	0,90	0,49	0,41	-1,00	1,81	0,57
Pregabalina 150 mg\dia versus Pregabalina 600 mg\dia	0	0,71	NA	0,71	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 300 mg\dia versus Pregabalina 450 mg\dia	4	0,20	0,20	NA	NA	NA	NA	NA
Pregabalina 300 mg\dia versus Pregabalina 600 mg\dia	3	0,11	0,14	-0,14	0,27	-1,07	1,61	0,69
Pregabalina 450 mg\dia versus Pregabalina 600 mg\dia	3	-0,08	-0,05	-0,45	0,39	-0,96	1,75	0,57

Legenda: NA: Não se Aplica.

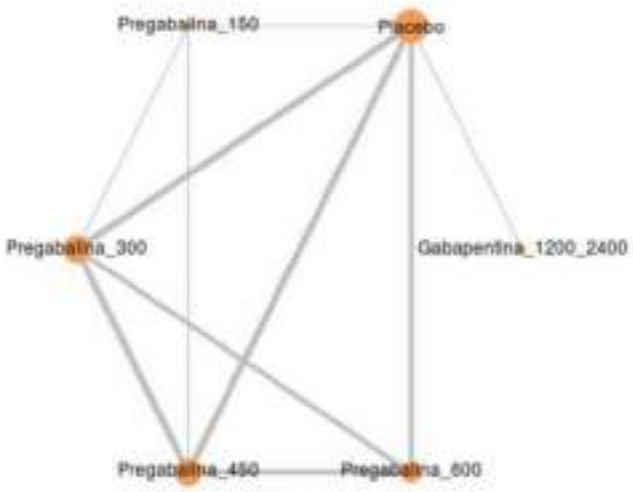


Figura AY. *Plot* da meta-análise em rede para o desfecho de redução de dor pela escala NRS com todos os estudos incluídos com pacientes com fibromialgia.Legenda: Gabapentina_1200-2400: gabapentina 1.200 a 2.400 mg, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_450: pregabalina 450 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg.

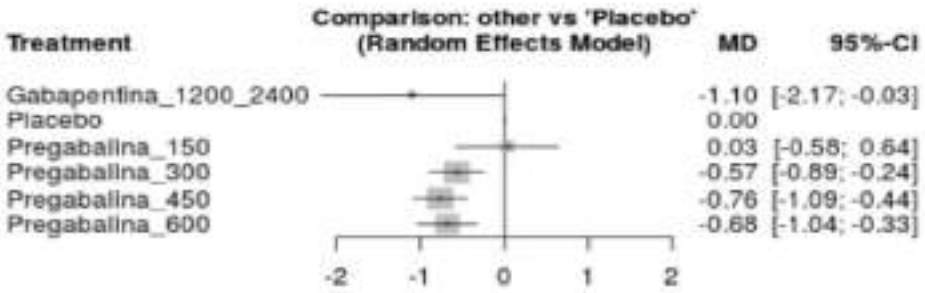


Figura AZ. Forest plot das comparações diretas das intervenções para o desfecho de redução da dor dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.Legenda: Comparison: comparação, Gabapentina_1200-2400: gabapentina 1.200 a 2.400 mg, MD: Mean Difference: Diferença média, Other: outros, Pregabalina_150: pregabalina 150 mg, Pregabalina_300: pregabalina 300 mg, Pregabalina_450: pregabalina 450 mg, Pregabalina_600: pregabalina 600 mg, Random Effects Model: Modelo de efeitos randômicos, Treatment: Tratamento, 95%-IC: Intervalo de Confiança de 95%.

Gabapentina 1.200 a 2.400 mg/dia				-1.10 [-2.17; -0.03]	
-0.34 [-1.40; 0.79]	**Pregabalina 450 mg/dia**	-0.05 [-0.42; 0.32]	-0.20 [-0.53; 0.13]	-0.76 [-1.09; -0.44]	-0.90 [-1.61; -0.19]
-0.42 [-1.55; 0.71]	-0.08 [-0.44; 0.27]	**Pregabalina 600 mg/dia**	-0.14 [-0.51; 0.23]	-0.83 [-1.00; -0.26]	
-0.53 [-1.66; 0.59]	-0.20 [-0.52; 0.13]	-0.11 [-0.47; 0.24]	**Pregabalina 300 mg/dia**	-0.57 [-0.89; -0.24]	-0.67 [-1.37; 0.03]
-1.10 [-2.17; -0.03]	-0.76 [-1.09; -0.44]	-0.68 [-1.04; -0.33]	-0.57 [-0.89; -0.24]	**Placebo**	0.14 [-0.56; 0.84]
-1.13 [-2.37; 0.15]	-0.80 [-1.41; -0.18]	-0.71 [-1.37; -0.06]	-0.60 [-1.21; 0.01]	-0.03 [-0.64; 0.58]	**Pregabalina 150 mg/dia**

Figura BA - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho da redução da dor dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.

Dor neuropática devido a lesão

Redução da dor pela escala VAS

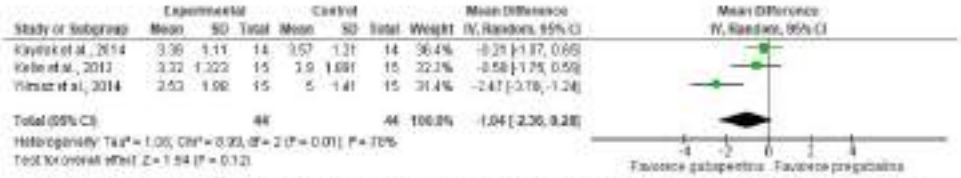


Figura AW - *Forest plot* da comparação de gabapentina *versus* pregabalina para o desfecho de redução da dor pela escala VAS em pacientes com dor neuropática devido a lesão Legenda: Control: controle, Heterogeneity: Heterogeneidade, Mean: média, Mean Difference: Diferença média, Or: ou, SD: Desvio Padrão, Subgroup: subgrupo, Study: estudo, Test for overall effect: Teste para efeito geral, Weight: peso.

Frequência de efeitos adversos



Figura AX - Forest plot da comparação de gabapentina versus pregabalina para o desfecho de frequência de eventos adversos em pacientes com dor neuropática devido a lesão. Legenda: Control: controle, Events: eventos, Heterogeneity: Heterogeneidade, Or: ou, Subgroup: subgrupo, Study: estudo, Test for overall effect: Teste para efeito geral, Weight: peso.

Descontinuação do tratamento devido a eventos adversos

Apenas um estudo reportou este desfecho, não sendo possível conduzir meta-análise.

Fibromialgia

Redução da dor pela escala NRS

Estudo	Instrumento	Nº participantes no grupo			% homens no grupo			Idade dos participantes no grupo – anos – média (DP)			Duração média da doença no grupo – média (DP)			Tempo de seguimento (semanas)	Desfechos avaliados
		GII	PG	PB	GII	PG	PB	GII	PG	PB	GII	PG	PB		
Rowbotham 1998[24]	NPRS	139	-	131	58,90%	-	48,9%	Mediana 75 (intervalo 46–93)	-	Mediana 74 (intervalo 39 – 88)	Tempo mediano desde indução pela largura acima 27,6 meses	-	Tempo mediano desde indução pela largura entre 29,8 meses	8	Cefaleia; dia de dor pela escala NPS, interferência no sono, humor, atividade, qualidade de vida, SA, descontinuação
Rockwijk 1999[25]	NPRS	64	-	61	56,30%	-	62,7%	51 (19,5)	-	53 (19,2)	DMD 12 (8,6) anos	-	DMD 11,2 (8,7) anos	8	Cefaleia; dia de dor pela escala NPS, interferência no sono, humor, atividade, qualidade de vida, SA, descontinuação
Simpson 2001[26]	NPRS	68	-	80	68%	-	68,8%	48 (9,5)	-	51 (9,8)	DMD 9 (7,4) anos	-	DMD 9 (7,4) anos	8	Cefaleia; dia de dor pela escala NPS, interferência no sono, humor, atividades.
Aicardi 2007[27]	Fibromialgia	75	-	75	67,00%	-	13,3%	48,2 (10,6)	-	47,3 (11,8)	-	-	-	12	Cefaleia; dia de dor pela escala HFI, interferência no sono, humor, atividades motoras, qualidade de vida
Xylin et al., 2012[28]	Dor neuropática diversa e lesão	15	15	-	100%	-	-	54,20 (5,63)	55,4 (4,1)	-	4,7 (2,4) anos	6,3 (2,3) anos	-	12	Nível da dor pela escala VAS e LANSS, interferência do sono pela escala DSB, duração da dor e efeitos adversos de tratamento
Forydoh et al., 2014[29]	Dor neuropática diversa e lesão	14	14	-	74%	-	-	62,8 (12,3)	-	-	29,3 (29,8) anos	-	-	18	Redução da dor nas escalas VAS, NPS, LI e SDI
Vilensr et al., 2014[30]	Dor neuropática diversa e lesão	15	15	-	43,30%	-	-	52,93 (11,87)	-	-	51,3 (61,3) anos	-	-	18	Redução da dor pela escala de VAS, interferência no sono pela escala de VAS,

Estudo	Instrumento	Nº participantes no grupo			Taxa homens no grupo			Idade dos participantes no grupo – anos – média (DP)			Duração média da doença no grupo – média (DP)			Tempo de seguimento (semanas)	Desfechos avaliados
		GH	PG	PB	GH	PG	PB	GH	PG	PB	GH	PG	PB		
Arnold 2006[4]	Fibromialgia	-	361	362	-	10,8%		-	50,1 (11,4)		-	14,8 (8,6)		14	Redução da dor, sono, ansiedade, depressão, qualidade de vida, EAs
Crofford 2008[5]	Fibromialgia	-	279	287	-	7,0%	9,0%	-	49,5 (11,6)	48,8 (11,4)	-	135,6 (120,5) meses	114,0 (99,2) meses	26	Ensaio até ponto de resposta terapêutica, tempo até piora da dor, ansiedade, fadiga, qualidade de vida, sono.
Crofford 2005[6]	Fibromialgia	-	186	151	-	8,0%	9,0%	-	48,2 (10,6)	49,7 (10,7)	-	103,7 (89,4) meses	106,9 (105,8) meses	8	Redução da dor, sono, ansiedade, depressão, qualidade de vida, EAs
Mease 2008[7]	Fibromialgia	-	186	193	-	6,5%	5,0%	-	46,6 (10,8)	44,6 (11,3)	-	115,7 (96,7) meses	105,7 (92,8)	12	Redução da dor, qualidade de vida, depressão, sono, EAs
Hiles 2012[8]	Fibromialgia	-	250	249	-	9,6%	1250,0%	-	46,7 (12,6)	47,9 (12,8)	-	DMD 60,6 (0,3 - 585,1) meses	DMD 82 (0,3 - 908,8) meses	12	Redução da dor, qualidade de vida, depressão, sono, EAs
Perez 2017[9]	Fibromialgia	-	597	606	-	87,8%	93,0%	-	48,5 (11,2)		-	96,8 (93,1) meses		12	Redução da dor pela escala NPS, interferência no sono, depressão, ansiedade, EAs
Rico 2017[10]	MPH	223	-	111	93,50%	-	93,1%	Mediana 74,9 (intervalo 28,9-94,4) anos	-	Mediana 75,4 (intervalo 22,5- 90,8) anos	DMD 2,2 (0,1 - 28,4) anos	-	DMD 2,2 (0,1 - 30,7) anos	7	Redução da dor pela escala NPS, interferência no sono, qualidade de vida

Estudo	Instituto	Nº participantes no grupo			Nº homens no grupo			Idade dos participantes no grupo – anos – média (DP)			Duração média da doença no grupo – média (DP)			Tempo de seguimento (semanas)	Desfechos avaliados
		GH	PG	PB	GH	PG	PB	GH	PG	PB	GH	PG	PB		
						grupo 600 mg/dia			grupo 600 mg/dia			no grupo 600 mg/dia			
Rosenthal 2004[7]	NPD	-	70	70	-	55,3%	57,1%	-	59,2 (12,3)	60,7 (10,3)	-	9,3 (10,5) anos	9,4 (10,3) anos	8	Melhora na dor na escala NRS, interferência no sono pela escala SF-36BQ, melhora na impressão global do paciente, melhora na impressão global clínica e efeitos adversos.
Smith 2010[8]	NPD	-	334 no grupo 300 mg/dia e 69 no no grupo 600 mg/dia	135	-	23,9% no grupo 300 mg/dia e 28,9% no grupo 600 mg/dia	76,5%	-	61,3 (10,2) no grupo 300 mg/dia e 62,2 (10,2) no grupo 600 mg/dia	62,3 (9,6)	-	6,8 (1,4) no no grupo 300 mg/dia e 8,1 (1,7) no grupo 600 mg/dia	8,1 (1,1)	13	Melhora na dor na escala NRS, 50% de redução na dor, interferência no sono pela escala SF-36BQ, melhora na impressão global do paciente e efeitos adversos.
Tölle 2007[9]	NPD	-	280	86	-	55,8%		-	58,01 (11,3)		-	NI	NI	12	Melhora na dor na escala NRS, melhora na impressão global do paciente, melhora na impressão global clínica e efeitos adversos.
Jung 2013[10]	NPD	-	20	20	-	85,0%	70,0%	-	59,1 (14,30)	59,05 (12,3)	-	120,7 (139,2) meses	55,9 (60,0) meses	4	Alterações cardíacas, percebido ou declarado morte NPS, ansiedade, depressão

Estudo	Instituição	Nº participantes no grupo			Nº homens no grupo			Idade dos participantes no grupo – anos – média (DP)			Duração média da doença no grupo – média (DP)			Tempo de seguimento (semanas)	Desfechos avaliados
		GB	PG	PB	GB	PG	PB	GB	PG	PB	GB	PG	PB		
			no grupo 300 mg/dia			55,1% no grupo 300 mg/dia			111,8) no grupo 300 mg/dia			mg/dia e 48,2 (35,3) meses no no grupo 300 mg/dia			impressão global de paciente e efeitos adversos
Arenz 1999[9]	MPO	-	87	88	-	70,7%	62,5%	-	50,2 (9,6)	54,3 (10,0)	-	4,9 (5,6)	6,4 (5,7)	12	Redução da dor na escala VAS, melhora na impressão global do paciente e efeitos adversos
Lacour 1992[7]	MPO	-	77,81 e 82 nos grupos de 75, 300 e 600 mg/dia, respectivamente	87	-	59,8% e 58,5% e 67,4% nos grupos de 75, 300 e 600 mg/dia, respectivamente	68,8%	-	41,3 (10,0), 50,0 (9,2) e 42,8 (9,7) anos nos grupos de 75, 300 e 600 mg/dia, respectivamente	37,8 (11,6)	-	NI	NI	4	Redução da dor na escala VAS, intensidade no sono, melhora na impressão global do paciente, melhora na impressão clínica do paciente e efeitos adversos
Ma 2018[8]	MPO	-	163	165	-	42,9%	45,5%	-	40,2 (10,1)	38,9 (9,5)	-	Mediana 2,2 (0,5-5,7)*	Mediana 2,4 (0,5-8,3)*	13	Melhora na dor na escala NRS, intensidade no sono pela escala NI-VRS), melhora na impressão global do paciente e efeitos adversos
Rankin 2015[10]	MPO	-	147	147	-	51,8%	54,4%	-	50,8 (9,2)	51,3 (10,5)	-	5,4 (9,6)	5,6 (8,0)	13	Melhora na dor na escala NRS e RPI e efeitos adversos
Rankin 2005[11]	MPO	-	70 no grupo 150 mg/dia e 93 no grupo 600 mg/dia	83	-	72,2% no grupo 150 mg/dia e 56,1% no	54,1%	-	50,3 (9,4) no grupo 150 mg/dia e 57,8 (9,5) no	57,1 (10,8)	-	8,2 (8,1) anos no no grupo 150 mg/dia e 9,3 (8,8) anos	10,6 (9,8) anos	6	Melhora na dor na escala NRS e VAS, intensidade no sono pela escala NI-SPG), melhora na

Quadro X - Características dos 29 ECR incluídos.

Estudo	Indicação	Nº participantes no grupo			% homens no grupo			Idade dos participantes no grupo – anos – média (DP)			Duração média da doença no grupo – média (DP)			Tempo de seguimento (semanas)	Desfechos avaliados
		GB	PG	PB	GB	PG	PB	GB	PG	PB	GB	PG	PB		
Devulder 2003[5]	MPD	-	89	84	-	41,6%	52,4%	-	72,4 (10,5)	78,5 (11,3)	-	33,3 (20,4)	34,4 (10,7)	8	Redução da dor na escala SRS e VAS, insuficiência no sono pelas escalas DSIS e SIDS, melhora na impressão global do paciente, melhora na impressão global clínica e efeitos adversos.
Lin 2007[7]	MPD	-	111	109	-	51,4%	56,9%	-	85,7 (8,6)	84,1 (9,6)	-	8,4 (NI)	8,3 (NI)	8	Redução da dor na escala SRS e VAS, redução da dor em 39%, insuficiência no sono, melhora na impressão global do paciente e efeitos adversos.
Sakurovs ki 2004[6]	MPD	-	81 (grupo 150 mg/dia e 79 (grupo 300 mg/dia)	81	-	48,8% (grupo 150 mg/dia e 41,8% (grupo 300 mg/dia)	46,0%	-	71,3 (10,1) no grupo 150 mg/dia e 71,5 (10,5) no grupo 300 mg/dia	73,2 (10,3)	-	40,8 (41,8) no grupo 150 mg/dia e 48,7 (42,1) no grupo 300 mg/dia	44,8 (46,3)	8	Redução da dor na escala SRS e VAS, insuficiência no sono, SF-36, melhora na impressão global do paciente e efeitos adversos.
Tapsoy 2008[3]	MPD	-	89	90	-	35,7%	58,7%	-	67,9 (40-86)*	65,0 (38-95)*	-	3,1 (0,2-40,5)*	2,1 (0,3-18,8)	8	Redução da dor na escala SRS e VAS, insuficiência no sono pela escala DSIS, melhora na impressão global do paciente e efeitos adversos.
São Severino 2006[4]	MPD	-	87 no grupo 150 mg/dia e 98	93	-	41,4% no grupo 150 mg/dia e	43,0%	-	70,5 (8,3) no grupo 150 mg/dia e 70,7	70,9 (10,4)	-	30,3 (40,1) meses no no grupo 150	43,5 meses (38,0)	13	Redução da dor na escala SRS e VAS, redução da dor em 30% e 50%, conclusões

Base	Estratégia	Número de resultados
	#8 #5 AND #6 AND #7	

B) Seleção das evidências

Foi recuperado um total de 4.595 referências (1.835, no Medline; 2.745, no Embase e 15, na Cochrane). Desta forma, das referências recuperadas, 970 foram excluídas por estarem duplicadas. As 3.625 referências foram triadas por meio da leitura de títulos e resumos, das quais 69 referências tiveram seus textos avaliados para confirmação da elegibilidade, por meio de uma análise mais minuciosa. Desses, 20 estudos foram excluídos por não atenderem a pelo menos um dos critérios de inclusão. Quarenta e nove estudos foram incluídos, sendo 21 revisões sistemáticas e 28 ECR (**Figura AV**).

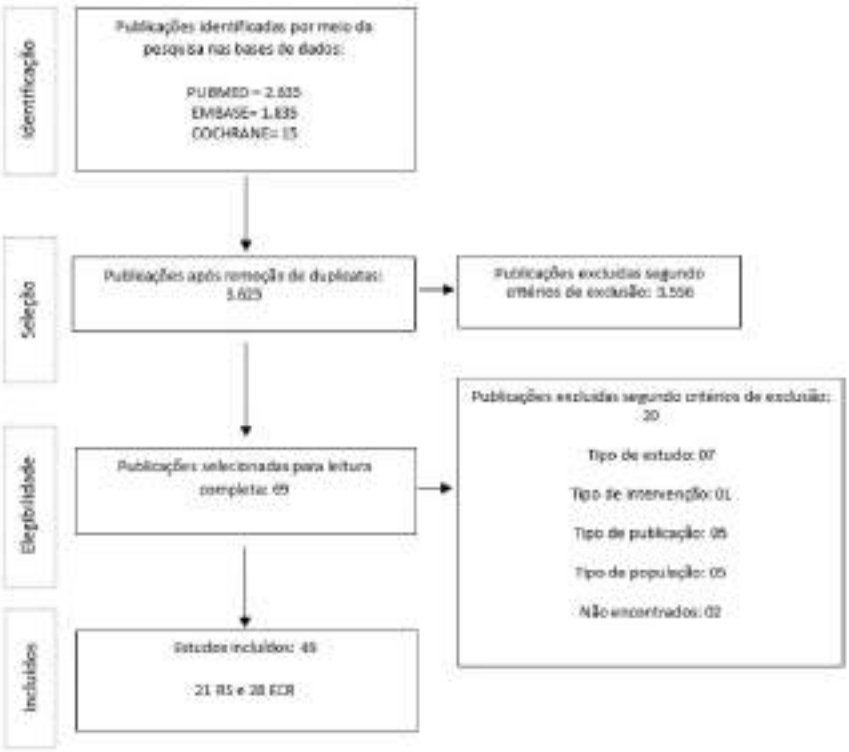


Figura AV - Fluxograma de seleção dos estudos.

C) Descrição dos estudos e resultados

As características das revisões sistemáticas e dos estudos incluídos estão descritas no **Quadro X**.

Questão 4. Pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia[75,76]

Pergunta de pesquisa: Pregabalina é eficaz, segura e custo-efetiva para o tratamento de pacientes adultos com dor neuropática ou fibromialgia, comparado a gabapentina?

A estrutura PICO para esta pergunta foi:
População (P): pacientes com dor neuropática ou fibromialgia.
Intervenção (I): pregabalina.
Comparadores (C): gabapentina.
Desfechos (O): Primários: redução da dor por escalas validadas, qualidade de vida, frequência de eventos adversos graves e descontinuação de tratamento devido a eventos adversos; Secundário: frequência de eventos adversos.

A) Estratégia de busca

Uma estratégia de busca foi construída nas bases Medline via Pubmed, Embase e Cochrane para avaliar a eficácia e a segurança da pregabalina para o tratamento de pacientes com dor neuropática e fibromialgia (**Quadro W**).

Quadro W – Estratégias de busca utilizadas nas bases Medline, Embase e Cochrane para a realização da revisão sistemática, realizadas no dia 08/04/2020.

Base	Estratégia	Número de resultados
Pubmed via Medline	((((((((("chronic pain"[MeSH Terms]) OR ("chronic pain"[Text Word])) OR ("nociceptive pain"[MeSH Terms])) OR ("nociceptive pain"[Text Word])) OR ("Neuralgia"[MeSH Terms])) OR ("Neuralgia"[Text Word])) OR ("neuralgias"[Text Word])) OR ("Neuropathic Pain"[Text Word])) OR ("Fibromyalgia"[MeSH Terms])) OR ("Fibromyalgia"[Text Word])) OR ("fibromyalgias"[Text Word])) AND ((("Gabapentin"[MeSH Terms]) OR (gabapentin[Text Word])) OR ("Pregabalin"[MeSH Terms])) OR (pregabalin[Text Word]))) AND ((((randomized controlled trial[pt]) OR controlled clinical trial[pt]) OR randomized[tiab]) OR placebo[tiab]) OR drug therapy[sh]) OR randomly[tiab]) OR trial[tiab]) OR groups[tiab]) NOT (animals [mh] NOT humans [mh]))	1.835
Embase	(('nociceptive pain'/exp OR 'nociceptive pain' OR 'nociceptive pain':ti,ab,kw OR 'neuropathic pain'/exp OR 'neuropathic pain' OR 'neuropathic pain':ti,ab,kw OR 'chronic pain'/exp OR 'chronic pain' OR 'chronic pain':ti,ab,kw OR 'chronic pain syndrome'/exp OR 'chronic pain syndrome' OR 'chronic pain syndrome':ti,ab,kw OR 'fibromyalgia'/exp OR 'fibromyalgia' OR 'fibromyalgia':ti,ab,kw) AND [embase]/lim) AND ((('pregabalin'/exp OR 'pregabalin':ti,ab,kw) AND [embase]/lim) OR (('gabapentin'/exp OR 'gabapentin':ti,ab,kw) AND [embase]/lim)) AND ('crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((double* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti)	2.745
Cochrane	#1 MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees #2 MeSH descriptor: [Nociceptive Pain] explode all trees #3 MeSH descriptor: [Neuralgia] explode all trees #4 MeSH descriptor: [Fibromyalgia] explode all trees #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4 #6 MeSH descriptor: [Gabapentin] explode all trees #7 MeSH descriptor: [Pregabalin] explode all trees	15

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Nortriptilina 75 mg/dia versus placebo	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Quadro V - Avaliação da qualidade da evidência pelo CiNeMa para o desfecho de redução da dor em pacientes com dor neuropática pós-lesão

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Amitriptilina 50 mg/dia vs duloxetina 60-120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia vs placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Muito baixa
Duloxetina 60-120 mg/dia vs placebo	1	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Algumas preocupações	Algumas preocupações	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
mg/dia								
Duloxetina 120 mg/dia versus placebo	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Moderada
Duloxetina 60-120 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus placebo	4	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Moderada
Amitriptilina 10-50 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10-50 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10-50 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10-50 mg/dia versus placebo	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60-120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60-120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60-120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
mg/dia								
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60-120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus placebo	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60-120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60-120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60-120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Nortriptilina 75 mg/dia versus placebo	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Quadro U – Avaliação da qualidade da evidência pelo CINeMa para o desfecho de descontinuação devido a eventos adversos em pacientes com dor neuropática diabética.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Amitriptilina 10-50 mg/dia versus duloxetina 60-120 mg/dia	1	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Fluoxetina 10 a 80 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Fluoxetina 10 a 80 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Fluoxetina 20 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Quadro 7 - Avaliação da qualidade da evidência pelo CiNeMa para o desfecho de redução da dor em pacientes com dor neuropática diabética.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus placebo	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60-120 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus placebo	4	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 120	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Duloxetina 20 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Inconsistência	Confiança
mg/dia								
Amitriptilina 50 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
duloxetina 20 mg/dia								
Amitriptilina 25 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
versus duloxetina 20 mg/dia								
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus amitriptilina 50 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
10 a 50 mg/dia versus duloxetina 20 mg/dia		preocupações		preocupação	preocupação	preocupação	preocupação	
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus amitriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus amitriptilina 50 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Duloxetina 20 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus placebo	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Fluoxetina 10 a 80 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Fluoxetina 20 mg/dia versus placebo	2	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Nortriptilina 25 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus amitriptilina 25 a 31 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus amitriptilina 25 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus amitriptilina 50 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina	0	Algumas	Não detectado	Nenhuma	Preocupação	Nenhuma	Nenhuma	Muito baixa

Quadro 5 - Avaliação da qualidade da evidência pelo CiNeMa para o desfecho de descontinuação devido a eventos adversos em pacientes com fibromialgia.

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés do relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus nortriptilina 25 mg/dia	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus placebo	3	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus placebo	2	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus placebo	2	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 20 mg/dia	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Moderada
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus placebo	3	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
mg/dia								
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Fluoxetina 10-80 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus fluoxetina 20	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
80 mg/dia								
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus amitriptilina 50 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus duloxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus fluoxetina 10 a 80 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Nenhuma preocupação	Preocupação significativa	Muito baixa

Comparação	Número de estudos	Viés do estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Fluoxetina 10 a 80 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Fluoxetina 20 mg/dia versus placebo	2	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus amitriptilina 25 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus amitriptilina 50 mg/dia	0	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus duloxetina 20 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus fluoxetina 10 a	0	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa

Quadro R - Avaliação da qualidade da evidência pelo GRADE para o desfecho de redução da dor em pacientes com fibromialgia.

Comparação	Número de estudos	Viés de estudo	Viés de relato	Evidência indireta	Imprecisão	Heterogeneidade	Incoerência	Confiança
Amitriptilina 25 a 37 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus fluoxetina 20 mg/dia	1	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 25 mg/dia versus placebo	2	Preocupação importante	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Amitriptilina 50 mg/dia versus placebo	2	Nenhuma preocupação	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 20 mg/dia	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 120 mg/dia versus placebo	3	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 20 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus placebo	1	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Muito baixa
Duloxetina 60 mg/dia versus placebo	2	Algumas preocupações	Não detectado	Nenhuma preocupação	Preocupação importante	Nenhuma preocupação	Nenhuma preocupação	Muito baixa

Dor neuropática por lesão

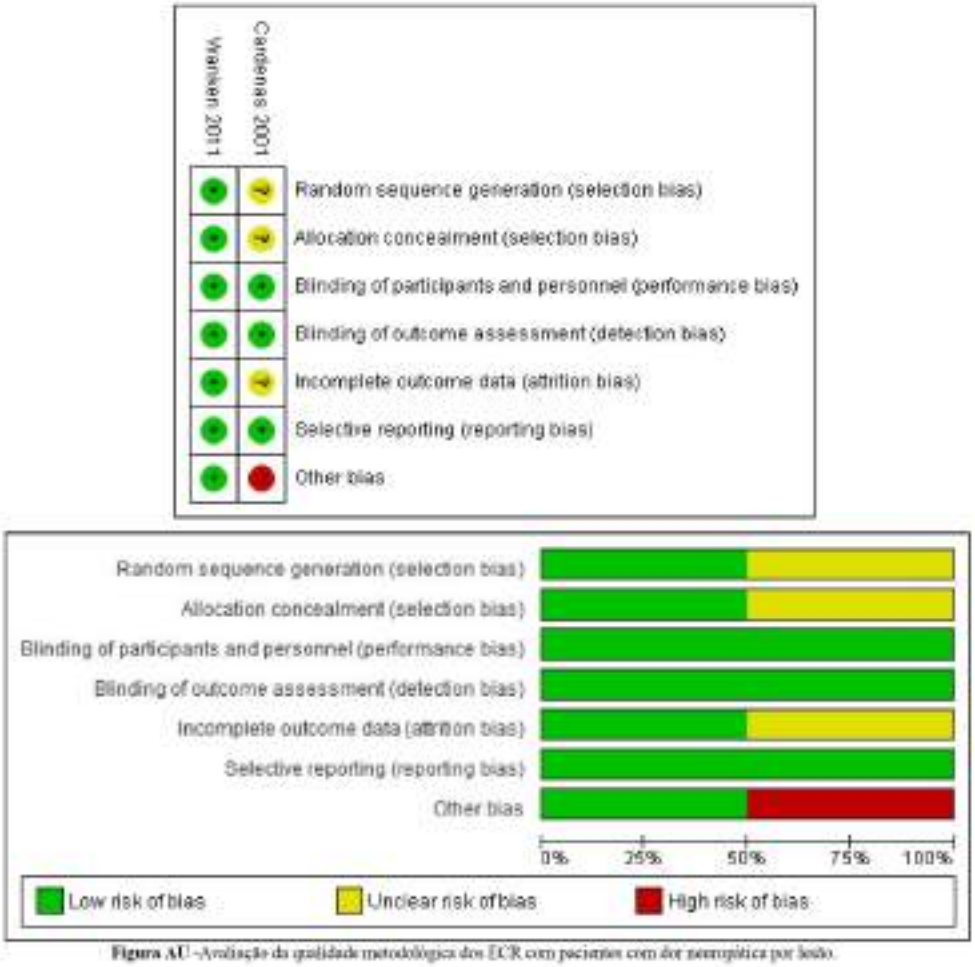


Figura AU -Avaliação da qualidade metodológica dos ECR com pacientes com dor neuropática por lesão.

E) Avaliação da qualidade da evidência

A qualidade da evidência dos desfechos das meta-análises avaliada foi avaliada pelo método GNoMa (*Confidence In Network Meta-Analysis*)[7]. A qualidade da evidência dos desfechos de redução da dor e descontinuação devido a eventos adversos para os pacientes com fibromialgia, dor neuropática diabética e dor neuropática pós-lesão para a maioria das comparações foi considerada muito baixa (**Quadros R** a **V**).



Figura AT - Avaliação da qualidade metodológica dos ECR com pacientes com fibromialgia.

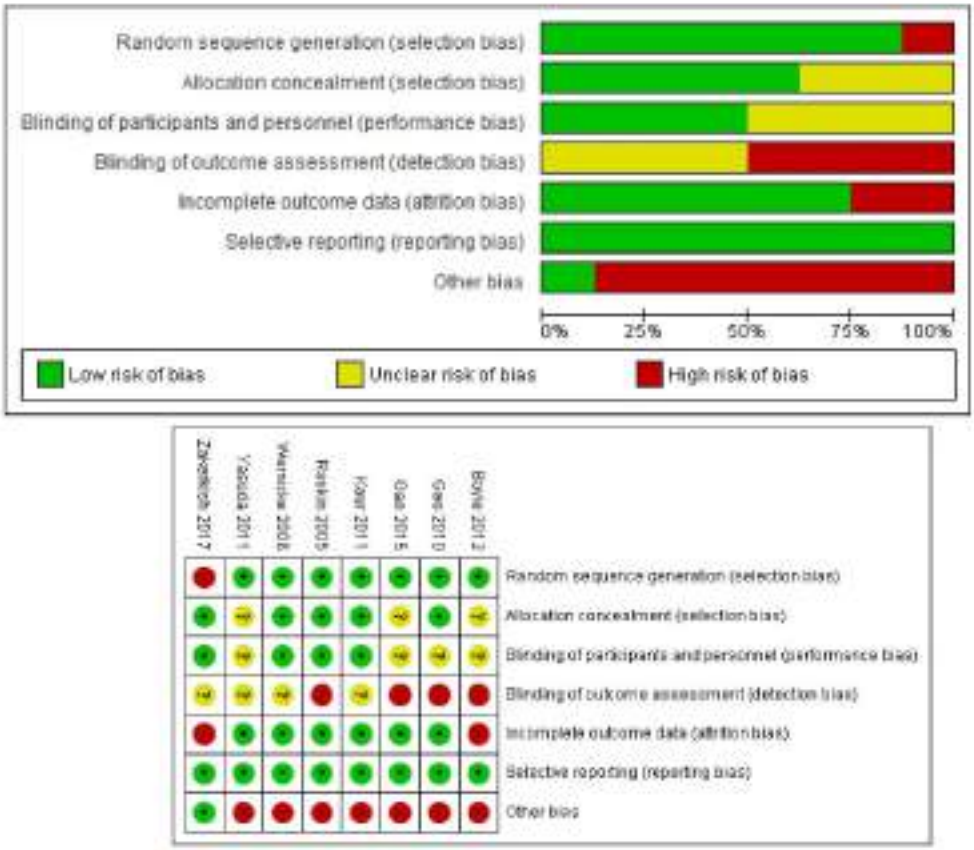


Figura A5 - Avaliação da qualidade metodológica dos ECR com pacientes com DND

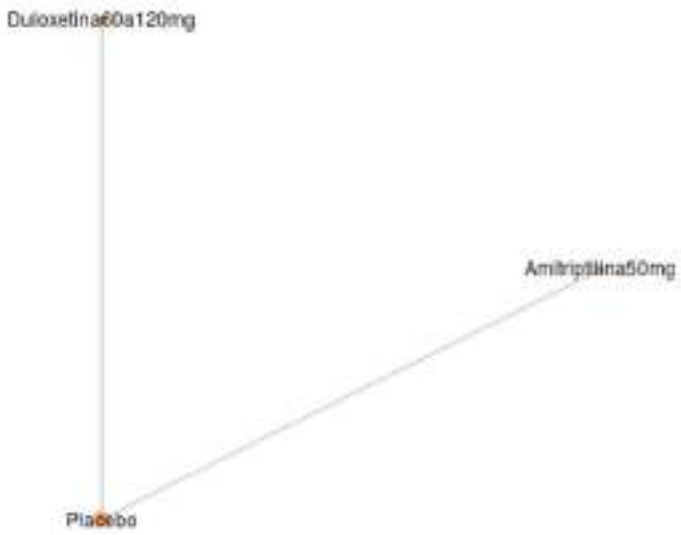


Figura AQ - *Plot* da meta-análise em rede do desfecho de redução da dor pela escala NRS em pacientes com dor neuropática por lesão.

Duloxetina 60 a 120 mg	-	-1.00 [-2.14; 0.14]
-1.00 [-2.60; 0.60]	**Amitriptilina 50 mg**	0.00 [-1.12; 1.12]
-1.00 [-2.14; 0.14]	0.00 [-1.12; 1.12]	**Placebo**

Figura AR - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de redução da dor pacientes com dor neuropática por lesão no modelo frequentista.

Descontinuação do tratamento devido a eventos adversos

Não foi possível avaliar o efeito da duloxetina no desfecho de descontinuação do tratamento em pacientes com dor neuropática por lesão.

D) Avaliação do risco de viés

Para avaliação do risco de viés, foi utilizada a ferramenta *A revised tool to assess risk of bias in randomized trials* da Colaboração Cochrane[3] (**Figuras AS a AU**).

Comparação	Nº Estudo	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Duloxetina 120 mg versus Placebo	3	0.78	0.78	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-0.72	NA	-0.72	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Duloxetina 60 mg	1	-0.53	-0.34	-2.26	1.92	-0.73	4.57	0.16
Duloxetina 20 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	-1.09	NA	-1.09	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	0.53	NA	0.53	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	0.50	NA	0.50	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Placebo	1	-0.14	-0.17	0.03	-0.20	-2.50	2.11	0.87
Duloxetina 60 a 120 mg versus Duloxetina 60 mg	0	0.19	NA	0.19	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.72	NA	0.72	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	1.25	NA	1.25	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	1.27	NA	1.28	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg versus Placebo	1	0.58	0.58	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.53	NA	0.53	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	1.06	NA	1.06	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	1.08	NA	1.08	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg versus Placebo	2	0.39	0.42	0.04	0.38	-1.22	1.98	0.64
Fluoxetina 10 a 80 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	0.53	NA	0.53	NA	NA	NA	NA
Fluoxetina 10 a 80 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	0.56	NA	0.56	NA	NA	NA	NA
Fluoxetina 10 a 80 mg versus Placebo	1	-0.14	-0.14	NA	NA	NA	NA	NA
Fluoxetina 20 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	0.03	NA	0.03	NA	NA	NA	NA
Fluoxetina 20 mg versus Placebo	2	-0.67	-0.71	-0.01	-0.70	-8.33	6.93	0.86
Nortriptilina 25 mg versus Placebo	1	-0.70	-0.67	-1.18	0.51	-9.51	1.05	0.92

Legenda: NA: Não se Aplica.

Dor neuropática por lesão

Redução da dor pela escala NRS

Comparação	Nº Estudo	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Placebo	2	-0.28	-0.28	NA	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Amitriptilina 50 mg	0	-1.54	NA	-1.53	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 120 mg	0	-1.59	NA	-1.59	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 20 mg	0	-0.67	NA	-0.67	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-1.39	NA	-1.39	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 60 mg	0	-1.20	NA	-1.20	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	-0.67	NA	-0.67	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Fluoxetina 20 mg	1	-0.14	-0.71	0.29	-1.00	-5.55	3.54	0.67
Amitriptilina 25 mg versus Nortriptilina 25 mg	1	-0.11	-0.05	-0.40	0.34	-6.45	7.14	0.92
Amitriptilina 25 mg versus Placebo	3	-0.81	-0.71	-4.28	3.57	-6.91	1.41	0.50
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 120 mg	0	-0.05	NA	-0.05	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 20 mg	0	0.87	NA	0.87	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	0.15	NA	0.15	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 60 mg	0	0.34	NA	0.34	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.87	NA	0.87	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	1.40	NA	1.40	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	1.42	NA	1.42	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Placebo	2	0.73	0.73	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Duloxetina 20 mg	1	0.92	1.03	-0.68	1.71	-1.37	4.80	0.28
Duloxetina 120 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	0.20	NA	0.20	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Duloxetina 60 mg	2	0.39	0.43	-0.32	0.75	-1.32	2.81	0.48
Duloxetina 120 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.92	NA	0.92	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	1.45	NA	1.45	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	1.48	NA	1.48	NA	NA	NA	NA

Figura AF - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de descontinuação por evento adverso dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.

Quadro Q - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com fibromialgia para o desfecho de redução da dor no modelo frequentista.

Comparação	Nº Estudo	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Amitriptilina 25 a 37 mg	0	0.28	NA	0.28	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Amitriptilina 25 mg	0	0.81	NA	0.81	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Amitriptilina 50 mg	0	-0.75	NA	-0.75	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Duloxetina 120 mg	0	-0.78	NA	-0.78	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Duloxetina 20 mg	0	0.14	NA	0.14	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-0.58	NA	-0.58	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Duloxetina 60 mg	0	-0.39	NA	-0.39	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.14	NA	0.14	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	0.67	NA	0.67	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	0.70	NA	0.70	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg versus Placebo	1	-1.64	0.00	NA	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Amitriptilina 25 mg	0	0.53	NA	0.53	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Amitriptilina 50 mg	0	-1.00	NA	-1.00	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 120 mg	0	-1.06	NA	-1.06	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 20 mg	0	-0.14	NA	-0.14	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-0.86	NA	-0.86	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 60 mg	0	-0.66	NA	-0.66	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	-0.14	NA	-0.14	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	0.39	NA	0.39	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Nortriptilina 25 mg	0	0.42	NA	0.42	NA	NA	NA	NA

Comparação	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
20 mg								
Fluoxetina 10 a 80 mg versus Placebo	1	-1.4	-1.4	NA	NA	NA	NA	NA
Fluoxetina 20 mg versus Placebo	2	-0.56	-0.41	-4.05	3.65	-3.06	1.84	0.29

Legenda: IC: Intervalo de Confiança; NA: Não se Aplica.

Descontinuação do tratamento devido a eventos adversos

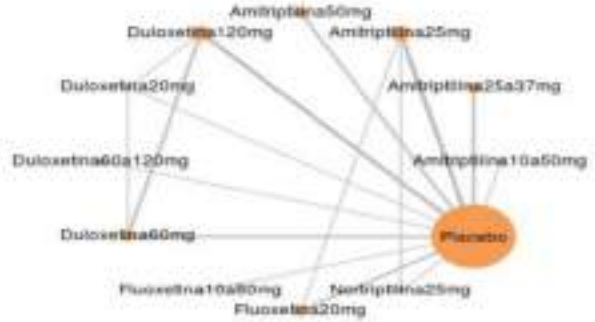


Figura AN - *Plot* da meta-análise em rede do desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos com todos os estudos incluídos com pacientes com fibromialgia.

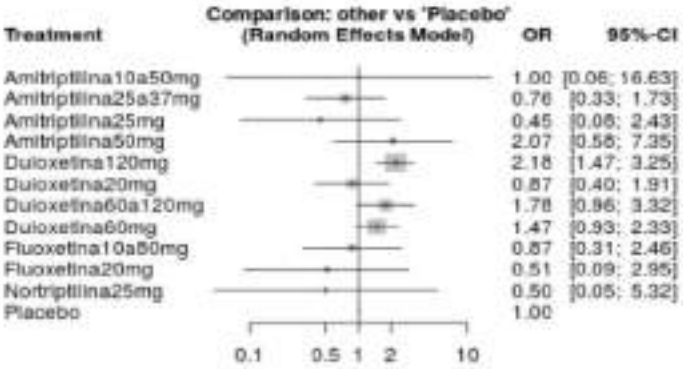


Figura AO - *Forest plot* das comparações diretas para o desfecho de descontinuação por evento adverso dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.Legenda: Comparison, comparação; OR: odds ratio, Razão de chances; Other: outros; Random Effects Model, Modelo de efeitos randômicos; Treatment: tratamento; 95%-IC: Intervalo de Confiança de 95%.

Amitriptilina25mg	-	0.87 [-1.68; 2.92]	-	-	-	-	-1.20 [-2.84; 0.44]	-
-0.02 [-2.68; 2.65]	Amitriptilina25a37mg	-	-	-	-	-	-1.00 [-3.16; 1.16]	-
-0.21 [-1.90; 1.48]	-0.19 [-2.60; 2.24]	Fluoxetina20mg	-	-	-	-	-0.72 [-1.84; 0.40]	-
-0.22 [-2.97; 2.44]	-0.19 [-3.24; 2.85]	-0.01 [-2.43; 2.41]	Amitriptilina50mg	-	-	-	-0.01 [-2.06; 1.24]	-
-0.37 [-2.17; 1.43]	-0.35 [-2.69; 1.99]	-0.17 [-1.88; 1.20]	-0.16 [-2.49; 2.16]	Duloxetina120mg	-	-0.04 [-1.01; 1.03]	-0.85 [-1.96; 0.25]	-0.78 [-1.89; 0.26]
-0.50 [-2.71; 1.70]	-0.48 [-3.15; 2.19]	-0.30 [-2.22; 1.62]	-0.29 [-2.85; 2.37]	-0.13 [-1.95; 1.66]	Duloxetina60a120mg	-	-0.82 [-2.06; 1.06]	-
-0.55 [-2.64; 1.54]	-0.52 [-3.09; 2.05]	-0.24 [-2.13; 1.44]	-0.33 [-2.89; 2.23]	-0.18 [-1.80; 1.20]	-0.04 [-2.15; 2.05]	Duloxetina20mg	-0.79 [-2.36; 0.78]	-0.24 [-1.01; 1.20]
-1.92 [-2.68; 0.53]	-1.89 [-3.16; 1.16]	-0.82 [-1.82; 0.29]	-0.81 [-2.99; 1.34]	-0.65 [-1.56; 0.25]	-0.52 [-2.09; 1.05]	-0.48 [-1.88; 0.92]	Placebo	-0.31 [-1.42; 0.80]
-1.34 [-3.12; 0.64]	-1.31 [-3.62; 1.16]	-1.03 [-2.86; 0.93]	-1.02 [-3.42; 1.38]	-0.87 [-1.93; 0.20]	-0.73 [-2.63; 1.16]	-0.69 [-2.13; 0.75]	-0.21 [-1.28; 0.85]	Duloxetina60mg

Comparação	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 120 mg	0	-0.15	NA	-0.15	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 20 mg	0	-0.33	NA	-0.33	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-0.29	NA	-0.29	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Duloxetina 60 mg	0	-1.02	NA	-1.02	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.59	NA	0.59	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	-0.25	NA	-0.25	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg versus Placebo	2	-0.81	-0.81	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Duloxetina 20 mg	1	-0.18	-0.04	-0.7	0.66	-2.79	4.11	0.71
Duloxetina 120 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-0.13	NA	-0.13	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Duloxetina 60 mg	2	-0.87	-0.76	-1.99	1.22	-2.63	5.07	0.53
Duloxetina 120 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.75	NA	0.75	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	-0.1	NA	-0.1	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg versus Placebo	3	-0.65	-0.65	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	0.04	NA	0.04	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Duloxetina 60 mg	1	-0.69	-0.24	-2.95	2.71	-1.15	6.57	0.17
Duloxetina 20 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.92	NA	0.92	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	0.08	NA	0.08	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 20 mg versus Placebo	1	-0.48	-0.79	0.72	-1.51	-4.96	1.94	0.39
Duloxetina 60 a 120 mg versus Duloxetina 60 mg	0	-0.73	NA	-0.73	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.88	NA	0.88	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	0.04	NA	0.04	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg versus Placebo	1	-0.52	-0.52	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	1.61	NA	1.61	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	0.77	NA	0.77	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg versus Placebo	2	0.21	0.31	-0.91	1.22	-2.63	5.08	0.53
Fluoxetina 10 a 80 mg versus Fluoxetina	0	-0.84	NA	-0.84	NA	NA	NA	NA



Figura AM - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de redução da dor dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.

Quadro P - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com fibromialgia para o desfecho de redução da dor no modelo frequentista.

Comparação	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Amitriptilina 25 mg	0	-0.06	NA	-0.06	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Amitriptilina 50 mg	0	-0.19	NA	-0.19	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 120 mg	0	-0.35	NA	-0.35	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 20 mg	0	-0.52	NA	-0.52	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-0.48	NA	-0.48	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Duloxetina 60 mg	0	-1.21	NA	-1.21	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.4	NA	0.4	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Fluoxetina 20 mg	0	-0.44	NA	-0.44	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 a 37 mg versus Placebo	1	-1	-1	NA	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Amitriptilina 50 mg	0	-0.13	NA	-0.13	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 120 mg	0	-0.29	NA	-0.29	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 20 mg	0	-0.46	NA	-0.46	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 60 a 120 mg	0	-0.42	NA	-0.42	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Duloxetina 60 mg	0	-1.15	NA	-1.15	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Fluoxetina 10 a 80 mg	0	0.46	NA	0.46	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 25 mg versus Fluoxetina 20 mg	1	-0.38	0.47	-2.14	2.61	-1.15	6.37	0.17
Amitriptilina 25 mg versus Placebo	2	-0.94	-1.2	1.92	-3.12	-8.84	2.59	0.28

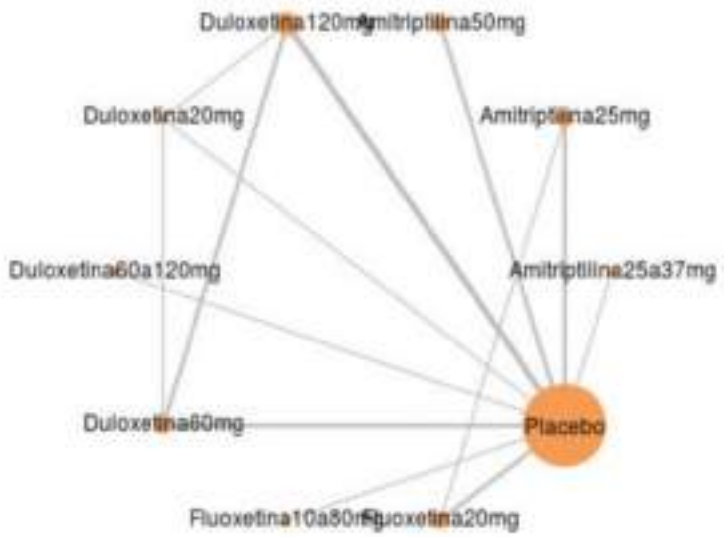


Figura AK - *Plot* da meta-análise em rede do desfecho de redução de dor pela escala NRS com todos os estudos incluídos com pacientes com fibromialgia.

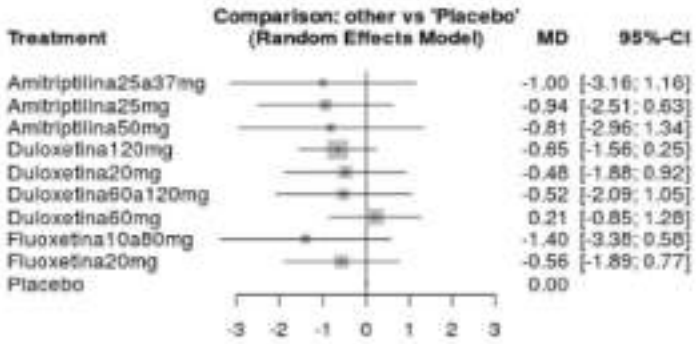


Figura AL - *Forest plot* das comparações diretas das intervenções para o desfecho de redução da dor dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista Legenda: Comparison, comparação; MD: Mean Difference, Diferença média; Other: outros; Random Effects Model, Modelo de efeitos randômicos; Treatment: tratamento; 95%-IC: Intervalo de Confiança de 95%.

Quadro O - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com fibromialgia para o desfecho de descontinuação por evento adverso no modelo frequentista.

Comparação	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	-0.37	NA	-0.37	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	1	-0.47	-0.47	NA	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	0.11	NA	0.11	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	-0.47	NA	-0.47	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 10 a 50 mg/dia versus placebo	0	0.91	NA	0.91	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	-0.10	NA	-0.10	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	2	0.48	0.49	0.37	0.12	-1.49	1.73	0.88
Duloxetina 120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	-0.10	NA	-0.10	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg/dia versus placebo	2	1.28	1.20	1.47	-0.27	-1.59	1.05	0.69
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	0.58	NA	0.58	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	0.60	NA	0.60	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus placebo	1	1.38	1.38	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	1	-0.58	-0.58	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg/dia versus placebo	4	0.81	0.80	NA	NA	NA	NA	NA
Nortriptilina 75 mg/dia versus placebo	0	1.38	NA	1.38	NA	NA	NA	NA

Legenda: IC: Intervalo de Confiança; NA: Não se Aplica.

Fibromialgia

Redução da dor pela escala NRS

Descontinuação do tratamento devido a eventos adversos

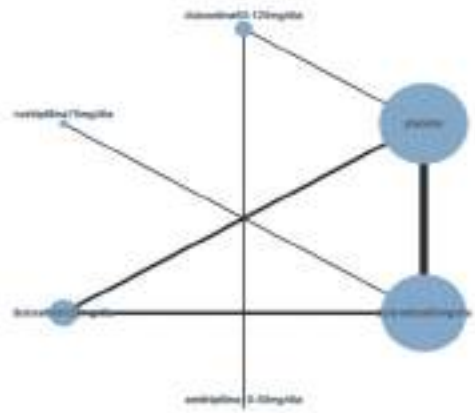


Figura AH - Plot da meta-análise em rede do desfecho de descontinuação do tratamento por eventos adversos com todos os estudos incluídos com pacientes com dor neuropática diabética.

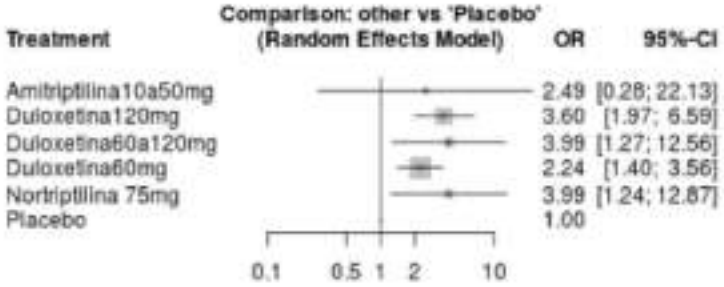


Figura AI - Forest plot das comparações diretas para o desfecho de descontinuação por evento adverso dos estudos com pacientes com dor neuropática diabética no modelo frequentista. *Legenda: Comparison, comparação; MD: Mean Difference, Diferença média; Other: outros; Random Effects Model, Modelo de efeitos randômicos; Treatment: tratamento; 95%-IC: Intervalo de Confiança de 95%.*

Placebo	0,45 [0,28; 0,72]	-	0,30 [0,15; 0,62]	-	0,25 [0,08; 0,79]
0,45 [0,28; 0,71]	**Duloxetina60mg**	-	0,61 [0,34; 1,10]	0,56 [0,19; 1,64]	-
0,40 [0,05; 3,57]	0,90 [0,10; 8,38]	**Amitriptilina10a50mg**	-	-	0,62 [0,10; 4,00]
0,28 [0,15; 0,51]	0,62 [0,36; 1,07]	0,69 [0,07; 6,66]	**Duloxetina120mg**	-	-
0,25 [0,08; 0,81]	0,56 [0,19; 1,64]	0,62 [0,05; 7,44]	0,90 [0,27; 3,02]	**Nortriptilina 75mg**	-
0,25 [0,08; 0,79]	0,56 [0,16; 1,93]	0,62 [0,10; 4,00]	0,90 [0,25; 3,29]	1,00 [0,19; 5,14]	**Duloxetina60a120mg**

Figura AJ - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de descontinuação por evento adverso dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.

Quadro N - Dados da análise de inconsistência da meta-análise dos estudos com pacientes com fibromialgia para o desfecho de redução da dor no modelo fixo-aleatório

Comparação	Nº Estudos	Meta-análise em rede	Direta	Indireta	Diferença	Diferença inferior do IC95%	Diferença superior do IC95%	Valor-p
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 120 mg/dia	0	-0.44	NA	-0.44	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	-0.46	NA	-0.46	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	1	-0.20	-0.20	NA	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	-1.38	NA	-1.38	NA	NA	NA	NA
Amitriptilina 50 mg/dia versus placebo	0	-0.84	NA	-0.84	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 a 120 mg/dia	0	-0.02	NA	-0.02	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	2	0.24	0.21	0.49	-0.28	-0.31	0.26	0.85
Duloxetina 120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	-0.94	NA	-0.94	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 120 mg/dia versus placebo	2	-0.40	-0.37	-0.65	0.28	-0.26	0.31	0.85
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus duloxetina 60 mg/dia	0	0.26	NA	0.26	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	0	-0.92	NA	-0.92	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 a 120 mg/dia versus placebo	1	-0.38	-0.38	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg/dia versus nortriptilina 75 mg/dia	1	-1.18	-1.18	NA	NA	NA	NA	NA
Duloxetina 60 mg/dia versus placebo	4	-0.64	-0.64	NA	NA	NA	NA	NA
Nortriptilina 75 mg/dia versus placebo	0	0.54	NA	0.54	NA	NA	NA	NA

Legenda: IC: Intervalo de Confiança; NA: Não se Aplica.

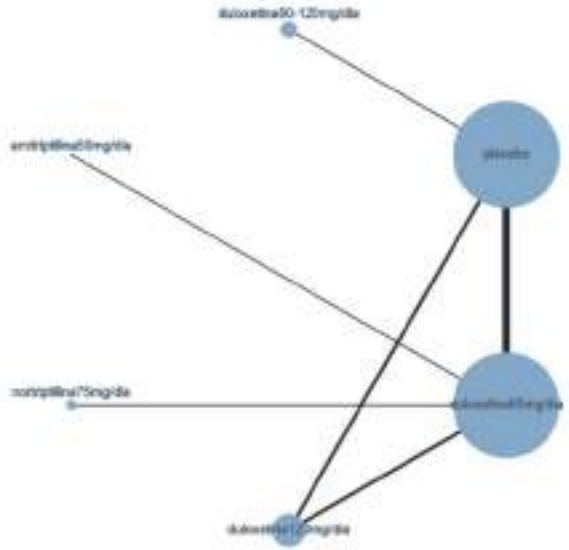


Figura AE - Plot de meta-análise em rede do desfecho de redução de dor pela escala NRS com todos os estudos incluídos com pacientes com dor neuropática diabética.

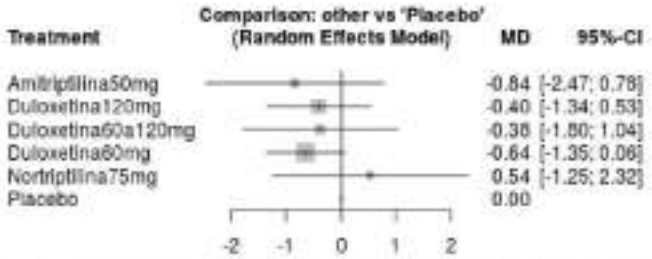


Figura AF - *Forest plot* das comparações diretas das intervenções para o desfecho de redução da dor dos estudos com pacientes com dor neuropática diabética no modelo frequentista. Legenda: Comparison, comparação; MD: Mean Difference, Diferença média; Other: outros; Random Effects Model, Modelo de efeitos randômicos; Treatment: tratamento; 95%-IC: Intervalo de Confiança de 95%.

Amitriptilina50mg	-0,20 [-1,66; 1,26]	-	-	-	-
-0,20 [-1,66; 1,26]	**Duloxetina60mg**	-0,21 [-1,21; 0,80]	-	-0,64 [-1,35; 0,06]	-1,18 [-2,82; 0,46]
-0,44 [-2,18; 1,30]	-0,24 [-1,18; 0,70]	**Duloxetina120mg**	-	-0,37 [-1,37; 0,63]	-
-0,46 [-2,62; 1,69]	-0,26 [-1,85; 1,32]	-0,02 [-1,72; 1,68]	**Duloxetina60a120mg**	-0,38 [-1,80; 1,04]	-
-0,84 [-2,47; 0,78]	-0,64 [-1,35; 0,06]	-0,40 [-1,34; 0,53]	-0,38 [-1,80; 1,04]	**Placebo**	-
-1,38 [-3,58; 0,82]	-1,18 [-2,82; 0,46]	-0,94 [-2,83; 0,95]	-0,92 [-3,20; 1,37]	-0,54 [-2,32; 1,25]	**Nortriptilina75mg**

Figura AG - Matriz da comparação das intervenções para o desfecho de redução da dor dos estudos com pacientes com fibromialgia no modelo frequentista.

Condição clínica	Autor e ano dos ECR	Comparações
	Yasuda et al., 2011[54]	Duloxetina vs. placebo
Fibromialgia	Arnold et al., 2002[55]	Fluoxetina vs. placebo
	Arnold et al., 2004[56]	Duloxetina vs. placebo
	Arnold et al., 2005[57]	Duloxetina vs. placebo
	Carette et al., 1986[58]	Amitriptilina vs. placebo
	Carette et al., 1994[59]	Amitriptilina vs. placebo
	Carette et al., 1995[60]	Amitriptilina vs. placebo
	Chappell et al., 2008[61]	Duloxetina vs. placebo
	Goldenberg et al., 1986[62]	Fluoxetina vs. placebo
	Goldenberg et al., 1996[63]	Amitriptilina vs. placebo
	Hannonen et al., 1998[64]	Amitriptilina vs. placebo
	Heymans et al., 2001[65]	Nortriptilina e amitriptilina vs. placebo
	Kempenaers et al., 1994[66]	Amitriptilina vs. placebo
	Russell et al., 2008[67]	Duloxetina vs. placebo
	Scudds et al., 1989[68]	Amitriptilina vs. placebo
	Wolfe et al., 1994[69]	Fluoxetina vs. placebo
Dor neuropática por lesão	Cardenas et al., 2001[70]	Amitriptilina vs. placebo
	Vranken et al., 2011[71]	Duloxetina vs. placebo

Com o intuito de avaliar as comparações de interesse, foram conduzidas meta-análises em rede frequentistas. Os resultados estão descritos, por tipo de dor crônica, comparação e desfecho nas **Figuras AE** a **AR** e nos **Quadros N** a **Q**.

Dor neuropática diabética

Redução da dor pela escala numérica (NRS)

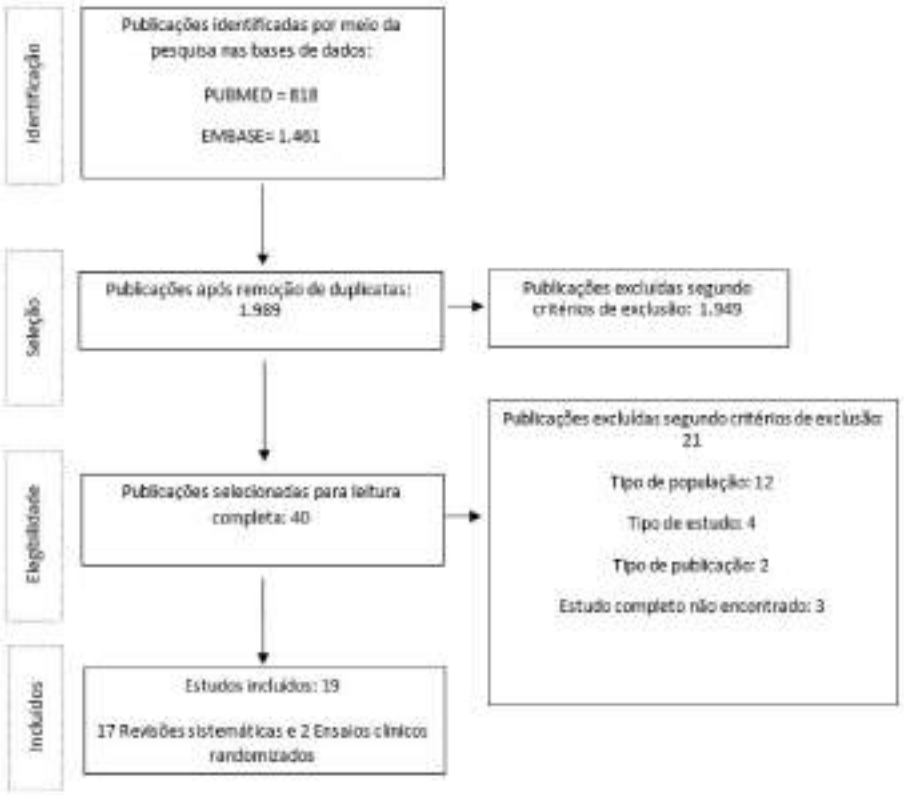


Figura AD - Fluxograma de seleção dos estudos.

C) **Descrição dos estudos e resultados**

As características dos estudos incluídos estão descritas no **Quadro M**.

Quadro M - Relação dos ECR incluídos nas revisões sistemáticas e no presente seleção por tipo de participantes e intervenções comparadas.

Condição clínica	Autor e ano dos ECR	Comparações
Dor neuropática diabética	Boyle et al., 2012[47]	Duloxetina vs. amitriptilina
	Gao et al., 2010[48]	Duloxetina vs. placebo
	Gao et al., 2015[49]	Duloxetina vs. placebo
	Kaur et al., 2011[50]	Duloxetina vs. amitriptilina
	Raskin et al., 2005[51]	Duloxetina vs. placebo
	Zakrzhish et al., 2017[52]	Duloxetina vs. placebo
	Wernicke et al., 2006[53]	Duloxetina vs. placebo

Questão 3. Duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia[45, 46]

Pergunta de pesquisa: O uso de duloxetina é mais eficaz, seguro e custo-efetivo que os antidepressivos já incorporados ao SUS (amitriptilina, nortriptilina, fluoxetina, clomipramina) para o tratamento de pacientes com dor neuropática e fibromialgia?

A estrutura PICO para esta pergunta foi:
Population (P): indivíduos dor crônica neuropática (diabética e por lesão) e fibromialgia.
Intervenção (I): duloxetina.
Comparadores (C): antidepressivos já incorporados ao SUS (amitriptilina, nortriptilina, fluoxetina, clomipramina).
Desfechos (O): Primários: redução da dor por escalas validadas, qualidade de vida, frequência de eventos adversos graves e descontinuação de tratamento devido a eventos adversos; Secundários: frequência de eventos adversos.

A) Estratégia de busca

Uma estratégia de busca foi construída para avaliar a eficácia e a segurança da duloxetina para o tratamento de pacientes com dor crônica (**Quadro L**).

Quadro L - Estratégias de buscas utilizadas no Medline (via Pubmed) e Embase para a realização da revisão sistemática, realizadas no dia 20/04/2020.

Base	Estratégia	Número de resultados
Medline via Pubmed	((((("Chronic Pain"[Mesh] OR Chronic pain OR "Nociceptive Pain"[Mesh] OR Nociceptive pain OR "Neuralgia"[Mesh] OR Neuralgia OR Neuropathic Pain OR "Fibromyalgia"[Mesh] OR Fibromyalgia)) OR ((("Osteoarthritis"[Mesh] OR Osteoarthritis)) OR ("Low back pain"[Mesh] OR "Chronic low back pain"))) AND ((((("Duloxetine Hydrochloride"[Mesh] OR Duloxetine Hydrochloride OR duloxetine))))	818
Embase	('duloxetine'/exp OR 'duloxetine') AND [embase]/lim AND ('nociceptive pain'/exp OR 'nociceptive pain' OR 'neuropathic pain'/exp OR 'neuropathic pain' OR 'chronic pain'/exp OR 'chronic pain' OR 'chronic pain syndrome'/exp OR 'chronic pain syndrome' OR 'fibromyalgia'/exp OR 'fibromyalgia') AND [embase]/lim AND ('fluoxetine'/exp OR 'fluoxetine' OR 'amitriptyline'/exp OR 'amitriptyline' OR 'nortriptyline'/exp OR 'nortriptyline' OR 'clomipramine'/exp OR 'clomipramine') AND [embase]/lim	1.461

B) Seleção das evidências

Foram recuperadas 2.279 referências (818, no Medline via PubMed e 1.461, no Embase). Destas, 290 foram excluídas por estarem duplicadas. Um total de 1.989 referências foi triado por meio da leitura de títulos e resumos, das quais 40 referências tiveram seus textos avaliados para confirmação da elegibilidade, por meio de uma análise mais minuciosa. Destes, 21 estudos foram excluídos por não atenderem a pelo menos um dos critérios de inclusão. Assim, dezenove estudos foram incluídos, sendo seis revisões sistemáticas e dois ECR (**Figura AD**).

b. Estado não é sobre diclofenaco diclofenaco

c. Cálculo não mesmo dados de dentro poderão um intervalo de confiança

Adesivo de piroxicam versus Creme de piroxicam

Avaliação de certeza							Impacto	Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Dor pela EVA (seguimento: 16 dias)									
1	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	não grave	grave[b]	não grave	nenhum	Adesivo de piroxicam: 38,3 (DP 26,6) mm na visita final Creme de piroxicam: 42,2 (DP 21,3) mm na visita final	⊕⊕◯◯ BAIXA	IMPORTANTE

Explicações

a. Estudo com alto risco de viés

b. Incerteza sobre diclofenaco diclofenaco

Diclofenaco spray versus Diclofenaco gel

Avaliação de certeza							Impacto	Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Dor por escala Likert de 0 a 4 (seguimento: 4 semanas)									
1	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	não grave	não grave	grave[b]	nenhum	Não foi relatada medida de eficácia	⊕⊕◯◯ BAIXA	IMPORTANTE

Explicações

a. Alto risco de viés

b. Tamanho amostral pequeno

Diferentes AINEs orais

Quadro X – [illegible]

S-flurbiprofeno salicílico (SFP) versus flurbiprofeno (FT) convencional salicílico

Avaliação de certeza							Impacto	Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Dor pela EVA (seguimento: 2 semanas)									
1	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	não grave	grave[b]	não grave	nenhum	A média de números quedados de remoção de VAS foi -40,9 (IC 95%: -59,3 a -22,6) nos no grupo SFP e -84,6 (IC 95%: -28,9 a -92,2) nos no grupo de placeb. FT; p = 0,000	⊕◯◯◯ BAIXA	IMPORTANTE

Legenda: CI: Intervalo de confiança

Explicações:

a. Devido ao alto risco de viés.

b. A interpretação do tamanho para este PICO é a dificuldade de estabelecer gol.

Flurbiprofeno adesivo versus Piroxicam gel

Avaliação de certeza							Impacto	Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Dor pela EVA (seguimento: 14 dias)									
1	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	não grave	grave[b]	muito grave[c]	nenhum	A vantagem na severidade da dor em geral, a média de melhora para aqueles que escolheram flurbiprofeno tópico [illegible] foi de 2,4, versus 1,7 daqueles que escolheram o piroxicam.	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE

Explicações:

a. Alto risco de viés.

Avaliação de certeza							Nº de pacientes		Efeito		Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	AINE tópico	AINE oral	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
3	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	grave[b]	grave[c]	grave[d]	nenhum	102/418 (45,0%)	210/423 (49,6%)	RR 0,89 (0,71 para 1,13)	**55 menos por 1.000** (de 144 menos para 65 mais)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE

Eventos adversos gastrointestinais

7	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	grave[b]	grave[e]	não grave	nenhum	86/737 (24,6%)	279/752 (36,6%)	RR 0,84 (0,64 para 0,67)	**108 menos por 1.000** (de 245 menos para 48 menos)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE

Eventos adversos hepáticos

3	ensaios clínicos randomizados	grave[a]	não grave	grave[f]	grave[d]	nenhum	31/208 (17,1%)	10/207 (5,4%)	OR 3,43 (1,80 para 6,21)	**110 mais por 1.000** (de 44 mais para 287 mais)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	NÃO IMPORTANTE

Legenda: CI: Confidence interval; ANRS: Standardized mean difference; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio

Explicações:

a. Incluído de estudos com risco de viés incerto e alto.

b. Ambos os estudos de Yagwell, 2004 e Strom, 2000 investigaram a adição tópica de diclofenaco, e não gel de diclofenaco, como os especialistas sugeriram.

c. Houve heterogeneidade moderada de $I^2=44\%$.

d. Os estudos investigaram outros medicamentos tópicos, que não o diclofenaco ou diclofenaco gel.

e. Possibilidade de redução de RR além de 25% embora o limiar da recomendação não seja nível.

f. Houve heterogeneidade alta de $I^2=75\%$.

Explicações:

a. Incluído de estudos com risco de viés sendo ao grave. A retirada do estudo de Dyan do sensitivo da meta-análise e realizamos para obtenção a posição do diamante em relação à linha de nulidade.

b. Observando a meta-análise, os intervalos de confiança se sobrepõem parcialmente, e os direções de efeito são coincidentes.

c. Considerando que a pergunta original dos especialistas se referia ao diclofenaco dietilamônio, e somente o estudo de Vietland, 2005 avaliou esta apresentação, pode-se considerar que os outros estudos forneceu evidência indireta.

d. Assimetria do gráfico de funil.

e. Incluído de estudos com risco de viés sendo ao grave.

f. Incluído de estudos com valor baixo de viés.

g. Heterogeneidade alta, com diferentes direções de efeito.

h. Possibilidade de redução de 0,8, abaixo de 25% melhor o limite de recomendação em um nível.

AINE típico versus AINE oral

Quadro 8 - Tabela summary of findings da Comparação 2 dos AINEs típicos para o tratamento da dor crônica musculoesquelética em pessoas idosas

Avaliação de certeza							Nº de pacientes		Efeito		Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	AINE típico	AINE oral	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Bias pela escala WOTLAC												
1	ensaios clínicos randomizados	grave [a]	não grave	grave [b]	não grave	nenhum	0/0	0/0	-	IAD 0.12 mais alto (0.01 menor para 0.24 mais alto)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRÍTICO

Incidência de eventos adversos

Avaliação de certeza							Nº de pacientes		Efeito		Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	AEM: tópico	placebo: tópico	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
18	ensaios clínicos randomizados	grave[1]	não grave	grave[1]	não grave	viés de publicação altamente suspeito[2]	1890/2006 (53,8%)	820/1978 (41,7%)	RR 1,15 (1,05 para 1,27)	**70 mais por 1.000** (de 23 mais para 126 mais)	⨁◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE
Incidência de eventos adversos												
5	ensaios clínicos randomizados	grave[1]	não grave	grave[1]	grave[3]	viés de publicação altamente suspeito[2]	754/1849 (40,8%)	689/1869 (37,0%)	OR 1,16 (0,98 para 1,31)	**31 mais por 1.000** (de 2 menos para 65 mais)	⨁◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE
Eventos adversos gastrointestinais												
18	ensaios clínicos randomizados	grave[1]	não grave	grave[1]	grave[3]	viés de publicação altamente suspeito[2]	89/2807 (3,2%)	54/1881 (2,8%)	OR 1,03 (0,73 para 1,48)	**2 mais por 1.000** (de 9 menos para 17 mais)	⨁◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE
Eventos adversos leves												
12	ensaios clínicos randomizados	grave[1]	não grave	grave[1]	grave[4]	viés de publicação altamente suspeito[2]	381/2229 (13,5%)	268/2047 (18,2%)	OR 1,43 (0,98 para 2,06)	**58 mais por 1.000** (de 1 menos para 87 mais)	⨁◯◯◯ MUITO BAIXA	NÃO IMPORTANTE

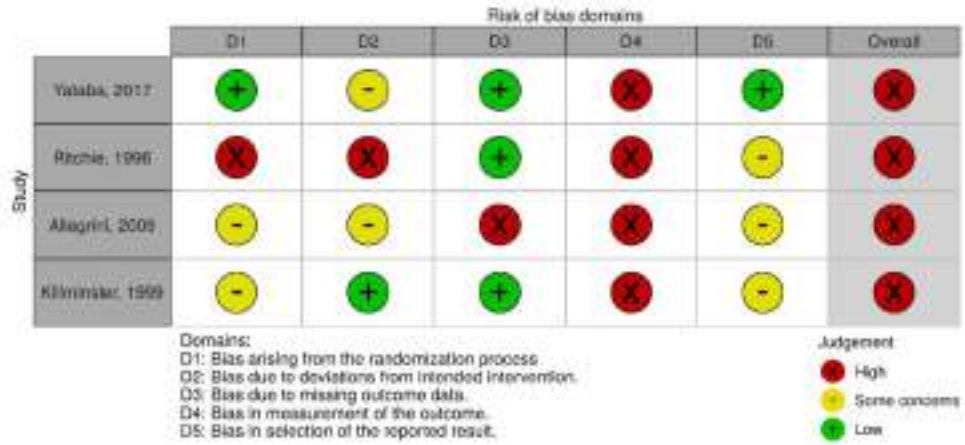
Legenda: CI: Confidence interval; MD: Standardized mean difference; RR: Risk ratio; OR: Odds ratio

AINE tópico versus placebo tópico

Quadro 1 - Sumário das avaliações da Competição 1 dos AINEs tópicos para o tratamento da dor crônica musculoesquelética por osteoartrite

Avaliação da certeza							Nº de pacientes		Efeito		Certeza	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações	AINE tópico	placebo tópico	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Dor pela escala WOMAC												
13	ensaios clínicos randomizados	grave [1]	grave [2]	grave [3]	não grave	viés de publicação altamente suspeito [4]	1840	1709	-	SMD 0.45 mais alto (0.37 menor para 0.53 mais alto)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRÍTICO
Dor pela escala visual analógica												
6	ensaios clínicos randomizados	grave [1]	não grave	grave [3]	não grave	nenhum	831	822	-	SMD 0.25 mais alto (0.12 mais alto para 0.3 mais alto)	⊕⊕◯◯ BAIXA	CRÍTICO
Dor - WOMAC e EVA												
15	ensaios clínicos randomizados	grave [1]	grave [2]	grave [3]	não grave	viés de publicação altamente suspeito [4]	2449	2378	-	SMD 0.40 mais alto (0.1 menor para 0.57 mais alto)	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRÍTICO

Responsividade.



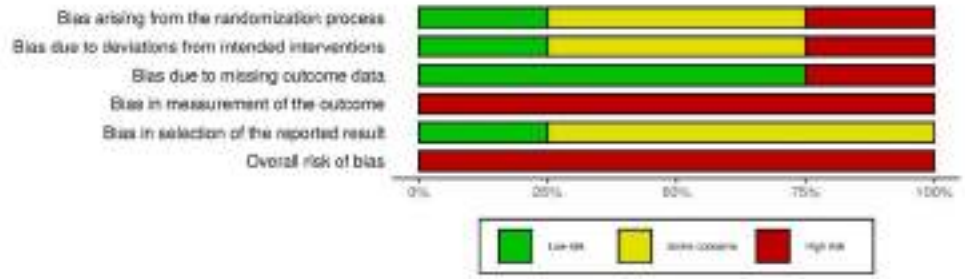


Figura AC - Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos na Comparação 3.

E. Avaliação da qualidade da evidência

A qualidade da evidência para os desfechos meta-analisados (meta-análise indireta) foi avaliada por meio do método GRADE e apresentou qualidade global que variou de muito baixa a baixa (**Quadros I a K**).

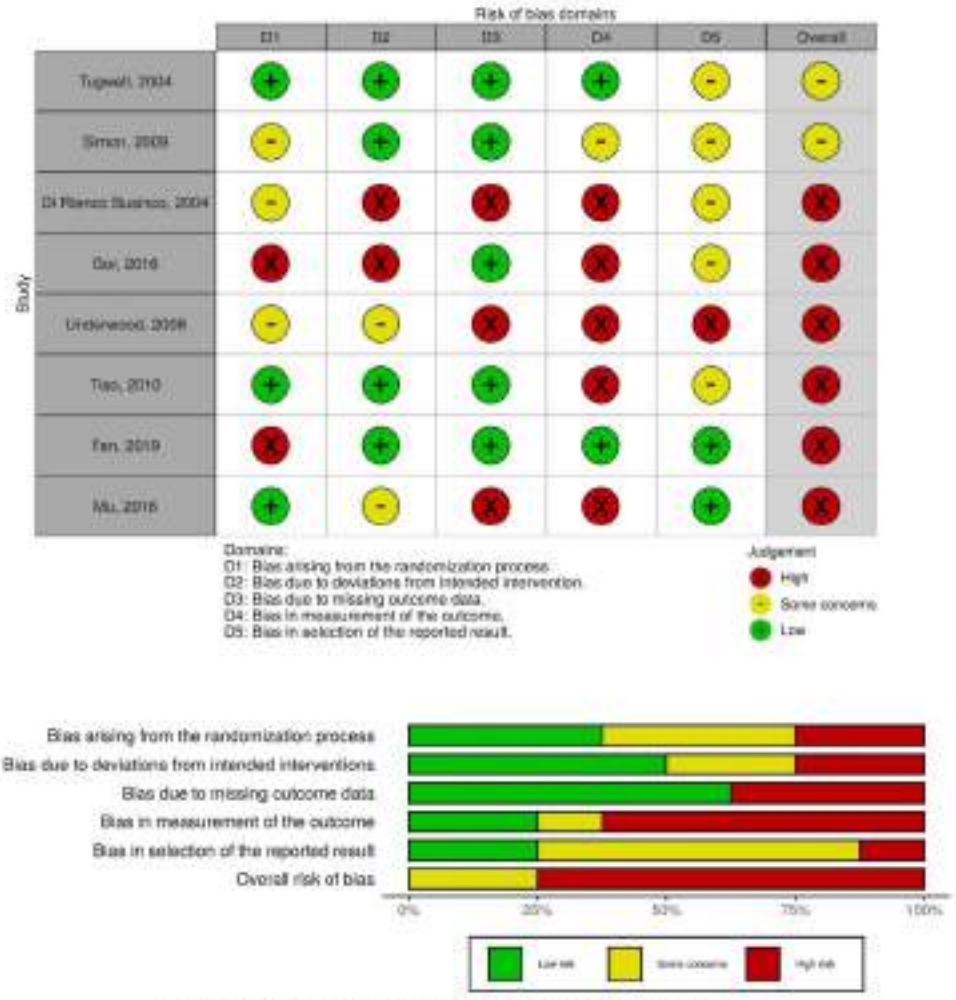


Figura AB - Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos na Comparação 2.



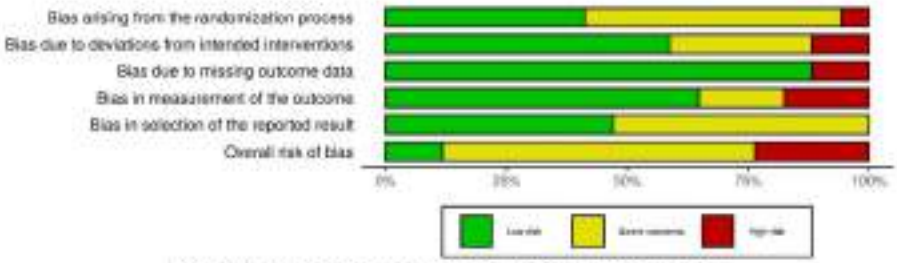


Figura AA - Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos na Comparação 1.

Figura Y - Meta-análise de eventos adversos gastrointestinais da comparação 2.

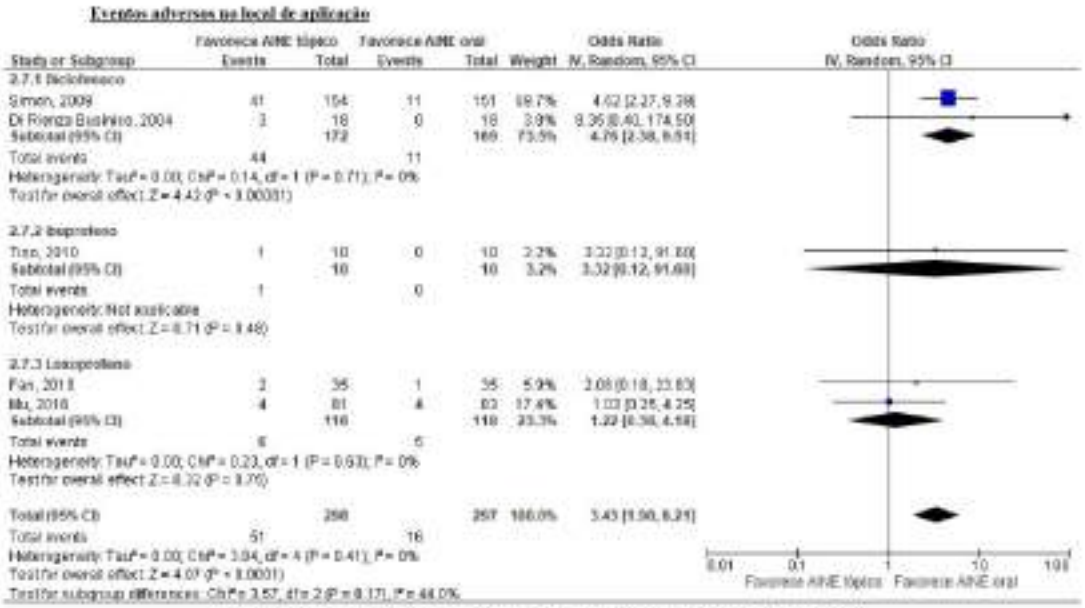


Figura Z - Meta-análise de eventos adversos locais no pele ou subcutâneos da Comparação 2.

Comparação entre diferentes AINEs tópicos

Dada a heterogeneidade de comparações, não foi possível realizar meta-análises para quaisquer dos desfechos avaliados.

D. Avaliação do risco de viés

Para avaliação do risco de viés, foi utilizada a ferramenta *A revised tool to assess risk of bias in randomized trials* (RoB 2) da Colaboração Cochrane[41] (**Figuras AA a AC**).

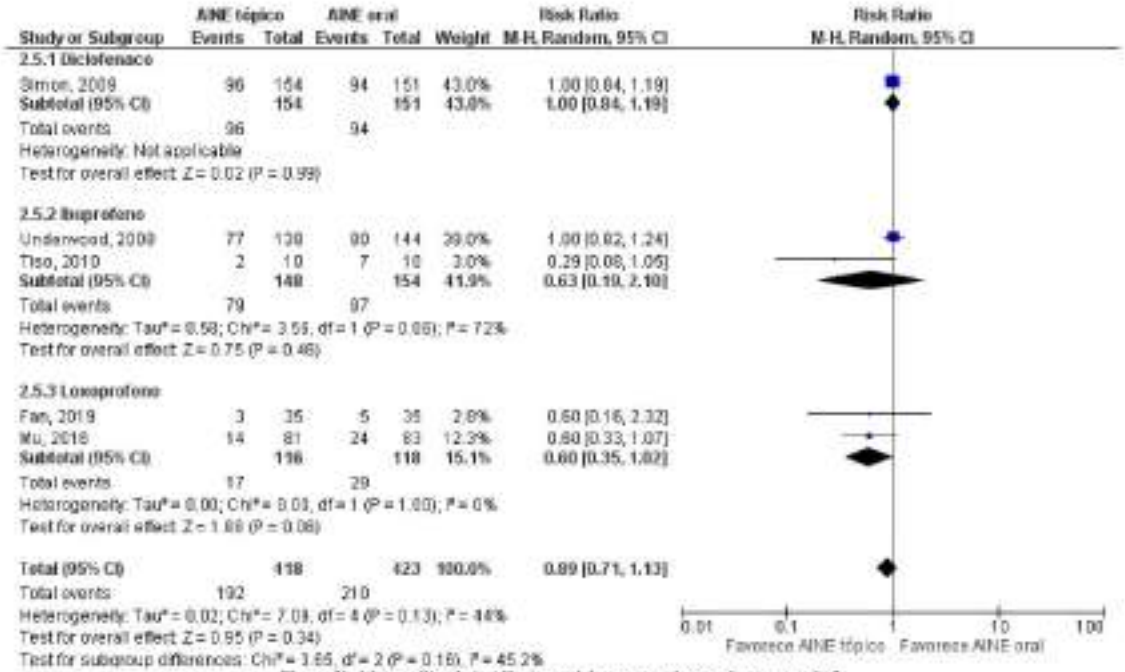
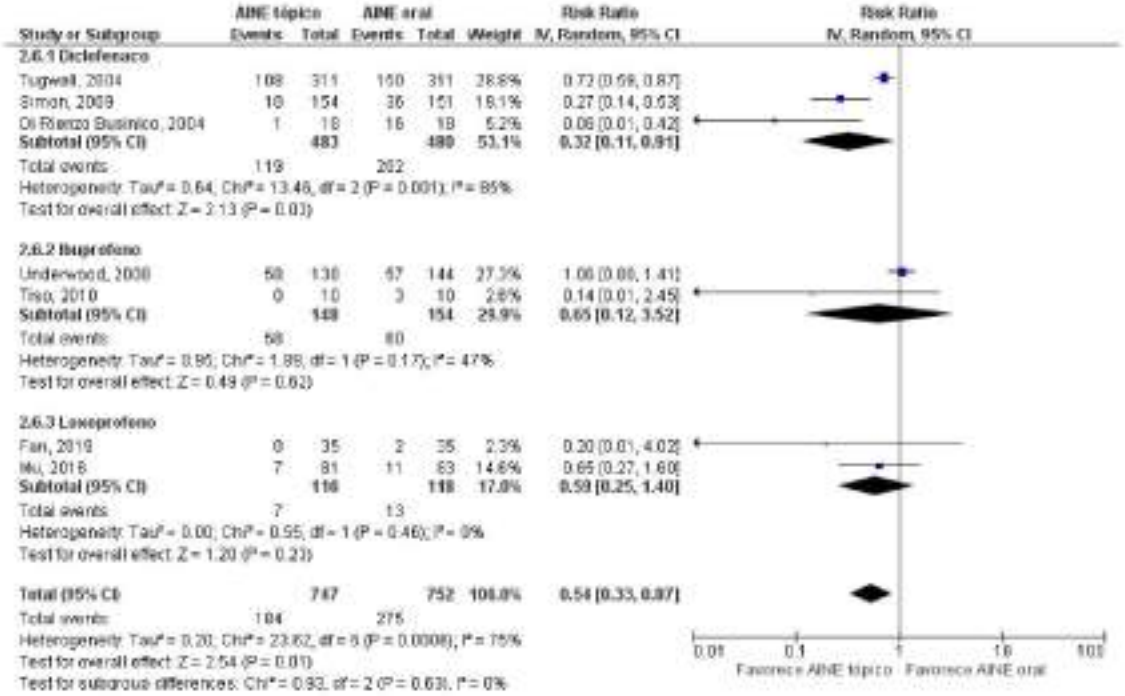
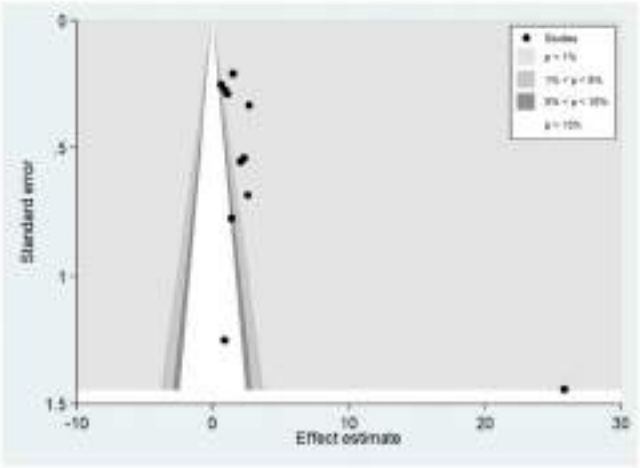


Figura X - Meta-análise da incidência geral de eventos adversos da comparação 2.

Eventos adversos gastrointestinais



B



C

Egger's test for small-study effects:
Regress standard normal deviate of intervention
effect estimate against its standard error

Number of studies = 11 Root MSE = 4.919

Std_Eff	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
slope	-.4746793	1.311393	-0.62	0.679	-3.899599	2.950241
bias	6.353966	3.097471	2.06	0.070	-.6310799	13.33901

Test of H0: no small-study effects P = 0.070

Figura V - Gráfico de funil de EA locais. A) gráfico de funil por meio do Revman; B) gráfico de funil com contorno por meio do STATA; C) teste de Egger por meio do STATA.

AINE tópico versus mesmo AINE oral

Dor avaliada pela escala WOMAC



Figura W - Meta-análise comparando AINEs tópicos com AINEs orais.

C



Figura 7 - Gráfico de funil de EA gastrointestinais. A) gráfico de funil por meio do Revman; B) gráfico de funil com contorno por meio do STATA; C) teste de Egger por meio do STATA.

Eventos adversos no local de aplicação

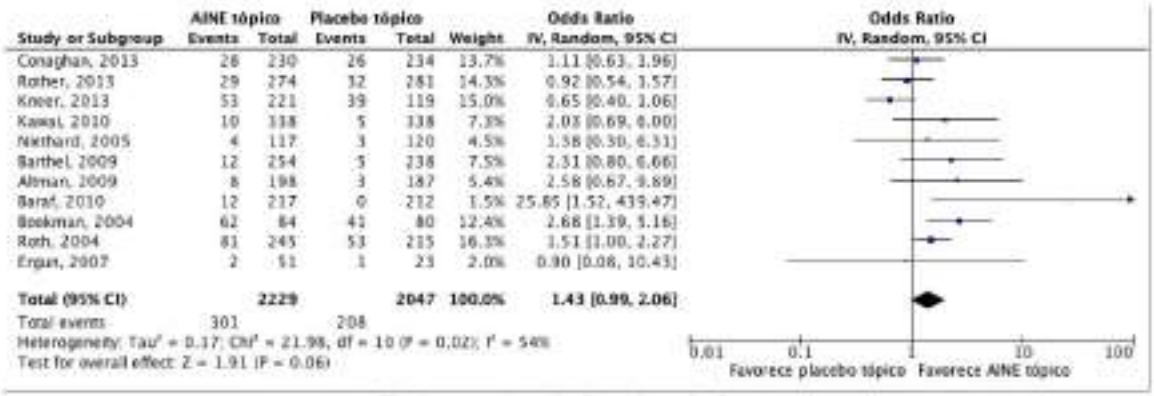
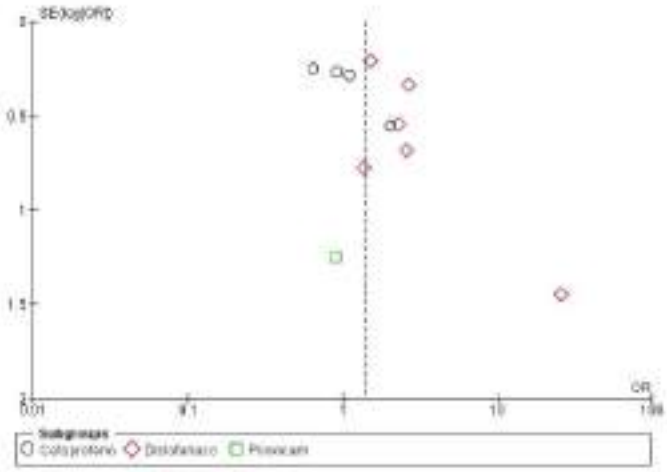


Figura 8 - Meta-análise de eventos adversos locais na pele ou subcutâneos para a Comparação 1.

A



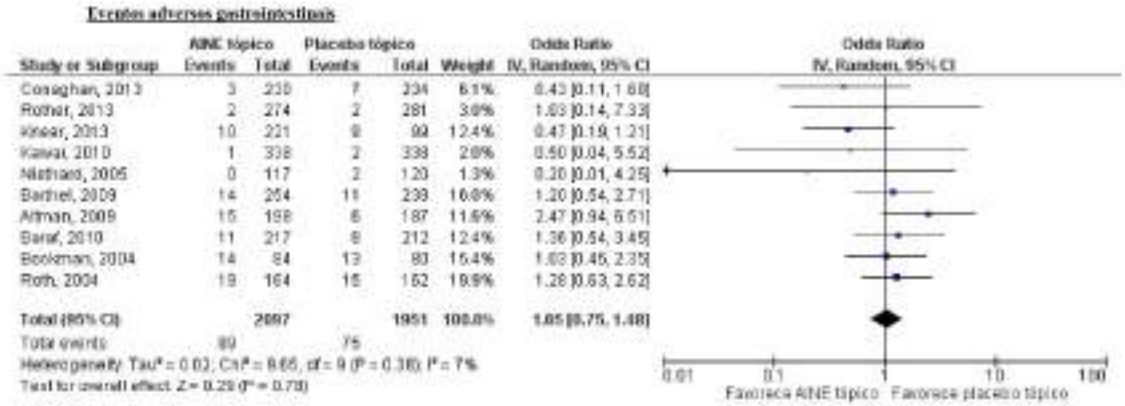
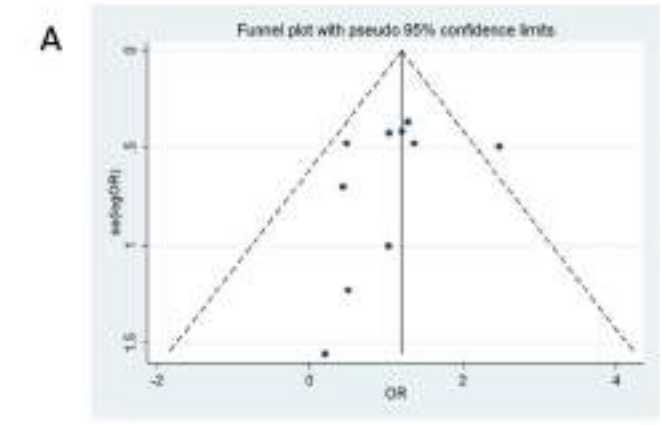


Figura 5 - Meta-análise da incidência de eventos adversos associados ao trato gastrointestinal.



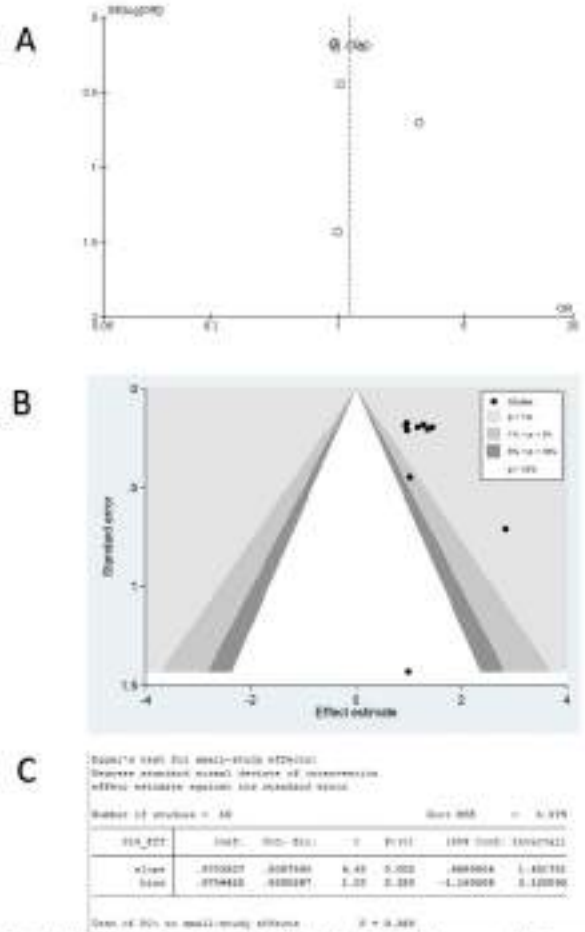
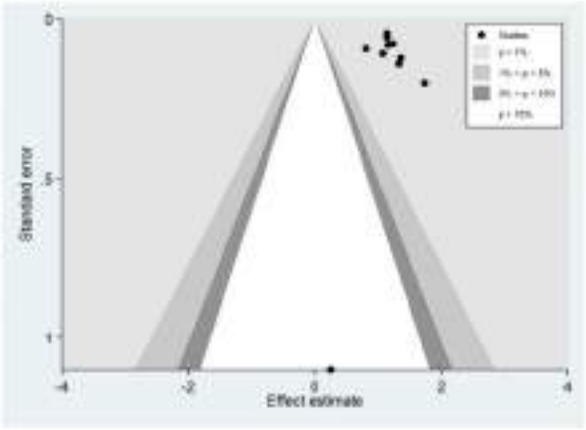


Figura 8 - Gráfico de funil do desfecho incidência de EA. A) gráfico de funil por meio do Rovenan; B) gráfico de funil com contorno por meio do STATA; C) teste de Egger por meio do STATA.

B



C



Figura P - Gráfico de funil para o desfecho respondedores. A) gráfico de funil por meio do Review; B) gráfico de funil com contorno por meio do STATA; C) teste de Egger pelo STATA.

Incidência geral de eventos adversos

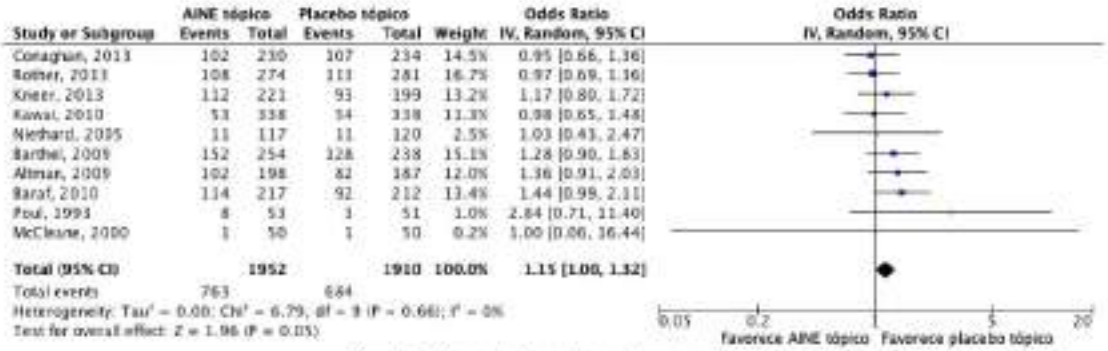


Figura Q - Meta-análise da incidência de eventos adversos.

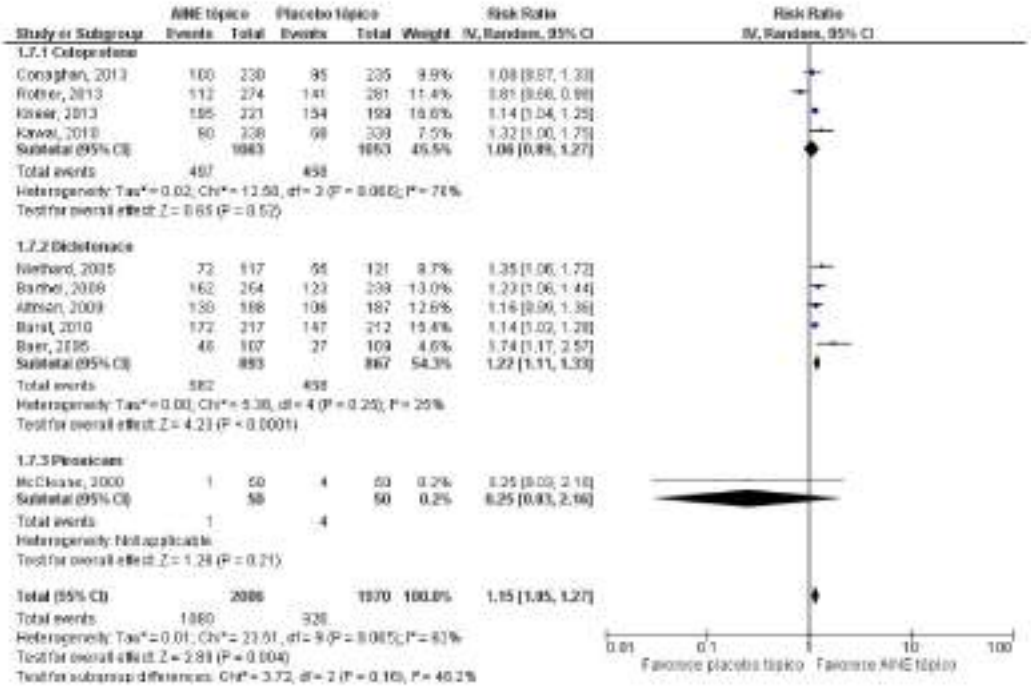
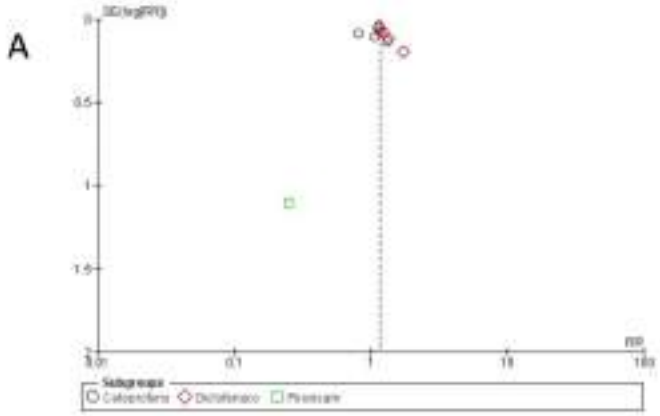
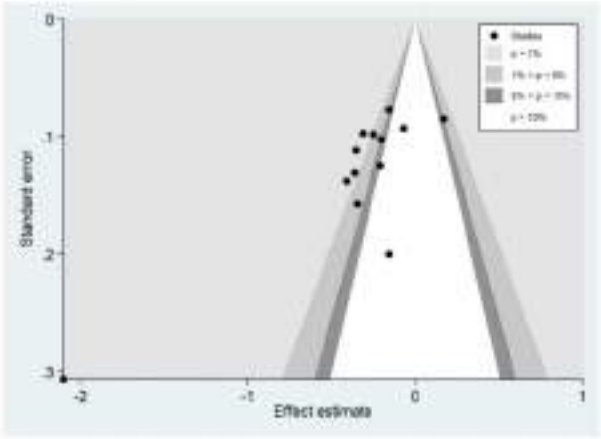


Figura 6 - Meta-análise de dados dicotômicos calculados a partir das proporções de respondedores fornecidas, com subgrupos por medicamento.



B



C

Egger's test for small-study effects:
Regress standard normal deviate of intervention
effect estimate against its standard error

Number of studies = 13 Root MSE = 1.78

Std_Eff	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf. Interval]
slope	.8961453	.3809897	2.35	0.038	-.0081504 .7981384
bias	-5.65358	1.634434	-3.46	0.005	-9.25159 -2.055571

Test of H0: no small-study effects P = 0.005

Figura N - Gráfico de funil para o desfecho dor mensurado pelas escalas WOMAC e EVA. A) gráfico de funil gerado por meio do Revman; B) gráfico de funil com contorno gerado por meio do STATA; C) teste de Egger por meio do STATA.

Proporção de respondedores

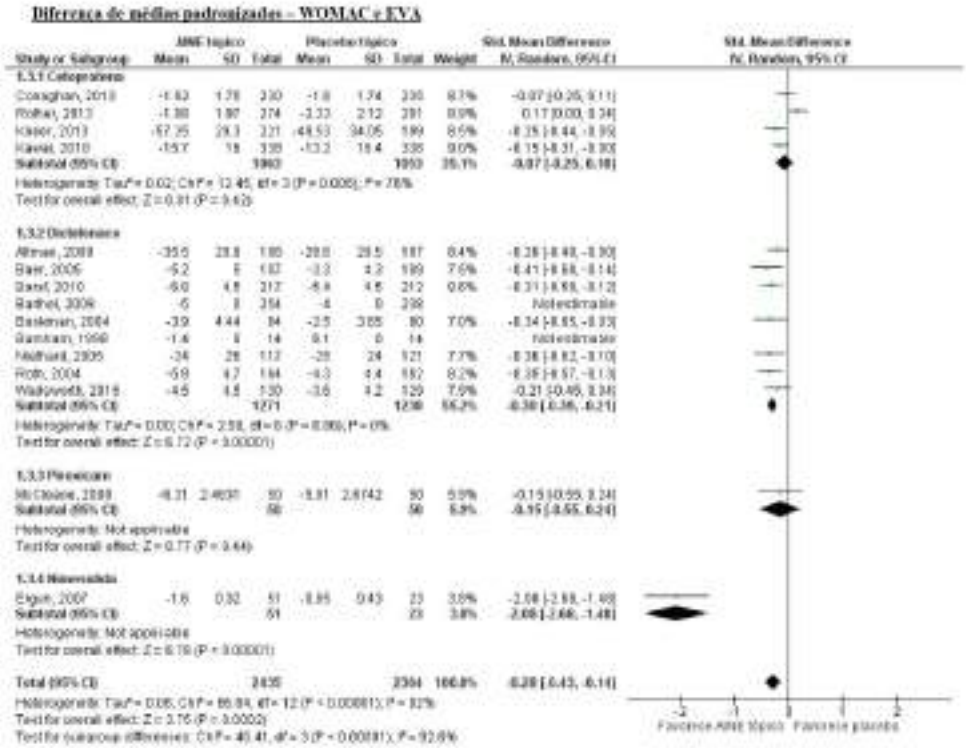
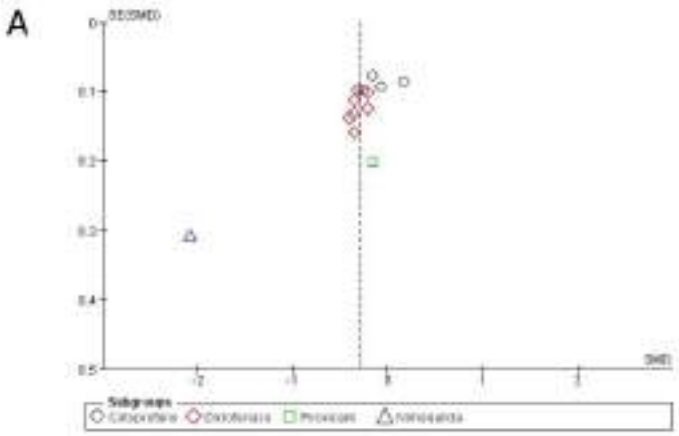
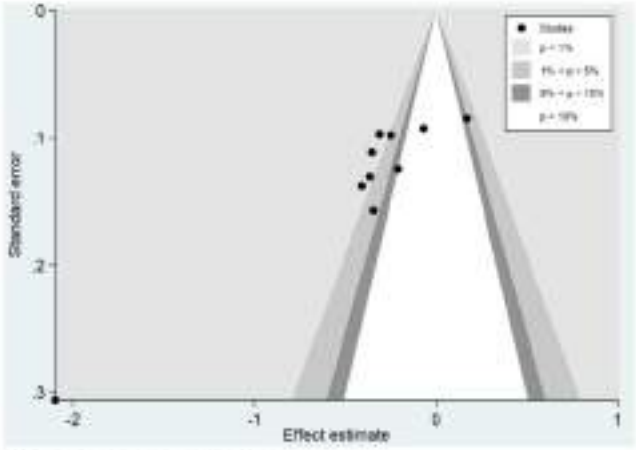


Figura M - Meta-análise de dor considerando a escala WOMAC e a EVA, com subgrupos por princípio ativo.



B



C

```
Egger's test for small-study effects:
Regress standard normal deviate of intervention
effect estimate against its standard error

Number of studies =  10                     Root MSE      =  1.436

------------------------------------------------------------------------------
     Std_Eff |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf. Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
       slope |   .9020014   .1909538     3.69   0.006     .2618613    1.542143
        bias |  -6.34139    1.67708     -4.97   0.001    -12.20674   -6.474036
------------------------------------------------------------------------------

Test of H0: no small-study effects            P = 0.001
```

Figura J - Gráfico de funil e teste de Egger da mensuração de dor pela escala WOMAC. A) gráfico de funil gerado pelo Revman; B) gráfico de funil com contornos gerado pelo STATA; C) teste de Egger para efeito de pequenos estudos.

Dor avaliada pela escala visual analógica

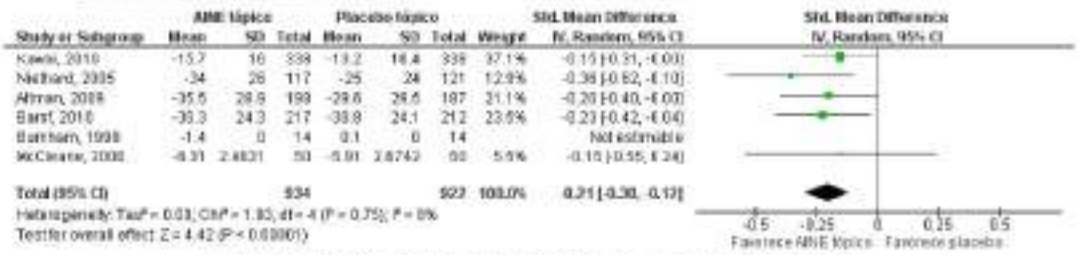


Figura K - Meta-análise de dor mensurada pela EVA, por diferença de médias padronizadas.

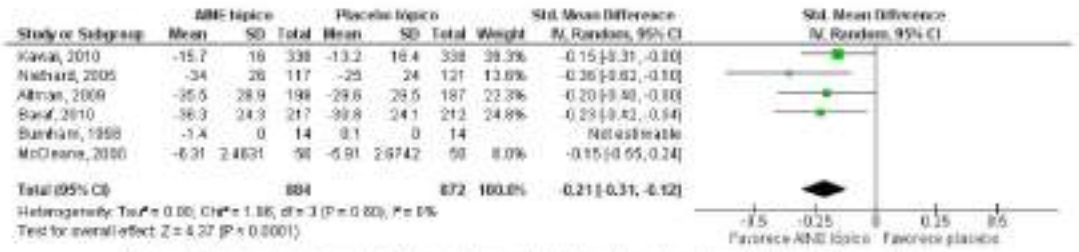


Figura L - Meta-análise de dor pela EVA, por diferença de médias padronizadas, retirando estudo de alto risco de viés.

A partir dos estudos descritos, foi possível conduzir meta-análises *pairwise* para os desfechos de interesse. Os resultados, por comparação e por desfecho, são apresentados a seguir (**Figuras H a Z**).

AINE tópico vs. placebo tópico

Dor avaliada pela escala WOMAC

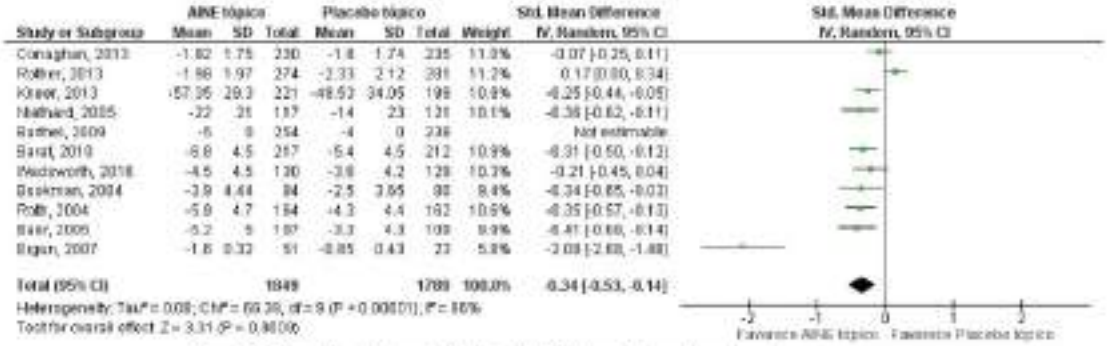


Figura H - Meta-análise da subescala de dor da WOMAC, por diferença de médias padronizadas.

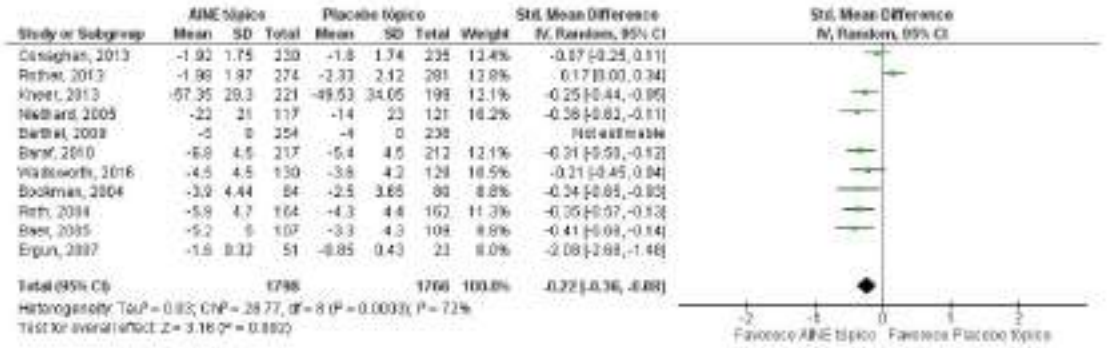
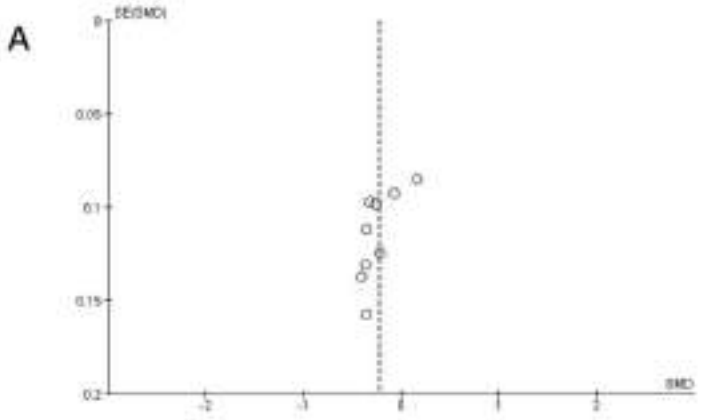


Figura I - Meta-análise da subescala de dor da WOMAC, por diferença de médias padronizadas, retirando estudo de alto risco de viés.



Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
		[illegible] 1%; n=60				[illegible] 20%) a favor para o resultado da superioridade terapêutica **Incidência de EA:** ativo/n 3/60, comp 3/60 **EA gastrointestinais:** não foram relatados **EA local de aplicação:** ativo/n 3/60, comp 1/60
Kalmovits, 1999[7] HDR cutâneo	Ortostática de pulso n=43	17,5 a 35 mg de diclofenaco spray n=21 20 a 40 mg de diclofenaco gel 1% n=18	4 semanas	Alto	Ocidental Pharmaceuticals	**Alívio intranasal da dor:** a dor melhorou significativamente em ambos os tratamentos com gel, mas não houve melhora adicional no segundo tratamento com spray. No dia 4, o tratamento com spray já havia atingido um controle da dor significativamente melhor do que o gel. Uma vantagem inicial do spray foi abandonada no período restante do estudo, quando nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os tratamentos foi observada. Embora as escores de dor tivessem tipicamente caído mais com o spray em comparação com o gel, nenhuma diferença estatística pôde ser detectada entre os tratamentos após o dia 7. **Parâmetro de resgate:** Nenhuma medicamento extra foi consumido pelos pacientes durante qualquer uma das semanas de tratamento ou recebeu, o que demonstrou que ou o tratamento foi eficaz ou a dor relativamente pode não ter sido forte o suficiente para exigir medicamento de resgate. **Incidência de EA:** Alguns eventos adversos foram relacionados pelos participantes. Com exceção de um caso de dor gastrointestinal leve com tratamento com gel, os outros prováveis não estavam relacionados à intervenção.

[illegible] DP = dorso pedis, DCB = mesmo clínico randomizado, E = substituto de confiança, EVA = escala visual analógica, HDP = edema de hidroquinina, IP = edema de hidroquinina intracranial

*Dos estudos selecionados, havia outros braços de comparação que não eram de interesse para a presente questão de pesquisa. Dessa forma, é possível que haja divergências entre o número dos sujeitos dos braços e do tamanho da amostra total.

Quadro 8 – Estudos selecionados para a Comparação 3, entre diferentes AINEs tópicos

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
Valdes, 2017[27] RCR cruzado	Osteoartrite do joelho n=433	4-Diclopenfaco adesivo (DF/PP) n=216 Adesivo de Diclofenaco convencional (patch FP) n=217	2 semanas	Alto	Tandy Pharmaceutical	EVA: A média de mesmos quadrados da variação da VAS foi 40,9 (IC 95%: 38,3 a 43,6) nos no grupo SDFP e 30,6 (IC 95%: 28,0 a 33,2) nos no grupo de patch FP; o grupo SDFP resentia-se significativamente reduzida em comparação com o grupo de patch FP (p <0,001) **Incidência de EA:** SDFP 52/216; FP 39/217 **EA gastrointestinais:** SDFP 23/16; FP 8/217 **EA local de aplicação:** SDFP 39/216; FP 5/217
Rhodes, 1996[28] RCR cruzado	Epicondilite medial ou lateral, unilateral, tratada ou espontânea n=117	Diclofenaco adesivo (LAT) 0 mg n=60 Placebo gel 0,5% n=60	14 dias	Alto	Knoll Pharmaceuticals, Nottingham, UK	No final da fase de crossover (dia 8), o diclofenaco adesivo foi o tratamento preferido, com uma proporção maior de pacientes apresentando uma melhora maior ou igual à avaliação dos investigadores. Houve reduções estatisticamente significativas na gravidade geral da dor, o principal medida de eficácia, com (Jadad score LAT) p= 0,012) EVA: A tendência no resultado de dor em geral, a média de melhora para aqueles que receberam diclofenaco no final do crossover) foi de 2,4 versus 1,7 daqueles que receberam o placebo **Incidência de EA:** Diclofenaco 12/137; Placebo 9/135
Altaprati, 2009[29] RCR paralelo	Osteoartrite leve n=179	Adesivo de piroxicam 14 mg a 1 % n=60 Creme de	10 dias	Alto	Italfarco Gobio and Biosyn SpA	EVA: as alterações nas pontuações EVA para o adesivo de piroxicam foram de 66,3 (DP 16,8) nos da visita inicial a 36,1 (DP 20,6) nos na visita final; já para o grupo creme de piroxicam, foram de 72,1 (DP 17,6) nos desde a visita inicial até -52,2 (DP 21,7) nos na visita final **Taxa de respondedores:** para o grupo adesivo de piroxicam foi de 60,0 (DP 6,0%), e para o grupo creme de piroxicam foi de 63,7 (DP 6,7%). Além disso, o intervalo de confiança (IC) de 95% para a diferença entre as taxa exata da resposta dos dois

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						Incidência de EAs: tópico 2/30; oral 7/30 **EA gastrointestinais:** Tópico 1/30; oral 0/30 **EA local de aplicação:** Tópico 1/30; Oral 0/30
Ens, 2019[27] ECR paralelo, não-cego	Dermatite seborreica n=78	Lotesporidina acetato (LX-P) 100 mg n=39 Lotesporidina oral (LX-T) 60 mg 1 vezes/ dia n=39	4 semanas	Alto	Fundação Nacional de Ciências Naturais da China, Fundação Presidente do Hospital Nanfang, Southern Medical University, China Fundação Natural Ciências Naturais Considerações e Programa de Inovação de Shenzhen	Não foi observada diferença significativa entre os grupos LX-P e LX-T na proporção de pacientes que alcançaram a resposta ASADS na semana 4 [34/39 (84,6%) para o grupo LX-P vs. 36/39 (74,4%) para LX-T]. Além disso, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para a resposta ASADS 50 nas semanas 2 entre os dois grupos [semana 4, 31/39 (37,2%) vs. 30/37 (45,7%); P = 0,467] **EVA:** mudança absoluta no escore de dor total de 8 a 10 em 4 d: -1,8 (IQR: -2,0 a 1 para o grupo tópico e de -2,0 (IQR: -3 a -1) para o grupo oral **Incidência de EAs:** tópico 3/39; oral 5/39 **EA gastrointestinais:** tópico 0/39; oral 2/39 **EA local de aplicação:** tópico 2/39; oral 1/39
Mir, 2014[28] ECR de rótulo aberto controlado, ativo/placebo	Dor musculoesquelética localizada de pelo menos 3 meses de duração n=164	Lotesporidina acetato (100 mg, LX-P) + comprimido de placebo n=81 Lotesporidina comprimido (50 mg, LX-T) + adesivo de placebo n=83	4 semanas	Alto	Daiichi Sankyo	**Proporção de respondedores:** não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo LX-P e o grupo LX-T na população ITT na semana 4 (72,8%, n = 59, IC de 95%: 63,2-82,4% vs 66,2%, n = 55, 95% CI: 49,7–78,8%; P = 0,080) com uma diferença de 12,6% (95% CI: -1,5 - 26,9%). **Avaliação Global do Paciente:** na semana 4, 14,8% dos pacientes LX-P e 10,8% dos pacientes LX-T relataram estar "muito bem". Uma diferença estatística foi encontrada na análise ITT (P = 0,043), mas não na análise PP (P = 0,081) **Incidência de EAs:** tópico 14/81; oral 24/83 **EA gastrointestinais:** tópico 7/81; oral 11/83 **EA local de aplicação:** tópico 4/81; oral 4/83

Legenda: Ensaio clínico com intervenções em formas farmacêuticas diferentes, que também exigiu algum grau de alteração na forma que um grupo recebeu a forma 1 - ativo e a forma 2 - placebo e o outro grupo, forma 1 placebo e forma 2 ativo; ITT — dentro pacientes; ECR — ensaio clínico randomizado; IC — intervalo de confiança; LX-P — lotesporidina adesivo; LX-T — lotesporidina comprimido; WOMAC - Ho Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index; IQR - intervalo interquartil; PP - por protocolo; ITT - intenção de tratar; ASAS - Assessment in Ankylosing Spondylitis response criteria.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						[illegible] tópico versus oral com -2,5[illegible] para dor no joelho em idosos, IIA de 5 (IC 95%: -2 a 7) • a diferença média na mudança na subescala **WOMAC** de dor desde o início até o final do estudo, para tratamento tópico versus oral com AINEs para dor no joelho em idosos, foi de -2 (IC 95%: -7 a 4). **Parcentual de resgate:** 97 (68%) pacientes randomizados precisaram para medicamento de resgate no grupo tópico, com 54 (DP: 67) doses diárias por participante, enquanto no grupo oral esse número foi de 55 (42%) pacientes com 43 (DP: 187) doses diárias prescritas por paciente **Incidência de EA:** tópico 77/130; oral 80/144 **EA gastrointestinais:** tópico 56/130; oral 57/144
Eno, 2014[7] FCB paralelo, não cego	Dor crônica no joelho n=29	Diclofenaco 4% gel n=14 Diclofenaco oral 800 mg 3 vezes/dia n=15	2 semanas	Alto	Indefinido/Desconhecido	**Escala WOMAC:** os autores relataram que as melhorias nos escores WOMAC foram significativamente entre os grupos e melhores grupo de tratamento ao seu redor • para dor, a comparação das diferenças médias entre a linha de base até 2 semanas em média (IC 95%) foi de -42,6 (IC 95%: -158,3 a -6,8) no grupo tópico e de -64,3 (IC 95%: -177,9 a 9,3) no grupo oral, p=0,05 • para incapacidade, a comparação das diferenças médias entre a linha de base até 2 semanas em média (IC 95%) foi de -312,1 (IC 99%: -583,5 a -45,7) no grupo tópico e de -722,2 (IC 95%: -457,2 a -9,2) no grupo oral, p=0,05 • para rigidez, a comparação das diferenças médias entre a linha de base até 2 semanas em média (IC 95%) foi de -47,6 (IC 95%: -85,7 a 0,1) no grupo tópico e de -25,9 (IC 95%: -15,6 a 1,8) no grupo oral, p=0,05

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						Incidência de EA: tópico 96/150; oral 94/150 **EA gastrointestinais:** tópico 30/150; oral 50/150 **EA local de aplicação:** tópico 41/150; oral 11/150
Di Rienzo Doiron, 2004[19] ECR paralelo, não-cego	Dislipidemia hipercolesterolêmica n = 56	Dislipidemia adesão tópica n=18 Dislipidemia oral n = 18	14 dias	Alto	Não informado	**EVA:** os autores relataram que todos os pacientes apresentaram alívio da dor após o tratamento, e que a diferença entre os grupos não foi significante (p>0,05). A mudança absoluta no escala visual analógica no grupo tópico foi de -3,9 e no grupo oral foi de -4,1 **EA gastrointestinais:** tópico 3/18; oral 14/18 **EA local de aplicação:** tópico 1/18; oral 0/18
Gol, 2016[20] ECR paralelo, não-cego	Osteoartrite do joelho n=25	Diclofenaco oral dose reduzida + diclofenaco tópico (8 mg manipul) n=25 Diclofenaco oral 50 mg dose reduzida n = 25	7 dias	Alto	Não informado	**EVA:** a mudança absoluta na escala visual analógica no grupo diclofenaco oral + tópico foi de -4,6; já no grupo diclofenaco oral comum, a diferença absoluta foi de -3,84 **Incidência de EA:** Não houve eventos adversos secundários entre tal, pois os pacientes receberam medicamentos bloqueadores de receptor Histamina 2 ou inibidores de bomba de prótons com o remédio
Underwood, 2008 A, B[21, 22] ECR de equivalência	Osteoartrite do joelho ou dor no pena n 282	AINE tópico de preferência (ibuprofeno) n 138 AINE oral de preferência (ibuprofeno) n 144	24 meses ou até o final do estudo	Alto	Programa de Avaliação de Tecnologias em Saúde do NHS	**Escala WOMAC:** os autores relataram que, para dor pela escala WOMAC, no ensaio randomizado de 24 meses e nas análises de final do estudo, houve uma diferença de significância limítrofe em favor do medicamento oral • a diferença média na mudança na subescala **WOMAC de dor** desde o início até o final do estudo, para tratamento tópico menos oral com AINEs para dor no joelho nos idosos, foi de 5 (IC 95%, 0 a 9) • a diferença média na mudança na subescala **WOMAC de incapacidade** desde o início até o final do estudo, para

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
		de placebo n=151				• para vigília, mantendo de 9 a 239 mm, a mudança desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) no grupo tópico foi de -45 (59) e no grupo oral foi de -52 (63); p=0,11 **Proporção de respondedores:** 86% (261 de 303) no grupo tópico e 70% (216 de 304) no grupo oral **Avaliação Global do Paciente** mensurada em EVA de 0 a 100 mm, a mudança desde a linha de base até o final do estudo no grupo tópico foi de -27 (31) e de -32 (32) no grupo oral **EA gastrointestinais:** tópico: 30/311; oral: 150/311 Dispepsia => tópico: 6/311; oral: 31/311 **EA local de aplicação:** Pele seca => tópico 83/311; oral: 6/311
Scarsi, 2008[9] ECR paralelo, *double dummy*	Osteoartrite de joelho N = 772[9]	Seleção tópica de diclofenaco + ciclodextrina de placebo oral n: 154 Diclofenaco oral 1000 mg - Seleção tópica de placebo n=151	12 semanas	Alguma preocupações	Novo Research	**Escala WOMAC**[1]: • para dor, a mudança do escore desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) no grupo tópico foi de -8,93 (4,51) e no grupo oral foi de -6,4 (4,1); p=0,423 • para incapacidade, a mudança do escore desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) no grupo tópico foi de -15,9 (15,1) e no grupo oral foi de -17,5 (14,3); p 0,319 • para rigidez, a mudança do escore desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) no grupo tópico foi de -1,81 (2,01) e no grupo oral foi de -2,07 (2,02); p=0,596 **Avaliação Global do Paciente:** a mudança do escore desde a linha de base até o final do estudo foi de -1,34 (1,59) no grupo tópico e de -1,42 (1,29) no grupo oral **Paracetamol de resgate:** a média (DP) do uso de paracetamol foi de 0,64 (0,83) comprimidos por dia e de 0,59 (0,92) comprimidos por dia

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
		Placebo gel n=25				• para inexpectável, a mudança desde antes do tratamento em média (DP) foi de 1,3 (1,6) para o grupo diclofenaco e de 0,5 (0,6) para o grupo placebo; p-valor NR. • para rigidez, a mudança desde antes do tratamento em média (DP) foi de 2,6 (2,4) para o grupo diclofenaco e de 0,7 (1,6) para o grupo placebo; p-valor NR. **Avaliação Global do Paciente:** a média dos escores da avaliação global do paciente para tratamento foi de 5,3 e para placebo de 1,6 **Parcentamal de resgate:** o número dos pacientes no grupo placebo declarou que o medicamento tópico que estavam usando não foi eficaz para eles (ou, o que tiveram que usar medicamentos de resgate **EA leial de aplicação:** intervenção 2/31; comparador 1/25

Legendas: AUSCAN = The Australian Canadian Osteoarthritis Hand Index; DP = desvio padrão; EA = eventos adversos; ECR = ensaio clínico randomizado; EVA = escala visual analógica; IC = intervalo de confiança; NR = não relatado; NS = não significante; PGA = Patient Global Assessment; WOMAC = The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index.

*Não estudo a unidades. Intervalo entre braços de comparação que não exara de interesse para responder a PICO. Dessa forma, é possível que haja diferenças entre o tempo dos resultados dos braços e do tamanho da amostra total.

Quadro 6 - Estudos selecionados para a Comparação 2, sem ADSL tópico e sumário ADSL oral.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
Tugwell, 1984[1] ECR de superioridade, duplo-cego	Osteoartrite do joelho n=222	Solução tópica de diclofenaco + cápsulas de placebo oral. n=111 Diclofenaco oral 50 mg + Solução tópica	12 semanas	Algumas preocupações	Brasileiro Diclofenaco	**Escala WOMAC:** • para dor, mensurada em 0 a 500 mm, a mudança desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) no grupo tópico foi de -118 (122) e no grupo oral foi de -134 (127); p=0,00 • para incapacidade, mensurada de 0 a 1.700 mm, a mudança desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) no grupo tópico foi de -548 (408) e no grupo oral foi de -620 (416); p 0,000

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral (RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						Parcentesmol de respeto não houve diferença significativa observada na média (DP) do consumo de comprimidos de paracetamol de resgate (ou dia entre diclofenaco 0,5 [0,5] e grupo controle (1,1 [1,8]); p=0,075) Uma EA importante relatada foi pneumonia no local da aplicação, ocorrendo uma (2,1%) (98,9%) no grupo diclofenaco e uma (3,1%) (21,3%) no grupo comparador. Dor abdominal e dispepsia foram cada um relatadas uma vez (3,7%) participantes no grupo diclofenaco comparado com 3 (9,9%) participantes no grupo controle.
Real, 1991[6] ECR paralelo	Forma não articular de reumatismo, acompanhada de dor moderada ou intensa n=301	Diclofenaco sódico (40 mg) n: 53 Placebo sódico n=51	14 dias	Alto	Não informado	Os desfechos obtidos neste estudo são escalas de observação do investigador a respeito da gravidade da condição, dor no local da lesão, mudança na condição clínica, sensibilidade e estado da pele no local da lesão Na opinião do investigador, houve diferença estatisticamente significativa em favor do Diclofenaco sódico nos dias 7 e 14. Houve diferença significativa no dia 7 para a avaliação do investigador de severidade da dor. No dia 14, a diferença a favor do Diclofenaco não foi estatisticamente significativa. **Incidência de EA:** intervenção: 8/53; comparador: 3/51
McGhee, 2008[7] DCR paralelo	Dor musculoesquelética localizada de pelo menos 5 graus de duração n=200[8]	Gel de piroxicam a 2,5% n: 93 Gel de placebo n=90	4 semanas	Alto	Não informado	**Proporção de respondedores:** 2% na intervenção e 0% no grupo placebo **EVA:** O escore do dia inicial na semana anterior ao tratamento foi de 6,23. Após 4 semanas, o escore do grupo piroxicam foi de 6,31 (IC 95%: 5,61 a 7,01) e do grupo placebo foi de 5,95 (IC 95%: 5,19 a 6,67). **Parcentesmol de resgate:** ao final do estudo, o grupo intervenção teve, em média, 4,36 comprimidos (IC 95%: 3,51 a 5,61) e o grupo placebo teve 3,25 (IC 95%: 3,10 a 3,13). Um (1) paciente teve dispepsia com piroxicam e um (1) paciente teve tontura com placebo
Ergun, 2007[9] ECR paralelo	Osteoartrite do joelho n: 74	Nimesulida gel 1% n=37	30 dias	Alto	Não declarado	**Escala WOMAC:** • para dor, a avaliação desde início do tratamento era média (DP) de 3,3 (1,3) para o grupo diclofenaco e de 3,8 (1,2) para o grupo placebo; p-valor NR

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral ITeB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						Avaliação Global do Paciente: houve diferença significativamente maior a favor do linha de base no grupo diclofenaco comparado com o grupo veículo (-2,5 versus -0,9; p=0,005) **Parecer/nível de resgate:** confirma diferença significante foi observada entre os grupos da quantidade de consumo de paracetamol de resgate. Em média (DP), no grupo diclofenaco foi de 430 (410) mg por paciente/dia e o grupo veículo foi de 809 (675) mg por paciente/dia **Incidência de EA:** número absoluto de pacientes que tiveram pelo menos 1 EA em cada grupo não foi relatado **EA gastrointestinais:** intervenção 19/164; comparador 15/162 **EA local de aplicação:** intervenção 8/1164; comparador 5/1162
Rust, 2003[7] DCR parcial=	Osteoartrite do joelho n=210	Solução tópica de diclofenaco (1,5% [Pennsaid]); n=105 Solução de controle incluindo DMSO, mas sem diclofenaco n=109	4 semanas	Duplo	Dimethaid Health Care Ltd.	**Escala WOMAC:** • para dor, a mudança desde a linha de base ao final do estudo em média (DP) foi de -5,2 (5,0) para o grupo diclofenaco e de -3,3 (4,3) para o grupo placebo; p=0,001 • para rigidez, a mudança desde a linha de base ao final do estudo em média (DP) foi de -1,9 (2,1) para o grupo diclofenaco e de -0,9 (2,0) para o grupo placebo; p=0,002 **Proporção de respondedores:** a taxa de sucesso de pelo menos 50% de redução da dor foi significativamente maior vista do tratamento com diclofenaco comparado com controle (68/105 [64,8%] versus 57/107 [53,2%]; p=0,066) **Avaliação Global da Paciente:** o grupo diclofenaco teve um número de pacientes significativamente maior com resposta de PGA "bom" ou "muito bom" comparado com o grupo comparador (46 (43,8%) versus 28 [26,8%], respectivamente; p=0,0061)

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral ROB 2.0	Financiamento	Principais resultados
Bradbeer, 2004[7] ECR paralelo	Osteoartrite do joelho n=288[7]	Solução tópica de diclofenaco<1,5% (Pennsaid) n=94 Solução de cloreto de [HIDDEN], mas sem diclofenaco n=90	4 semanas	Algumas preocupações	Drawbridge Health, Cara Ltd.	**Escala WOMAC** 7 para dor, a mudança média desde a linha de base até o final do estudo foi significativamente menor com o tratamento de diclofenaco tópico (-3,9 [IC 95%: -4,8 a -2,9]) do que com a solução veicular (-2,5 [IC 95%: -3,1 a -1,7]); p=0,03 8 para incapacidade, a mudança média desde a linha de base até o final do estudo foi de -11,8 (IC 95%: -14,7 a -8,4) no grupo diclofenaco tópico e de -5,7 (IC 95%: -8,3 a -3,3; p<0,01) 9 para rigidez, a mudança média desde a linha de base até o final do estudo foi de -4,5 (IC 95%: -5,9 a -3,1) no grupo diclofenaco tópico e de -0,7 (IC 95%: -1,2 a -0,3; p<0,01) **Avaliação Global do Paciente:** o escore médio de avaliação global do paciente para a solução de diclofenaco tópico (6,7 [IC 95%: 6,1 a 7,3]) foi superior ao controle com veículo (5,9 [IC 95%: 5,3 a 6,6]) com significância estatística. **Funcionamento do ovário:** o escore médio do pentacloreto foi menor no grupo diclofenaco tópico (86,2 [DP: 55,2] comprimidos) do que no grupo obtido para a solução veicular (99,5 [DP: 61,4] comprimidos) **EA gastrointestinais:** intervenção 14/94; comparador 12/90 **EA local de aplicação:** intervenção 62/94; comparador 41/90
Roth, 2004[8] ECR paralelo	Osteoartrite do joelho n=328	Solução tópica de diclofenaco<1,5% (Pennsaid) n=164 Solução de cloreto de [HIDDEN], mas sem diclofenaco n=162	12 semanas	Algumas preocupações	Drawbridge Health, Cara Ltd, Middlebrook, Outcomes	**Escala WOMAC** • para dor, a mudança a partir da linha de base até o final do estudo em análise (DP) foi de -5,0 (±4,7) no grupo diclofenaco, e de -4,3 (4,4) grupo veicular; p<0,001 • para incapacidade, a mudança a partir da linha de base até o final do estudo em análise (DP) foi de -15,4 (15,3) no grupo diclofenaco, e de -10,1 (13,8) grupo veicular; p<0,001 • para rigidez, a mudança a partir da linha de base até o final do estudo em análise (DP) foi de -5,9 (2,1) no grupo diclofenaco, e de -3,3 (2,8) grupo veicular; p<0,01

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
	N: 19	(1 CR semanal)				2,31 – 3,99; p<0,001), e com o uso de placebo, de 3,8 (IC 95%: 2,63 – 5,97; p-valor NS). • Em resposta ao volume de linha de base foram de 3,1 (IC 95%: 2,51 – 5,05), com o uso de dexbrimate, os valores foram de 2,3 (IC 95%: 1,67 – 2,95; p=0,031), e com o uso de placebo, de 2,7 (IC 95%: 1,86 – 5,54; p-valor NS). Não houve relatos de efeitos colaterais do medicamento nesse estudo.
Wadsworth, 2018[7] ECR paralelo	Ortodontia de judeu n: 259	Solução tópica de dexbrimate de sódio 2% n: 130 Solução de placebo n=129	4 semanas	Algumas preocupações	Multifactorial (Pharmaceutical)	**Escala NRS11(C):** • para dor, a mudança desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) foi de -4,5 (4,5) para a intervenção e de -3,6 (4,2) para o controle, p=0,040 • para incapacidade, a mudança desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) foi de -14,3 (14,7) para a intervenção e de -11,9 (13,0) para o controle; p=0,001 • para função, a mudança desde a linha de base até o final do estudo em média (DP) foi de -1,7 (1,8) para a intervenção e de -1,4 (2,0) para o controle; p 0,697 **Escala numérica de classificação de dor:** não houve diferenças significativas entre intervenção e comparador nos vários pontos de intensidade de dor pela escala NRS ao longo dos quatro dias após os 24 horas pós-op. **Avaliação Global do Paciente:** a mudança desde a linha de base até o final do estudo no escore de avaliação global do paciente foi de -1,1 (1,2) para a intervenção e -0,9 (1,3) para o placebo. **Paracetamol de resgate:** no entorno 4, 68 pacientes (52,3%) no grupo intervenção e 82 pacientes (63,6%) no grupo placebo haviam usado medicamentos de resgate. Os eventos adversos associados com a intervenção foram reações no local de administração, e que haviam ocorrido no local de aplicação, eritema, prurido e dor.

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral (RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						Incidência de EA: intervenção 182 (55); comparador 82 (47) **EA gastrointestinais:** intervenção 139 (39); comparador 8 (5) **EA local de aplicação:** intervenção 8 (39); comparador 3 (5)
Barr[2016][5] TCR paralelo	Ortostatismo de pulso n=419	Diclofenaco de sódio 1% gel n=217 Placebo gel n 212	12 semanas	Duplo	Privado	**Escala WOMAC**[1]: • para dor, mudança a partir da linha de base até o final do estudo em média (DP) 6.6 de 6.9 (4,5) para a intervenção e de 5.4 (4,5) para o placebo; p=0.008 • para incapacidade, mudança a partir da linha de base até o final do estudo em média (DP) 6.6 de 23,5 (15,7) para a intervenção e de 16.8 (15,7) para o placebo; p 0.004 • para rigidez, os valores médios na semana 12 foram de 2,5 para o grupo diclofenaco e de 3,2 para o grupo placebo **Proporção de respondedores:** 79,0% para a intervenção e de 69,7% para placebo **EVA:** a mudança desde a linha de base até a semana 4 foi de 58,3 (24,3) para a intervenção e de 50,8 (24,1) para o placebo **Avaliação Global do Paciente:** diclofenaco foi avaliado como "muito bom" ou "excelente" por 50% dos pacientes na intervenção, comparado com 42% no grupo placebo **Incidência de EA:** intervenção 134/217 e comparador 82/212 **EA gastrointestinais:** intervenção 103/217 e comparador 8/212 **EA local de aplicação:** intervenção 12/217 e comparador 8/212
Davidson, 1989[6] ECR cruzado	Epicondilite lateral n=14	Diclofenaco gel 2% Placebo gel n=14 (ECR cruzado)	3 semanas	Alto	Sem informação	**EVA:** o efeito do diclofenaco tópico na EVA em média (DP) foi de 2,1 (2,1) para diclofenaco e de 3,6 (2,8) para placebo; p=0,05 **Incidência de EA:** um paciente descreveu rash no local de aplicação em uso de gel de diclofenaco.
Bacon, 2017[7] ECR cruzado	Lesão aguda do tendão de Aquiles	Diclofenaco gel 10% Placebo gel N=19	1 mês	Algumas preocupações	University of British Columbia	**Escala numérica de classificação de dor:** • Diferença média dos valores da linha de base (média de 4,3 (IC 95%: 3,42 – 5,18)) com o uso de diclofenaco, os valores foram de 3,1 (IC 95%

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						Avaliação Global do Paciente pacientes no grupo dichelotomo eram significativamente mais propensos a classificar o tratamento como muito bom ou excelente (49% versus 39%; P = 0.007) **Funcionamento do ovário:** 91,3% dos pacientes na elaboração; 95,8% no grupo placebo **Incidência de EA**: intervenção 152/254; comparador 128/230 **EA gastrointestinais:** intervenção 14/254; comparador 13/230 **EA total de aplicação:** intervenção 12/256; comparador 5/230
Abrams, 2009[9] DCR paralelo	Dismenorreia de início [illegible] n=385	Dichlotomous de sódio 1% gel n=194 Placebo gel n=187	8 semanas	Algumas preocupações	Novartis	**Proporção de respondedores:** 65,7% no grupo dichlotomus e 56,7% no grupo placebo **EVA:** mudança absoluta a partir da linha de base até o final do estudo em média (DP): 0,6 de 30,5 (28,9) para o intervenção e de 29,6 (29,5) para o controle; p=0,80 **AUSCAN:** • para dor, a mudança da linha de base ao final do estudo em média (DP): foi de 27,2 (29,3) para o grupo intervenção e de 22,5 (27,4) para o grupo placebo; p=0,09 • para incapacidade, a mudança da linha de base ao final do estudo em média (DP): foi de 28,5 (27,6) para o grupo intervenção e de 19,2 (26) para o grupo placebo; p=0,017 • para rigidez, a mudança da linha de base ao final do estudo em média (DP): foi de 26,6 (38,0) para o grupo intervenção e de 21,1 (30,5) para o grupo placebo; p=0,038 **Avaliação Global do Paciente:** 47,7% dos pacientes no grupo dichelotomo classificou o tratamento como "Muito Bom" ou "Excelente" contra 30,3% no grupo placebo **Funcionamento do ovário:** 80,3% dos pacientes no grupo dichlotomus; 82,6% dos pacientes no grupo placebo

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral: DoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
Steinbrunn, 2001[3] ECR paralelo	Osteoartrite do joelho n=234	Diclofenaco dietilamina (DEA) gel 1,16% n=117 placebo gel n=123	7 semanas	Algumas preocupações	Novartis Consumer Health	**Escala WOMAC:** • grau dor, a mudança a partir da linha de base, média (DP), foi de 22 (2,1) para gel de diclofenaco e de 16 (2,1) para o grupo controle, diferença de 6, p=0,0002 • para incapacidade, a mudança (quanto da linha de base ao final do estudo foi de 23 (2) com diclofenaco e de 14 (2,1) para placebo, diferença de 9, p<0,001 • para rigidez, a mudança a partir da linha de base ao final do estudo foi de 22 (2,5) para diclofenaco e de 14 (2,4) para placebo, diferença de 8, p<0,0001 **Proporção de respondedores:** taxa de resposta ao final do estudo para o gel de diclofenaco foi significativamente superior à taxa de placebo, 82% versus 46% **EVA:** a mudança a partir da linha de base no intensidade da dor, média (DP), foi de 31 (25) para gel de diclofenaco e 15 (20) para gel de placebo **Avaliação Global do Paciente:** 69% de pacientes classificaram o gel de diclofenaco como "bom", "muito bom" ou "excelente" em comparação com 39% para o placebo **Paracetamol de resgate:** 39% pacientes usaram 0,4 comprimidos/dia no grupo diclofenaco, 59% pacientes usaram 0,6 comprimidos/dia no grupo placebo **Incidência de EA:** intervenção 13/117, comparador 13/120 **EA gastrointestinais:** intervenção 0/117, comparador 2/120 **EA local de aplicação:** intervenção 4/117, comparador 3/120
Barthel, 2009[4] ECR paralelo	Osteoartrite do joelho n=492	Diclofenaco de sódio 1% gel n=254 Placebo (veículo) gel n=238	12 semanas	Algumas preocupações	Novartis Consumer Health	**Escala WOMAC:** • em relação à linha de base, os pacientes tratados com diclofenaco exibiram maior diminuição média na escala de dor (-5,0 versus -4,0; P = 0,011) e de incapacidade (-15,0 versus -10,0; p= 0,001), em valores de região não finais relatados **Proporção de respondedores:** 66% no grupo diclofenaco; 51,7% no grupo placebo

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
						Proporção de respondedores: 41,2% (IC 95%: 0,35–0,47) para o grupo 300 mg e 30,9% (IC 95%: 0,15–0,37) para o controle **Avaliação Global do Paciente:** a resposta à terapia foi classificada como "excelente" ou "boa" por 51,7% dos pacientes no grupo estudado e por 68,3% dos pacientes no grupo placebo **Funcionamento da região:** 92,5% no grupo estudado e 80,8% no grupo placebo **Incidência de EA:** intervenção (98/274); comparador (113/281) **EA gastrointestinais:** intervenção 2/274; comparador 2/274 **EA local de aplicação:** intervenção 26/274; comparador 32/281
Genet, 2015[29] DCR paralelo	Osteoartrite do tornozelo n=462[29]	300 mg de canagliflozina em gel. (IDEA-033) n=221 veículo (base de carboximetilcelulose/gel 0331 864) n=209	12 semanas	Algumas preocupações	IDEA AG	**Escala WOMAC:** • para dor, escores da subescala foram reduzidos em 57,4% + 29,3% para o grupo de canagliflozina, e em +43,5% ± 34,1% para o grupo placebo; p<0,0001 • para incapacidade, escores da subescala foram reduzidos em −42,0% ± 39,0% para o grupo de canagliflozina e em +46,3% + 39,0% para o grupo placebo; p-valor NR • para rigidez, valores não relatados **Proporção de respondedores:** taxa de resposta de 80,6% para o grupo canagliflozina e 72,5% para o grupo placebo **Incidência de EA:** intervenção (122/221); comparador (81/209) **EA gastrointestinais:** intervenção 18/221; comparador 9/199 **EA local de aplicação:** intervenção 53/221; comparador 39/199
Kawai, 2014[30] DCR paralelo	Artrite reumatoide n=474	Adesivo tópico contendo 20 mg de celecoxibe n=334 placebo adesivo n=330	2 semanas	Algumas preocupações	Hisamitsu Pharmaceutical	**Proporção de respondedores:** 26,6% (90/338) no grupo intervenção e 20,1% (66/330) no grupo comparador EVA: mudança absoluta no escore EVA em milímetros, média (DP), foi de 15,7 (16,6) na intervenção e de 13,2 (16,4) no controle; p=0,020 **Incidência de EA:** intervenção 55/338; comparador 54/330 **EA gastrointestinais:** intervenção 11/338; comparador 2/330 **EA local de aplicação:** intervenção 10/338; comparador 5/330

Quadro 1 - Estudos selecionados para a Comparação 1, entre AINE tópico e placebo tópico

Estudo	População	Intervenção e comparador	Seguimento	Avaliação geral RoB 2.0	Financiamento	Principais resultados
Conaghan, 2013[9] TCR paralelo	Osteoartrite de joelho n=1105[9]	100 mg de cetoprofeno em gel (IDEA-033) n=236 veículo livre de cetoprofeno (gel TDT 064) n=237	12 semanas	Algumas preocupações	IDEA AG, Alemanha	**Escala WOMAC:** • para dor, a mudança na linha de base, média (DP), foi de -3,92 (1,75) para cetoprofeno 100 mg e -3,68 (1,74) para o grupo controle; p=valor NR • para incapacidade, a redução nos scores desde a linha de base para a intervenção foi de -38,7% e para o placebo de -35,9% • para rigidez, a mudança desde a linha de base até o final do estudo foi relatada como comparável, mas não relatada em números absolutos **Proporção de respondedores:** 41,5% (IC 95%: 0,77, 0,93) para cetoprofeno 100 mg e 40,8% (IC 95%: 0,63, 0,87) para o controle **Avaliação Global do Paciente:** proporção semelhante de pacientes nos grupos IDEA-033 e TDT 064 classificaram sua resposta à terapia como ótima, boa ou excelente (variação: 68,0% a 71,8%) **Incidência de EA:** intervenção 182/240; comparador 167/234 **EA gastrointestinais:** intervenção 69/240; comparador 67/234 **EA local de aplicação:** intervenção 28/230; comparador 20/234
Rafael, 2013[7] TCR paralelo	Osteoartrite de joelho n=555	100 mg de cetoprofeno em gel (IDEA-033) n=279 veículo livre de cetoprofeno (gel TDT 064) n=281	12 semanas	Algumas preocupações	IDEA AG, Alemanha	**Escala WOMAC:** • para dor, a mudança nos escores da linha de base ao final do estudo, média (DP), foi de -1,98 (1,07) para cetoprofeno 100 mg e -2,33 (1,21) para o grupo controle; p=0,022 • para incapacidade, a mudança nos escores da linha de base ao final do estudo, média (DP), foi de -2,02 (1,07) para cetoprofeno 100 mg e -2,35 (1,23) para o grupo controle; p=0,040 • para rigidez, a mudança nos escores da linha de base ao final do estudo, média (DP), foi de -2,27 (1,22) para cetoprofeno 100 mg e -2,48 (1,29) para o grupo controle; p 0,080

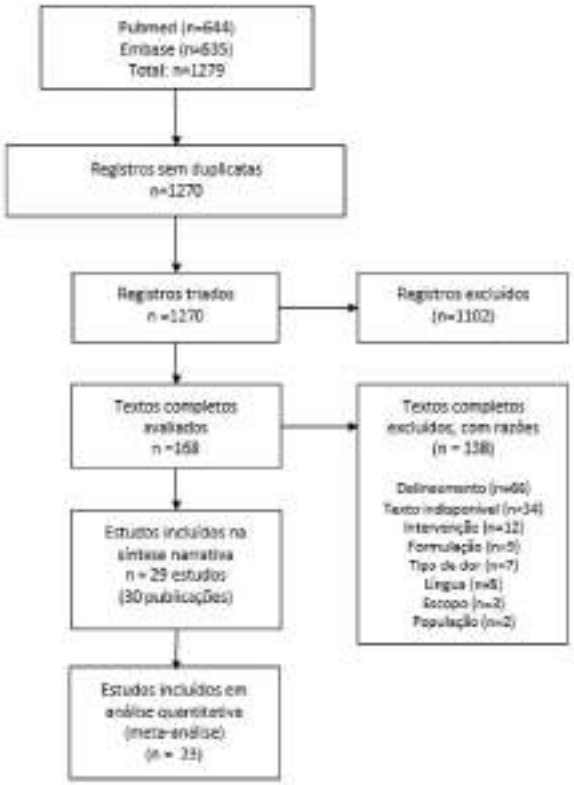


Figura G - Fluxograma de inclusão de estudos.

C) Descrição dos estudos e resultados

A descrição sumária dos estudos incluídos encontra-se na nos **Quadros F, G e H**

Base de dados	Estratégia de busca	Número de resultados
	#3. 'topical drug administration'/exp OR 'administration, topical' OR 'drug administration, topical' OR 'topic administration' OR 'topic application' OR 'topic medication' OR 'topic therapy' OR 'topic treatment' OR 'topical administration' OR 'topical application' OR 'topical drug administration' #2. 'nonsteroid antiinflammatory agent'/exp OR nsaids OR 'non-steroidal anti-inflammatory agents' OR 'diclofenac'/exp OR diclofenac OR 'ketoprofen'/exp OR ketoprofen OR 'ibuprofen'/exp OR ibuprofen OR 'meloxicam'/exp OR meloxicam OR 'celecoxib'/exp OR celecoxib OR 'etoricoxib'/exp OR etoricoxib OR 'piroxicam'/exp OR piroxicam OR 'naproxen'/exp OR naproxen OR 'paracetamol'/exp OR acetaminophen OR 'aceclofenac'/exp OR aceclofenac OR 'acetylsalicylic acid'/exp OR aspirin OR 'cloxicin'/exp OR cloxicin OR 'dipyrone'/exp OR dipyrone OR 'etodolic'/exp OR etodolac OR 'flurbiprofen'/exp OR flurbiprofen OR 'indometacin'/exp OR indometacin OR 'ketorolac'/exp OR ketorolac OR 'mefenamic acid'/exp OR 'mefenamic acid' OR 'phenylbutazone'/exp OR phenylbutazone OR 'salicylate sodium'/exp OR 'sodium salicylate' OR 'tenoxicam'/exp OR tenoxicam #1. 'chronic pain'/exp OR 'chronic pain' OR arthri* OR rheuma* OR osteoarth* OR 'sciatica'/exp OR 'ischias' OR 'ischiatic pain' OR 'pain, sciatic' OR 'sciatic pain' OR 'sciatica' OR 'low back pain'/exp OR 'acute low back pain' OR 'back pain, low' OR 'chronic low back pain' OR 'loin pain' OR 'low back pain' OR 'low backache' OR 'low backpain' OR 'lowback pain' OR 'lower back pain' OR 'lumbago' OR 'lumbal pain' OR 'lumbal syndrome' OR 'lumbalgia' OR 'lumbalgia' OR 'lumbar pain' OR 'lumbar spine syndrome' OR 'lumbodynia' OR 'lumbosacral pain' OR 'lumbosacral root syndrome' OR 'lumbosacroiliac strain' OR 'pain, low back' OR 'pain, lumbosacral' OR 'strain, lumbosacroiliac' OR 'backache'/exp OR 'back ache' OR 'back pain' OR 'back pain syndrome' OR 'backache' OR 'backpain' OR 'dorsalgia' OR 'pain, back' OR 'musculoskeletal disease'/exp OR 'musculoskeletal complaint' OR 'musculoskeletal disease' OR 'musculoskeletal diseases' OR 'musculoskeletal disorder' OR 'musculoskeletal symptom' OR 'orthopedic disorder'	
Total		1.279

B) Seleção das evidências

Foram encontrados 1.279 registros na plataforma de busca. Após a remoção de duplicatas, 1.270 registros foram triados por uma revisora. Na fase seguinte, 168 textos completos foram avaliados para elegibilidade, também por uma revisora. Ao final, 30 textos foram incluídos na revisão, sendo que dois deles se referiam ao mesmo estudo, restando 29 no total (**Figura G**).

Questão 2. Anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite[12,13]

Pergunta de pesquisa: Os anti-inflamatórios não esteroides tópicos são eficazes e seguros para o tratamento de dor crônica musculoesquelética ou de osteoartrite?

A estrutura PICO para esta pergunta foi:
População (P): indivíduos dor crônica derivada de agravos musculoesqueléticos, como osteoartrites, dor lombar, dor nas costas, doenças musculoesqueléticas ou transtornos ortopédicos.
Intervenção (I): agentes anti-inflamatórios não esteroides de administração tópica.
Comparadores (C): placebo tópico, na mesma forma farmacêutica da intervenção testada, mesmo fármaco em forma farmacêutica oral ou comparação entre diferentes AINEs tópicos.
Desfechos (O): **Eficácia**: escala WOMAC (*Western Ontario and Mcmaster universities arthritis index*), escala numérica de classificação da dor, breve inventário da dor, escala visual analógica, escala AUSCAN (*The Australian Canadian osteoarthritis hand index*), proporção de respondedores, avaliação global do paciente (PGA) e consumo de paracetamol de resgate; **Segurança**: incidência geral de eventos adversos, incidência de eventos adversos gastrointestinais e incidência de eventos adversos locais.

A) Estratégia de busca

Para responder à pergunta PICO, foram conduzidas buscas nas bases Pubmed e Embase. As estratégias de busca estão descritas no **Quadro E**.

Quadro E - Estratégias de busca nas bases de dados PubMed e Embase, realizadas no dia 24/09/2020.

Base de dados	Estratégia de busca	Número de resultados
Pubmed	(("Chronic Pain"[Mesh] OR Chronic Pain OR arthrit* OR rheumat* OR osteoarth* OR sciatica OR lumbago OR back pain OR "Musculoskeletal Diseases"[Mesh] OR Musculoskeletal Diseases OR Orthopedic Disorders) AND (("Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal"[Mesh] OR NSAIDs OR Non-Steroidal Anti-Inflammatory Agents OR "Diclofenac"[Mesh] OR diclofenac OR diclophenac OR "Ketoprofen"[Mesh] OR Ketoprofen OR "Ibuprofen"[Mesh] OR Ibuprofen OR "Meloxicam"[Mesh] OR Meloxicam OR "Celecoxib"[Mesh] OR Celecoxib OR "Etoricoxib"[Mesh] OR Etoricoxib OR "Piroxicam"[Mesh] OR Piroxicam OR "Naproxen"[Mesh] OR Naproxen OR "Acetaminophen"[Mesh] OR Acetaminophen OR Acetylsalicylic OR "Aspirin"[Mesh] OR Aspirin OR "Clonixin"[Mesh] OR Clonixin OR "Dipyrone"[Mesh] OR Dipyrone OR "Dodelac"[Mesh] OR Dodelac OR "Flurbiprofen"[Mesh] OR Flurbiprofen OR "Indomethacin"[Mesh] OR Indomethacin OR "Ketorolac"[Mesh] OR Ketorolac OR "Mefenamic Acid"[Mesh] OR Mefenamic Acid OR "Phenylbutazone"[Mesh] OR Phenylbutazone OR "Sodium Salicylate"[Mesh] OR Sodium Salicylate OR Tenoxicam) AND ("Administration, Topical"[Mesh] OR topical Administration))) AND ((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR drug therapy[sh] OR randomly[tiab] OR trial[tiab] OR groups[tiab] NOT (animals [mh] NOT humans [mh]))	644
EMBASE	#8 #7 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) #7 #5 AND #6 #6 'crossover procedure':de OR 'double-blind procedure':de OR 'randomized controlled trial':de OR 'single-blind procedure':de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((double* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti #5 #1 AND #4 #4 #2 AND #3	635

Avaliação da qualidade							Impacto	Qualidade	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
							95% 8,6-14,4]; 10 fatores de desestimulação por eventos adversos foi relativamente maior para o cladribinico quando comparado com o placebo(RR 1,6 (IC 95% 1,3-1,9)], cabozantibe(RR 1,4 (IC 95% 1,2-1,8)] e sorafenibe (RR 1,7 (IC 95% 1,4-2,2))		

Avaliação da qualidade							Impacto	Qualidade	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
16	ensaios clínicos randomizados	muito grave[1]	muito grave[2]	grave[1]	não grave	nenhum	O diclofenaco 150 mg/dia foi estatisticamente melhor para a redução da dor na escala VAS que o placebo (DM -12,5 (IC95% -17,3 a -7,6); em 12 semanas de acompanhamento. A DM entre o diclofenaco 150 mg/dia e o naproxeno 1.000 mg/dia foi de -3,3 (IC95% -9,6 a 1,8). A DM entre o diclofenaco 150 mg/dia e o ibuprofeno 2.400 mg/dia foi de -4,5 (IC95% -11,5 a 2,4). O diclofenaco 100 mg/dia se foi estatisticamente melhor para a redução da dor pela escala VAS que o placebo, em seis semanas de acompanhamento. A DM entre o diclofenaco 100 mg/dia e o naproxeno 1.000 mg/dia foi de 0,7 (IC95% -3,8 a 1,8). A DM entre o diclofenaco 150 mg/dia e o ibuprofeno 2.400 mg/dia foi de -9,6 (IC95% -17,1 a 5,6).	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRÍTICO
Redução da dor avaliada pela escala WOMAC em 12 semanas									
120	ensaios clínicos randomizados	grave[1]	não grave	grave[1]	não grave	nenhum	Todas as intervenções foram estatisticamente melhores que o placebo após três meses de tratamento. Não foi identificada diferença entre diclofenaco e ibuprofeno (tamanho do efeito 0,07 (IC95% -0,17 a 0,32)], nem para diclofenaco e naproxeno (tamanho do efeito 0,13 (IC95% -0,07 a 0,33)], no desfecho de redução da dor em três meses.	⊕⊕◯◯ BAIXA	CRÍTICO
Descontinuação do tratamento por eventos adversos									
118	ensaios clínicos randomizados	muito grave[1]	muito grave[2]	grave[1]	não grave	nenhum	O diclofenaco não apresentou diferença estatisticamente significante em relação ao naproxeno [RR 1,1 (IC 95% 0,9-1,4)], ibuprofeno [RR 0,9 (IC 95% 0,7-1,2)] e paracetamol [RR 0,9 (IC	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	IMPORTANTE

Quadro II - Tabela *summary of findings* do diclofenaco para o tratamento da dor crônica musculoesquelética

Avaliação da qualidade							Impacto	Qualidade	Importância
Nº dos estudos	Delineamento do estudo	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Outras considerações			
Redução da dor avaliada pela escala VAS em 6 semanas ou menos com a combinação de todas as doses de cada intervenção									
80	ensaios clínicos randomizados	sério grave[a]	sério grave[b]	grave[c]	não grave	nenhum	O diclofenaco 150 mg/dia foi estatisticamente melhor para a redução da dor na escala VAS que o paracetamol 4.000 mg/dia (DM -9,1 (IC95% -13,5 a -4,7)) e o placebo (DM -13,5 (IC95% -16,7 a -10,4)); em seis semanas de acompanhamento. A DM entre o diclofenaco 150 mg/dia e o naproxeno 1.000 mg/dia foi de -3,4 (IC95% -7,0 a 0,1). A DM entre o diclofenaco 150 mg/dia e o ibuprofeno 2.400 mg/dia foi de -3,2 (IC95% -7,3 a 1,5). O diclofenaco 300 mg/dia só foi estatisticamente melhor para a redução da dor pela escala VAS que o placebo, em seis semanas de acompanhamento. A DM entre o diclofenaco 100 mg/dia e o naproxeno 1.000 mg/dia foi de 0,4 (IC95% -4,4 a 5,2). A DM entre o diclofenaco 150 mg/dia e o ibuprofeno 2.400 mg/dia foi de 0,7 (IC95% -5,8 a 6,4).	⊕◯◯◯ MUITO BAIXA	CRUCIAL
Redução da dor avaliada pela escala VAS em 12 semanas ou menos com a combinação de todas as doses de cada intervenção									

Quadro C - Qualidade metodológica das revisões sistemáticas avaliadas pela ferramenta AMSTAR-2.

Critérios críticos do AMSTAR 2		
Itens	**van Walsem et al, 2015**	**Banaure et al, 2015**
Item 1	OK	OK
Item 2*	FALHA	FALHA
Item 3	OK	OK
Item 4*	OK	OK
Item 5	OK	OK
Item 6	OK	OK
Item 7*	FALHA	FALHA
Item 8	OK	OK
Item 9*	OK	OK
Item 10	FALHA	OK
Item 11*	OK	OK
Item 12	OK	OK
Item 13*	OK	OK
Item 14	FALHA	OK
Item 15*	OK	OK
Item 16	OK	OK

E) Qualidade da evidência

A qualidade da evidência para os desfechos meta-analisados (meta-análise indireta) foi avaliada por meio do método GRADE[7] e apresentou qualidade global muito baixa (**Quadro D**).

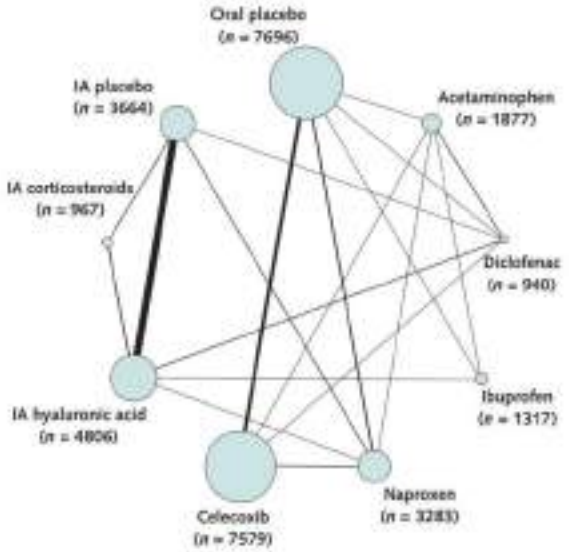


Figura E - Plot da meta-análise em rede para o desfecho de redução da dor conduzida por Bannuru e colaboradores (2015)[9]. Legenda: diclofenac: diclofenaco; celecoxib: celecoxibe; ibuprofen: ibuprofeno; acetaminophen: paracetamol; naproxen: naproxeno; hyaluronic acid: ácido hialurônico.

Descontinuação devido a eventos adversos

Van Walsem et al., 2015[10] incluíram 105 estudos na meta-análise em rede para avaliar o desfecho de descontinuação devido a eventos adversos. O diclofenaco não apresentou diferença estatisticamente significante em relação ao naproxeno (RR 1,1 [ICr 95%: 0,9-1,4]) e ibuprofeno (RR 0,9 [ICr 95%: 0,7-1,2]). O risco de descontinuação por eventos adversos foi estatisticamente maior para o diclofenaco quando comparado com o placebo (RR 1,6 [ICr 95%: 1,3-1,9]), celecoxibe [RR 1,4 (ICr 95%: 1,2-1,8)] e etoricoxibe [RR 1,7 (ICr 95%: 1,4-2,2)] (**Figura F**).

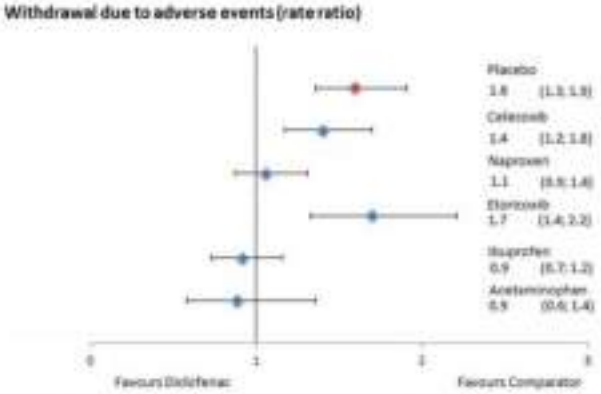


Figura F - *Forest plot* dos resultados de descontinuação devido a eventos adversos (no cenário de doses combinadas)[10]. Legenda: etoricoxib: etoricoxibe; celecoxib: celecoxibe; ibuprofen: ibuprofeno; naproxen: naproxeno; acetaminophen: paracetamol.

B) Qualidade metodológica dos estudos incluídos

As duas revisões sistemáticas foram avaliadas pela ferramenta AMSTAR-2[7], sendo ambas consideradas com qualidade criticamente baixa por apresentarem mais de uma falha em domínios críticos (**Quadro C**).

A seguir, serão apresentados os resultados dos estudos para os desfechos primários. Os demais resultados estão descritos detalhadamente no Relatório de Recomendação da Conitec nº 646/2021[8].

Dor

O desfecho de dor foi mensurado pelas escala visual analógica (VAS) e escala likert na revisão conduzida por van Walsem e colaboradores (2015)[10]. Foram incluídos 96 estudos, sendo 60 com tempo de seguimento de 6 semanas e o restante com tempo de acompanhamento de 12 semanas. O diclofenaco 150 mg/dia foi estatisticamente melhor para a redução da dor na escala VAS que o paracetamol 4.000 mg/dia, em seis semanas, e que o placebo, em seis e 12 semanas de acompanhamento. Já na escala likert, o diclofenaco só foi estatisticamente melhor que o placebo em seis semanas de acompanhamento (**Figura C**). O diclofenaco 100 mg/dia só foi estatisticamente melhor para a redução da dor pela escala VAS que o placebo, em seis e 12 semanas de acompanhamento. E na escala likert, o diclofenaco 100 mg/dia foi estatisticamente melhor para a redução da dor que o placebo, o celecoxibe 200 mg/dia e o naproxeno 1.000 mg/dia (**Figura D**).

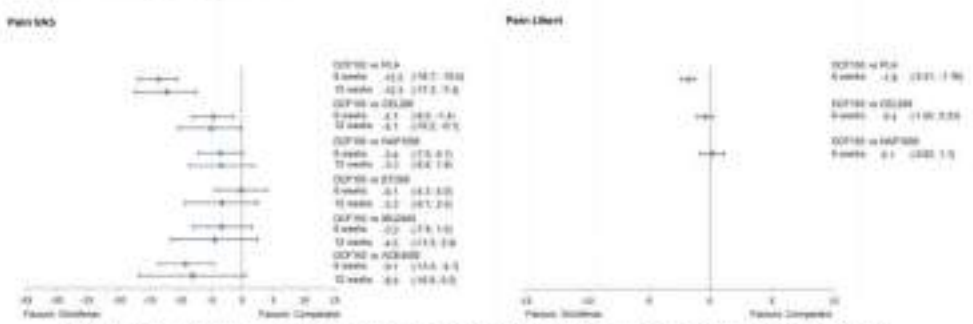


Figura C – *Forest plot* das comparações do diclofenaco 150 mg/dia para o desfecho de dor realizadas por Van Walsem e colaboradores (2015)[10]. *Legenda: DCF: diclofenaco; PLA: placebo; CEL: celecoxibe; NAP: naproxeno; Eto: etoricoxibe; IBU: ibuprofeno; ACE: paracetamol.*

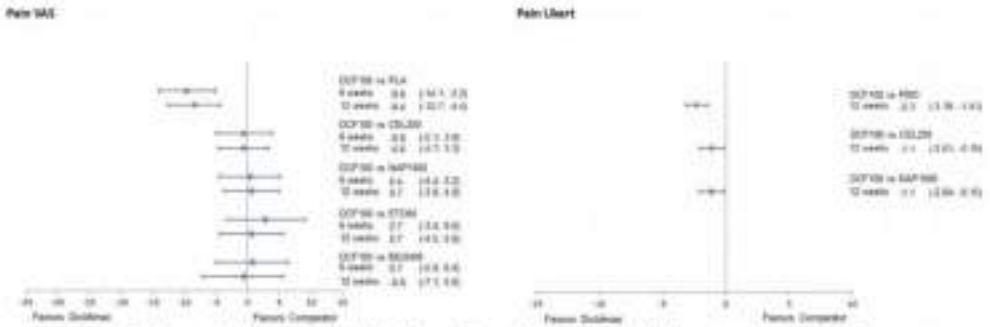


Figura D – *Forest plot* das comparações do diclofenaco 100 mg/dia para o desfecho de dor realizadas por Van Walsem e colaboradores (2015)[10]. Legenda: DCF: diclofenaco, PLA: placebo; CEL: celecoxibe; NAP: naproxeno; ETO: etoricoxibe; IBU: ibuprofeno.

Na avaliação do desfecho de redução da dor avaliada pela escala WOMAC (*Western Ontario and McMaster Universities*), o estudo de Bannuru e colaboradores (2015)[11] incluiu 129 estudos (32.129 participantes) (**Figura E**). Todas as intervenções foram estatisticamente melhores que o placebo após três meses de tratamento. Não foi identificada diferença entre diclofenaco e ibuprofeno (tamanho do efeito: 0,07 [IC: 95% -0,17 a 0,32]), nem para diclofenaco e naproxeno (tamanho do efeito: 0,13 [IC: 95% -0,07 a 0,33]), no desfecho de redução da dor em três meses. Segundo os autores, não foram identificadas inconsistências entre as meta-análises diretas e indiretas.

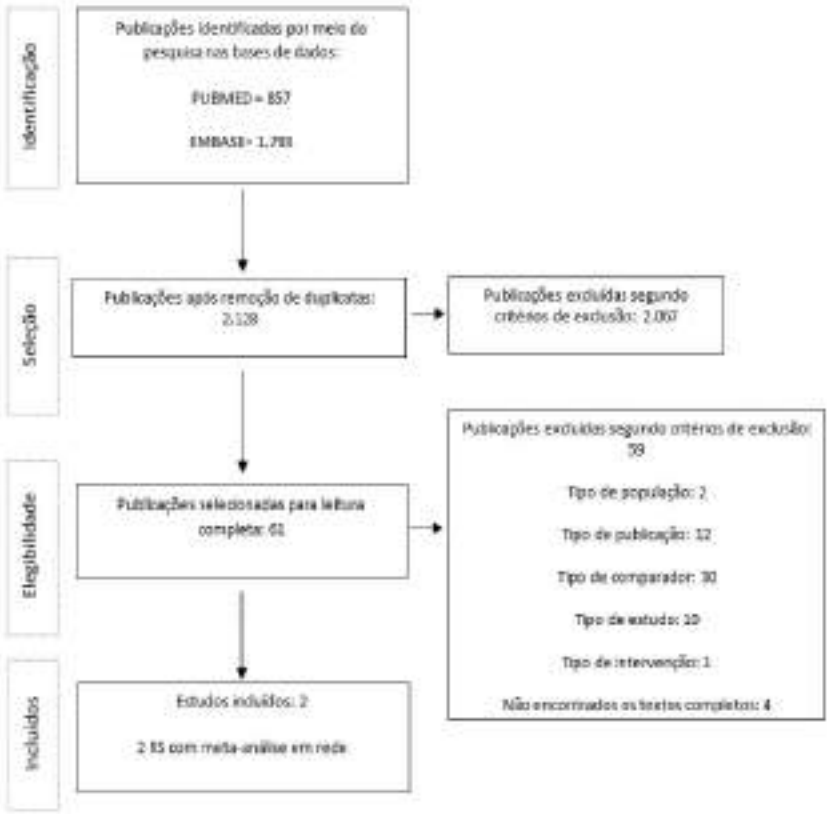


Figura B - Fluxograma de seleção dos estudos. Legenda: RS: Revisão Sistemática

C) Descrição dos estudos e resultados

Van Walsem et al., 2015[5] conduziram uma RS com meta-análise em rede para comparar a eficácia e segurança do diclofenaco 75 a 200 mg/dia, ibuprofeno 1.200 a 2.400 mg/dia, naproxeno 500 a 1.500 mg/dia, celecoxibe 100 a 800 mg/dia e etoricoxibe 30 a 90 mg/dia para o tratamento da dor em pacientes adultos com osteoartrite (AO) e artrite reumatoide (AR). Um total de 180 artigos (146.524 pacientes) compreendo uma das intervenções com placebo ou paracetamol (acetaminofeno) foi incluído, sendo que 26 apresentavam resultados apenas de segurança. Os desfechos avaliados foram: alívio da dor, função física, avaliação global do paciente, frequência de eventos adversos e descontinuação devido a eventos adversos. Foram conduzidas meta-análises em rede bayesianas para os desfechos de eficácia e segurança. Para as meta-análises em rede dos desfechos de eficácia, foram criados diferentes cenários com o objetivo de testar a validade dos resultados. Dessa forma, em um dos cenários, realizou-se a combinação de todas as doses de cada intervenção e, em um outro cenário, considerou-se a combinação de diferentes ferramentas de avaliação de resultados (escalas VAS – Escala Analógica Visual, do inglês *Visual Analogue Scale*, e Likert) para um mesmo desfecho.

Barrera et al., 2015[10] conduziram uma RS com meta-análise em rede bayesiana com o objetivo de avaliar a eficácia dos medicamentos utilizados no tratamento de pacientes com osteoartrite primária de joelho. Foram incluídos ECR que avaliassem dor, rigidez e função articular, em indivíduos submetidos a uma das seguintes intervenções: paracetamol (1.000 a 4.000 mg/dia), diclofenaco (75 a 150 mg/dia), ibuprofeno (2.400 mg/dia), naproxeno (750 a 1.000 mg/dia), celecoxibe (200 mg/dia), injeções intra-articulares de corticosteroides e placebo. Um total de 137 estudos (35.129 pacientes) foi incluído, e não foi relatado o tempo médio de acompanhamento dos estudos que compuseram as meta-análises. A idade mediana dos pacientes foi de 62 anos (intervalo: 45 a 76 anos) e foi observada predominância de participantes do sexo feminino.

Questão 1 - Diclofenaco para o tratamento da dor crônica musculoesquelética[5,9]

Pergunta de pesquisa: O diclofenaco de sódio/potássio é seguro, eficaz e custo-efetivo para o tratamento de pacientes com osteoartrite ou artrite reumatoide e dor crônica osteoarticular, comparado ao ibuprofano e naproxeno?

A estrutura PICO para esta pergunta foi:
População (P): indivíduos com dor crônica (persistente ou recorrente com duração superior a três meses) osteoarticular.
Intervenção (I): diclofenaco comprimido (oral) de liberação imediata.
Comparadores (C): ibuprofeno e naproxeno comprimido (oral) de liberação imediata.
Desfechos (O): **Primários**: redução da dor e descontinuação devido a eventos adversos, **Secundários**: rigidez, função física, avaliação global, frequência de eventos adversos.

A) Estratégia de busca
Para responder à pergunta PICO, foram conduzidas buscas nas bases Pubmed e Embase. As estratégias de busca estão descritas no **Quadro 8**.

Quadro 8 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados para a realização da revisão sistemática, realizadas no dia 08/06/2020.

Base	Estratégia	Número de resultados
Pubmed	((((("Chronic Pain"[Mesh] OR Chronic Pain OR "Osteoarthritis"[Mesh] OR Osteoarthritis))) AND ((("Diclofenac"[Mesh] OR diclofenac OR Diclopheneac))) AND ((((randomized controlled trial[pt] OR controlled clinical trial[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR drug therapy[sh] OR randomly[tiab] OR trial[tiab] OR groups[tiab]) NOT (animals [mh] NOT humans [mh]))) OR ((((systematic review[ti] OR systematic literature review[ti] OR systematic scoping review[ti] OR systematic narrative review[ti] OR systematic qualitative review[ti] OR systematic evidence review[ti] OR systematic quantitative review[ti] OR systematic meta-review[ti] OR systematic critical review[ti] OR systematic mixed studies review[ti] OR systematic mapping review[ti] OR systematic cochrane review[ti] OR systematic search and review[ti] OR systematic integrative review[ti]) NOT comment[pt] NOT (protocol[ti] OR protocols[ti])) NOT MEDLINE [subset]) OR (Cochrane Database Syst Rev[ta] AND review[pt]) OR systematic review[pt])))	857
Embase	(('diclofenac'/exp OR 'diclofenac') AND [embase]/lim) AND (('chronic pain'/exp OR 'chronic pain' OR 'chronic pain syndrome'/exp OR 'chronic pain syndrome' OR (('chronic pain'/exp OR 'chronic pain') AND ('musculoskeletal system'/exp OR 'musculoskeletal system')) OR 'osteoarthritis' OR 'osteoarthritis'/exp OR Osteoarthritis) AND [embase]/lim) AND (('crossover procedure'/de OR 'double-blind procedure'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'single-blind procedure' de OR random*:de,ab,ti OR factorial*:de,ab,ti OR crossover*:de,ab,ti OR ((cross NEXT/1 over*):de,ab,ti) OR placebo*:de,ab,ti OR ((double* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR ((singl* NEAR/1 blind*):de,ab,ti) OR assign*:de,ab,ti OR allocat*:de,ab,ti OR volunteer*:de,ab,ti) OR ('systematic review' (topic)/ de,ti,ab,kw OR 'systematic review*':de,ti,ab,kw OR 'network meta-analysis*':de,ti,ab,kw OR 'meta analysis*':de,ti,ab,kw OR 'meta analysis' (topic)/ de,ti,ab,kw))	1.793

B) Seleção das evidências
A busca nas bases retornou um total de 2.650 referências (857, no Medline; 1.793, no Embase), das quais 522 foram excluídos por estarem duplicadas. Um total de 2.128 referências foram triadas por meio da leitura de títulos e resumos, das quais 61 referências tiveram seus textos avaliados para confirmação de elegibilidade, por meio de uma análise mais minuciosa. Desses, 59 estudos foram excluídos por não atenderem a, pelo menos, um dos critérios de inclusão. Ao final, dois estudos foram incluídos (**Figura 8**).

A equipe de metodologistas do Grupo Elaborador foi responsável pela busca e avaliação de evidências, segundo metodologia GRADE. A busca na literatura foi realizada nas bases de dados PubMed e Embase, bem como no Google Scholar e Epistemonikos. A estratégia de busca contemplou os vocabulários padronizados e não padronizados para cada base de dados para os elementos "P" e "I" da questão de pesquisa, combinados por meio de operadores booleanos apropriados.

O fluxo de seleção dos artigos foi descritivo. A seleção das evidências foi realizada por um metodologista e conferida por um ou por dois metodologistas independentes, respeitando o conceito da hierarquia das evidências. Dessa forma, na etapa de triagem dos estudos por meio da leitura do título e resumo, os estudos que potencialmente preenchessem os critérios de elegibilidade (de acordo com a pergunta de pesquisa) foram mantidos, independentemente do delineamento do estudo. Havendo ensaios clínicos randomizados, preconizou-se a utilização de revisões sistemáticas com meta-análise. Havendo mais de uma revisão sistemática com meta-análise, a mais completa, atual e com menor risco de viés foi selecionada. Se a sobreposição dos estudos nas revisões sistemáticas com meta-análise era pequena, mais de uma revisão sistemática com meta-análise foi considerada. Quando a revisão sistemática não tinha meta-análise, preferiu-se considerar os estudos originais, por serem mais completos em relação às descrições das variáveis demográfico-clínicas e desfechos de eficácia/segurança. Adicionalmente, para complementar o corpo das evidências, verificou-se a existência de ensaios clínicos randomizados adicionais, que poderiam não ter sido incluídos nas revisões sistemáticas com meta-análises selecionadas por conta de limitações na estratégia de busca da revisão ou por terem sido publicados após a data de publicação da revisão sistemática considerada. Na ausência de ensaios clínicos randomizados, foram priorizados os estudos comparativos não randomizados. A exclusão de estudos excluídos na fase 3 (leitura completa dos textos) foi relatada e referenciada. O processo de seleção dos estudos foi descrito em forma de fluxograma.

Com o corpo das evidências identificado, procedeu-se à extração dos dados quantitativos dos estudos. A extração dos dados foi feita por um metodologista e revisado por um segundo, em uma única planilha Excel®. As características dos participantes nos estudos foram definidas com base na importância para interpretação dos achados e com o auxílio do especialista relator da questão. As características dos estudos também foram extraídas, bem como os desfechos de importância definidos na questão de pesquisa.

O risco de viés dos estudos foi avaliado de acordo com o delineamento de pesquisa e ferramenta específica. Apenas a conclusão desta avaliação foi relatada. Se o estudo apresentasse baixo risco de viés, considerou-se que não havia comprometimento do domínio avaliado pela respectiva ferramenta. Se o estudo apresentasse alto risco de viés, os domínios da ferramenta comprometidos eram explicitados. Desta forma, o risco de viés de revisões sistemáticas foi avaliado pela ferramenta *A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews 2* (AMSTAR-2)[4], os ensaios clínicos randomizados pela ferramenta de risco de viés da Cochrane[5], os estudos observacionais pela *ferramenta Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions* (ROBINS-I)[6].

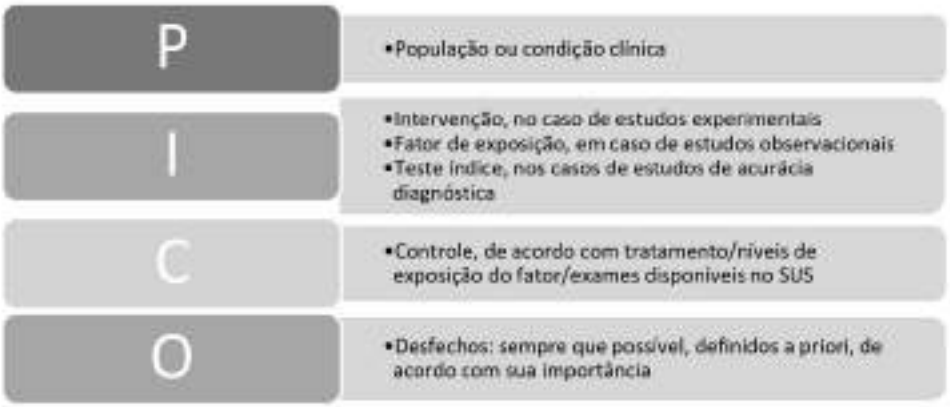
Após a finalização da extração dos dados, as tabelas foram editadas de modo a auxiliar na interpretação dos achados pelos especialistas. As estratégias de busca, síntese e avaliação das evidências para cada questão PICO está descrita na respectiva questão.

4. RECOMENDAÇÕES

Em cada pergunta PICO, a qualidade das evidências e a força da recomendação foram julgadas de acordo com os critérios GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)[7]. O conjunto de evidências foi avaliado para cada desfecho considerado neste Protocolo, sendo fornecida, ao final, a medida de certeza na evidência para cada um deles. A seguir, estão apresentadas as principais análises conduzidas para responder às perguntas PICO. A descrição detalhada está descrita nos Relatórios de Recomendação da Conitec referentes à avaliação de cada uma das tecnologias.

A relatoria das seções do PCDT foi distribuída entre os especialistas, responsáveis pela redação da primeira versão do texto. Essas seções poderiam ou não ter uma ou mais questões de pesquisa elencadas. Na ausência de questão de pesquisa (recomendações pautadas em prática clínica estabelecidas e apenas com tecnologias já disponíveis no SUS), os especialistas foram orientados a referenciar a recomendação com base nos estudos pivotais que consolidaram a prática clínica. Quando a seção continha uma ou mais questões de pesquisa, os relatores, após atuação dos metodologistas, interpretavam as evidências e redigiam uma primeira versão da recomendação.

5. BUSCA DA EVIDÊNCIA E RECOMENDAÇÕES



Este PCDT foi desenvolvido conforme processos preconizados pela Diretriz Metodológica de Elaboração de Diretrizes Clínicas do Ministério da Saúde. As perguntas de pesquisa foram estruturadas segundo o acrônimo PICO (**Figura A**). Durante a reunião de escopo deste PCDT, sete questões de pesquisa foram definidas (**Quadro A**).

Figura A - Definição da questão de pesquisa estruturada de acordo com o acrônimo PICO.

Quadro A - Questões PICO elencadas para atualização do PCDT da Dor Crônica.

PICO	Pergunta	Relatório de Recomendação da Conitec nº
1	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança do diclofenaco para o tratamento da dor crônica associada a osteoartrite/musculoesquelética (comparadores ibuprofeno e placebo)?	646
2	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança do diclofenaco dietilamônio (tópico) para o tratamento da dor crônica associada a osteoartrite/musculoesquelética (comparadores ibuprofeno e placebo)?	643
3	Qual a eficácia e segurança da duloxetina em relação à fluoxetina e tricíclicos, para o controle da dor crônica (dor neuropática e fibromialgia)?	647
4	Qual a eficácia e segurança da pregabalina em relação à gabapentina, para o controle da dor crônica (dor neuropática e fibromialgia)?	648
5	Qual a eficácia e a segurança do emplastro de lidocaína, em relação à gabapentina e a pregabalina, para o controle da dor crônica (dor neuropática localizada)?	649
6	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança do tramadol para o tratamento da dor crônica (comparadores codeína e placebo)?	645
7	Qual a eficácia (controle da dor, qualidade de vida, funcionalidade, absenteísmo/presenteísmo etc.) e segurança do fentanila, oxicodona e buprenorfina para o tratamento da dor crônica (comparadores morfina, metadona e placebo)?	644

APÊNDICE 1

METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

1. ESCOPO E FINALIDADE DO PROTOCOLO

Trata-se da atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Dor Crônica, publicado por meio da Portaria SAS/MS nº 1.083, de 02 de outubro de 2012, em cumprimento ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011[1]. A partir da definição do tema, foi conduzida uma reunião presencial para delimitação do escopo do PCDT. Essa reunião contou com a presença de dezo membros do Grupo Elaborador, sendo dez especialistas multidisciplinares (médicos, enfermeiros e fisioterapeuta) e dois metodologistas; quatro representantes do Comitê Gestor e um representante do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

As discussões realizadas durante a reunião consideraram o texto do PCDT a ser atualizado[2] e a estrutura de PCDT definida pela Portaria SAS/MS nº 375, de 10 de novembro de 2009[3]. Cada seção do PCDT publicado em 2012 foi discutida entre os Grupos Elaborador e Gestor, com o objetivo de revisar as condutas clínicas e identificar as tecnologias que poderiam ser consideradas nas recomendações para a condição indicada.

Posteriormente, cada seção foi detalhada e discutida entre os participantes, com o objetivo de identificar tecnologias que seriam consideradas nas recomendações. Após a identificação de tecnologias já disponibilizadas no SUS, novas tecnologias poderam ser identificadas. Deste modo, o grupo de especialistas foi orientado a elencar questões de pesquisa, que foram estruturadas segundo o acrônimo PICO, para qualquer tecnologia não incorporada ao SUS ou em casos de dúvida clínica. Para o caso dos medicamentos, foram considerados apenas aqueles que tivessem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e indicação do uso em bula, além de constar na tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Não houve restrição ao número de perguntas de pesquisa durante a condução desta reunião. Estabeleceu-se que recomendações diagnósticas, de tratamento ou acompanhamento que envolvessem tecnologias já incorporadas ao SUS não seriam definidas como questões de pesquisa, por se tratar de prática clínica já estabelecida, à exceção de casos de incertezas sobre o uso, casos de desuso ou possibilidade de desincorporação.

2. EQUIPE DE ELABORAÇÃO E PARTES INTERESSADAS

A reunião de escopo contou com a presença de especialistas médicos (ortopedia, reumatologia fisiatria, anestesiologia, medicina de família e comunidade e neurologia), enfermeiros e fisioterapeuta; de representantes da Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Todos os participantes externos ao Ministério da Saúde assinaram um formulário de Declaração de Conflitos de Interesse e Termo de Confidencialidade.

3. AVALIAÇÃO DA SUBCOMISSÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

A proposta de atualização do PCDT da Dor Crônica foi apresentada à 100ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, realizada em 21 de junho de 2022. A reunião teve a presença de representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Após os ajustes solicitados pelo Comitec em sua 110ª Reunião, a proposta foi representada na 103ª Reunião Ordinária da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que teve a presença de representantes da SCTIE, SAES, SAPS e SESAI. O PCDT foi aprovado para avaliação da Comitec e a proposta foi apresentada aos membros do Comitê do PCDT da Comitec que em sua 115ª Reunião Ordinária, os quais recomendaram favoravelmente ao texto. Após deliberação final da Comitec, o tema foi apresentado como informe à 113ª Reunião da Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, realizada em 19/03/2024 e à 128ª Reunião Ordinária da Comitec realizada em 12/04/2024.

4. CONSULTA PÚBLICA

A Consulta Pública nº 74/2022, para a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, foi realizada entre os dias 03/11/2022 e 22/11/2022. Foram recebidas 44 contribuições, que podem ser verificadas em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/contribuicoes/2022/20221123_cp_conitec_074_2022_pcdt_dor_cronica.pdf

24. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. The Journal of rheumatology. 2011 Jun;38(6):1113–22.

25. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Seminars in arthritis and rheumatism. 2016 Dec;46(3):319–29.

26. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. The journal of pain: official journal of the American Pain Society. 2019 Jan;20(6):611–28.

27. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997.

28. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB dos, Picinin CT. Validação da versão unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB dos, Picinin CT, editors. Conex Educ Física, Esporte e Saúde. 2011;9(1).

29. Bennett MI, Kaasa S, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. Pain. 2019 Jan;160(1):38–44.

30. IASP – International Association for the Study of Pain. Chronic Postsurgical Pain: Definition, Impact, and Prevention. IASP. 2017.

7. REFERÊNCIAS

1. Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. Support care cancer. Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 2011 Apr;19(4):505–11.

2. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 41–52.

3. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA do, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. Rev Esc Enferm USP. 2015 Oct;49(5):804–10.

4. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007 Nov;3(11):610–8.

5. Myles PS, Troedel S, Boquest M, Reeves M. The Pain Visual Analog Scale: Is It Linear or Nonlinear? Anesth Analg. 1999;89(6).

6. Claro MT, Vieira EPPP-RP. Escala de faces para avaliacao da dor em criancas - etapa preliminar [Internet]. 1993. Available from: https://repositorio.usp.br/item/000737575

7. Rossato LM, Angelo M. [Using tools for pain perception assessment in hospitalized pre-school children undergoing painful procedures]. Rev Esc Enferm USP. 1999 Sep;33(3):236–49.

8. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. 2005 Mar;114(1–2):29–36.

9. Santos JG, Brito JO, de Andrade DC, Kaziyama VM, Ferreira KA, Souza L, et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. J pain. 2010 May;11(5):484–90.

10. Schestatsky P, Félix-Torres V, Fagundes-Chaves ML, Câmara-Ehlers H, Mucenic T, Caumo W, et al. Brazilian Portuguese Validation of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs for Patients with Chronic Pain. Pain Med. 2011 Oct;12(10):1544–50.

11. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Potter J. The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: validation for use in clinical and postal research. J Pain. 2005 Mar;6(3):149–58.

12. Compston A. Aids to the investigation of peripheral nerve injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His Majesty's Stationery Office: 1942; pp. 48 (iii) and 34 figures and 7 diagrams; with aids to the examination of the peripheral nervous. Brain. 2010 Oct;133(10):2838–44.

13. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Roos Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Carrilho E, Alves V, Castilho E, Cury G, editors. Clínica Médica do HCFMUSP. Barueri: Manole; 2015. p. 36–44.

14. Latronico N, Gosselink R. A guided approach to diagnose severe muscle weakness in the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(3):199–201.

15. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. Physiotherapy. 1980 Aug;66(8):271–3.

16. Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Feb;32(4):481–6.

17. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Dec;25(24):3115–24.

18. Júnior JJ, Nicholas M, Pimenta C, Asghari A, Thieme A. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. Rev Dor. 2010 Jan 1;11:28–36.

19. Ware JEJ, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol. 1998 Nov;51(11):903–12.

20. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020.

21. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019 Jan;160(1):19–27.

22. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. Pain. 2019 Jan;160(1):28–37.

23. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis care & research. 2010 May;62(5):600–10.

Domínio	Escore
Capacidade funcional	_____/100
Limitação por aspectos físicos	_____/100
Dor	_____/100
Estado geral de saúde	_____/100
Vitalidade	_____/100
Aspectos sociais	_____/100
Limitação por aspectos emocionais	_____/100
Saúde mental	_____/100

	4	2,25
	5	1

Questão 9:

Para os itens **a**, **d** e **h**:

Resposta	Pontuação
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Para os demais itens (**b, c, f, g** e **i**): manter o mesmo valor.

Questão 10: manter o mesmo valor.

Questão 11:

Nesta questão, **os itens deverão ser somados**, porém os itens b e d deverão ser pontuados da seguinte modo:

Resposta	Pontuação
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Cálculo do *Raw Scafe*

Nesta fase você transformará o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *Raw Scafe* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínios:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

A pontuação de cada domínio será calculada pela seguinte fórmula:

$$\text{Domínio:} \quad \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior}}{\text{Variação}} \times 100$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação são fixos:

Domínio	Pontuação das questões correspondentes	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	040	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 07	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (itens b + c + d + f + h)	5	25

- A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.
- Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.
- Serão obtidas oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo somá-las e fazer uma média.

10) Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11) O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

Afirmações	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Pontuação das questões individuais

Questão 1:

Resposta	Pontuação
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Questão 2: manter o mesmo valor selecionado.

Questões 3 a 5: soma de todos os valores em cada.

Questão 6:

Resposta	Pontuação
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

Questão 7:

Resposta	Pontuação
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

Questão 8:

A resposta da questão 8 depende da pontuação da questão 7:

Se questão 7 = 1, o valor da questão 8 é 6

Se questão 7 = 2, o valor da questão 8 é 5

Se questão 7 = 2 a 6 e se 8 = 2, o valor da questão 8 é 4

Se questão 7 = 3 a 6 e se 8 = 3, o valor da questão 8 é 3

Se questão 7 = 2 a 6 e se 8 = 4, o valor da questão 8 é 2

Se questão 7 = 2 a 6 e se 8 = 5, o valor da questão 8 é 1

Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 será calculado do seguinte modo:

Resposta	Pontuação
1	6
2	4,75
3	3,5

Perguntas	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6) Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7) Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9) Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

Perguntas	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

5. QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) [9]

Nome: _____ Data: _____

1) Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2) Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral, agora?

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3) Os seguintes itens são sobre as atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4) Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

Perguntas	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5) Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

B. QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS[17,18]

Nome: _____ Data: _____

Quando você tem dor, você pode ter dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor. Quando você ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje. Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se: assinale apenas a frase que você tiver certeza que descreve você hoje.	
1) Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor.	
2) Mudo de posição frequentemente tentando ficar mais confortável com a dor.	
3) Ando mais devagar que o habitual por causa da dor.	
4) Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa.	
5) Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas.	
6) Por causa da dor eu deito para descansar mais frequentemente.	
7) Por causa da dor eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	
8) Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim.	
9) Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores.	
10) Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor.	
11) Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar.	
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor.	
13. Sinto dor quase todo o tempo.	
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor.	
15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores.	
16. Tenho dificuldade para colocar minhas meias por causa da dor.	
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa das minhas dores.	
18. Não durmo tão bem por causa das dores.	
19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas.	
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa da minha dor.	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor.	
22. Por causa da dor estou mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que em geral.	
23. Por causa da dor subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.	
24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores.	

( ) Meu sono nunca é perturbado pela dor.
( ) Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
( ) Devido à dor, durmo menos de 6 horas.
( ) Devido à dor, durmo menos de 4 horas.
( ) Devido à dor, durmo menos de 2 horas.
( ) A dor me impede de dormir.

8) ATIVIDADE SEXUAL

( ) Minha atividade sexual é normal e não causa mais dor.
( ) Minha atividade sexual é normal, mas sinto mais dor.
( ) Minha atividade sexual é quase normal, mas é muito dolorosa.
( ) Minha atividade sexual está extremamente restringida devido à dor.
( ) Minha atividade sexual é quase nula devido à dor.
( ) A dor impede totalmente qualquer atividade sexual.

9) VIDA SOCIAL

( ) Minha vida social é normal e não causa mais dor.
( ) Minha vida social é normal, mas aumenta a intensidade da dor.
( ) A dor não tem um efeito importante sobre a minha vida social, a não ser uma limitação de atividades mais vigorosas (p. ex., prática esportiva).
( ) A dor restringiu a minha vida social e eu não saio tão frequentemente quanto antes.
( ) A dor restringiu minha vida social a minha casa.
( ) Não tenho vida social devido à dor.

10) VIAGEM

( ) Posso viajar a qualquer lugar, sem dor.
( ) Posso viajar a qualquer lugar, mas sinto mais dor.
( ) A dor é intensa, mas consigo viajar por mais de 2 horas.
( ) A dor me restringe a viagens de menos de 1 hora.
( ) A dor me restringe a viagens necessárias e curtas, de menos de 30 minutos.
( ) A dor me impede de viajar, exceto para receber tratamento.

Pontuação

As respostas de cada item variam de 0 (primeiro item) a 5 (último item). A soma dos itens é expressa como uma porcentagem do escore total, por exemplo:

- caso uma pessoa tenha respondido aos 10 itens (total possível: 50 pontos) e sua pontuação total tenha sido 25, seu escore é de 50%.
- caso uma pessoa tenha respondido a 9 itens (total possível: 45) e sua pontuação tenha sido 30, seu escore é de 66,7%.

A pontuação total varia de zero (sem incapacidade funcional) a 100 (totalmente incapacitado).

Escore: _____%

0% a 20%: incapacidade mínima
21% a 40%: incapacidade moderada
41% a 60%: incapacidade grave
61% a 80%: geradora de invalidez
81% a 100%: paciente preso à cama

4. QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL

A. *OWESTRY DISABILITY INDEX* (ODI)[9,10]

Nome: _____ Data: _____

1) INTENSIDADE DA DOR
( ) Não sinto dor no momento.
( ) A dor é muito leve no momento.
( ) A dor é moderada no momento.
( ) A dor é razoavelmente intensa no momento.
( ) A dor é muito intensa no momento.
( ) A dor é a pior imaginável no momento.
2) CUIDADOS PESSOAIS (LAVAR-SE, VESTIR-SE ETC.)
( ) Consigo me cuidar normalmente sem sentir mais dor.
( ) Consigo me cuidar, mas sinto mais dor.
( ) Sinto dor ao realizar os cuidados pessoais e sou lento e cuidadoso.
( ) Necessito de alguma ajuda, mas consigo realizar a maior parte dos cuidados pessoais.
( ) Necessito de ajuda diariamente para realizar a maioria dos cuidados pessoais.
( ) Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.
3) LEVANTAMENTO DE PESO
( ) Consigo levantar cargas pesadas sem sentir mais dor.
( ) Consigo levantar cargas pesadas, mas com mais dor.
( ) A dor impede que eu levante cargas pesadas do chão, mas eu consigo fazê-lo quando elas estão adequadamente posicionadas (p. ex., sobre uma mesa).
( ) A dor impede que eu levante cargas pesadas, mas eu consigo manipular cargas leves ou médias quando elas estão adequadamente posicionadas.
( ) Consigo levantar apenas cargas muito leves.
( ) Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.
4) ANDAR
( ) A dor não me impede de andar qualquer distância.
( ) A dor me impede de andar mais de 1600 m.
( ) A dor me impede de andar mais de 400 m.
( ) A dor me impede de andar mais de 100 m.
( ) Consigo andar apenas com auxílio da bengala ou muletas.
( ) Permaneço na cama a maior parte do tempo e sendo que me arrastar até o banheiro.
5) PERMANECER SENTADO
( ) Consigo permanecer sentado em qualquer cadeira durante o tempo que desejar.
( ) Consigo permanecer sentado em minha cadeira favorita durante o tempo que desejar.
( ) A dor me impede de permanecer sentado por mais de uma hora.
( ) A dor me impede de permanecer sentado por mais de meia hora.
( ) A dor me impede de permanecer sentado por mais de 10 minutos.
( ) A dor me impede totalmente de permanecer sentado.
6) PERMANECER EM PÉ
( ) Consigo permanecer em pé durante o tempo que desejar em sentir mais dor.
( ) Consigo permanecer em pé em minha cadeira favorita durante o tempo que desejar.
( ) A dor me impede de permanecer em pé por mais de uma hora.
( ) A dor me impede de permanecer em pé por mais de meia hora.
( ) A dor me impede de permanecer em pé por mais de 10 minutos.
( ) A dor me impede totalmente de permanecer em pé.
7) SONO

3. ESCALA DO MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC) PARA AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR[3,13,14]

Para avaliação da força muscular, aplica-se a escala bilateralmente em seis grupos musculares (totalizando doze), considerando movimentos de abdução do braço, flexão do antebraço, extensão do punho, flexão da perna ou do quadril, extensão do joelho e flexão dorsal do pé.

Nome: _____ Data: _____

Escala MRC
0 – paralisia total/ ausência de contração
1 – Mínima contração
2 – Ausência de movimentos ativos contra gravidade
3 – Contração fraca contra gravidade
4 – Movimento ativo contra gravidade e resistência
5 – Força normal

Pontuação
O escore total pode ser de até 60 pontos e é dado pela soma dos pontos conferidos a cada um dos 12 grupos musculares.

Escore: _____/ 60

Fraqueza significativa (< 48) ○ ○

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.
Se o escore for inferior a 12, [são improváveis que] estejam contribuindo para a dor do paciente.
Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Escore: _____/ 24

Mecanismos neuropáticos improváveis (< 12) ○

Mecanismos neuropáticos prováveis (≥ 12) ○

B. Escala de dor LANSS (*Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs*)[8,11]

Nome: _____ Data: _____

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como "agulhadas", "choques elétricos" e "formigamento" são as que melhor descrevem estas sensações.
a) NÃO – Minha dor não se parece com isso ..... [0]
b) SIM – Eu sinto este tipo de sensação com frequência ..... [5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como "manchada" ou "avermelhada ou rosada" descrevem a aparência da sua pele.
a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele ..... [0]
b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor ..... [5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.
a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível ..... [0]
b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área ..... [3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como "choques elétricos", "dor em pontada" ou "dor explosiva" descrevem estas sensações.
a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma ..... [0]
b) SIM – Eu sinto estas sensações com muita frequência ..... [2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como "calor" e "queimação" descrevem estas sensações.
a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação ..... [0]
b) SIM – Eu sinto estas sensações com frequência ..... [1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contralateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodínia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA
Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não doloroso e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo "picada" ou "latejante") forem percebidas na área afetada, então a alodínia está presente.
a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas ..... [0]
b) SIM – Alodínia somente na área dolorida ..... [5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA
a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 25 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 mL – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.
b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, "nenhuma sensação" ou "somente sensação de toque" (LSA aumentado) ou "dor muito intensa" (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.
c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.
a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas ..... [0]
b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado doloroso ..... [3]

Pontuação

2. QUESTIONÁRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA

A. Questionário para diagnóstico de dor neuropática – DN4 (*Douleur Neuropathique 4*)[5]

Nome: _____ Data: _____

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

Entrevista com o paciente		
Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?		
• Queimação	( ) Sim	( ) Não
• Sensação de frio dolorosa	( ) Sim	( ) Não
• Choque elétrico	( ) Sim	( ) Não
Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?		
• Formigamento	( ) Sim	( ) Não
• Alfinetada e agulhada	( ) Sim	( ) Não
• Adormecimento	( ) Sim	( ) Não
• Coceira	( ) Sim	( ) Não
Exame do paciente		
Questão 3: A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?		
• Hipoestesia ao toque	( ) Sim	( ) Não
• Hipoestesia à picada de agulha	( ) Sim	( ) Não
Questão 4: Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:		
• Escovação	( ) Sim	( ) Não

Pontuação
0 para cada item negativo
1 para cada item positivo
Dor neuropática: escore total a partir de 4/10

Escore: _____/ 10

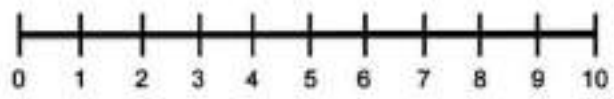
Dor nociceptiva (< 4) ◯

Dor neuropática (≥ 4) ◯

Escala visual numérica[3,4]

O profissional de saúde deve orientar o paciente a indicar, na escala abaixo, qual o número corresponde à dor que ele está sentindo ou que ele sentia em determinado período, sendo 0 sem dor e 10 a pior dor imaginável.

Nome: _____ Data: _____



Sem dor **Pior dor imaginável**

Escala visual analógica[3]

Para a escala visual analógica, o profissional de saúde deve solicitar ao paciente que indique, em uma linha horizontal de 100 mm (10 cm) a intensidade da dor, sendo da esquerda para a direita uma intensidade ascendente.

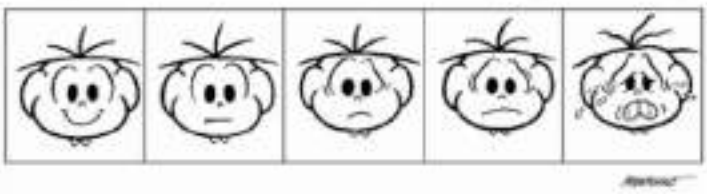
Nome: _____ Data: _____

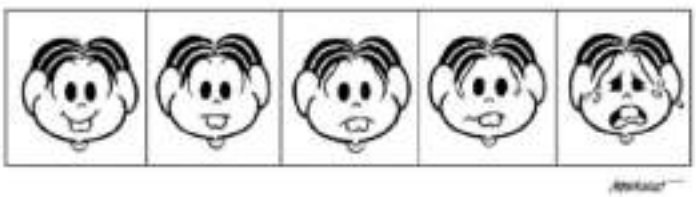
Sem dor **Pior dor imaginável**

Escala de Faces[4]

O profissional de saúde deve explicar ao paciente que cada face corresponde a uma sensação de dor. Assim, as faces, da esquerda para a direita, correspondem à ausência de dor; à dor leve; à dor moderada; à dor forte; e à dor insuportável.

Nome: _____ Data: _____





APÊNDICE A

ESCALAS, QUESTIONÁRIOS E CLASSIFICAÇÃO DA DOR

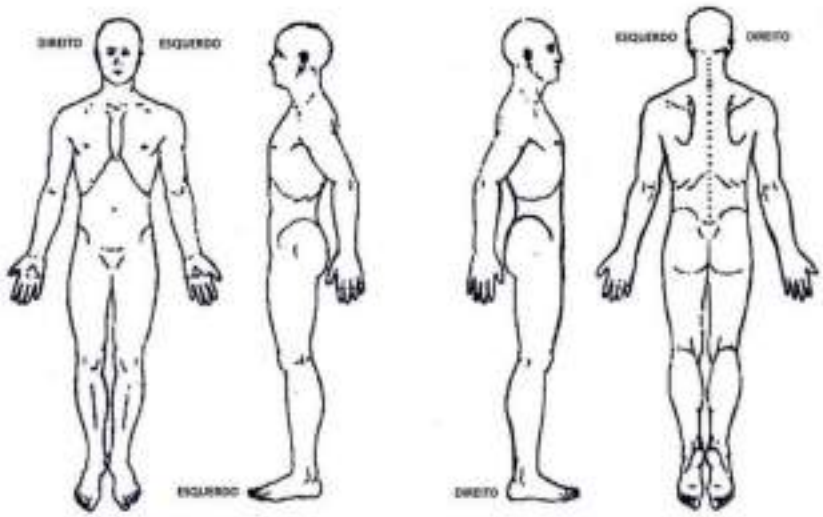
1. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A. LOCALIZAÇÃO DA DOR

Diagrama corporal[1,2]

O diagrama corporal permite a avaliação da localização da dor e, por vezes, de sua intensidade. O profissional de saúde deve apresentar o diagrama corporal ao paciente solicitando que ele marque com um X o(s) local(is) em que sente dor e onde a dor é mais aguda.

Nome: _____ Data: _____

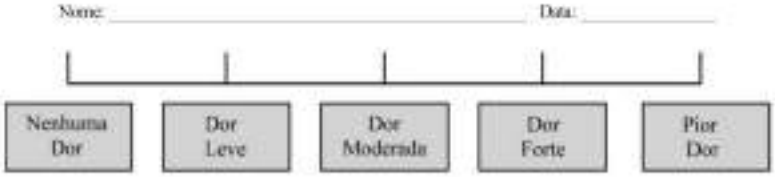


B. INTENSIDADE DA DOR

Escala de descritores verbais da dor[1]

A escala de descritores verbais permite a avaliação de intensidade da dor. O profissional de saúde deve solicitar ao paciente que ele indique, na figura, qual das cinco categorias melhor representa a intensidade da dor que ele sente.

Nome: _____ Data: _____



Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

( ) ácido acetilsalicílico
( ) ácido valpróico
( ) carbamazepina
( ) cloridrato de amitriptilina
( ) cloridrato de clomipramina
( ) cloridrato de metadona
( ) cloridrato de nortriptilina
( ) diprona
( ) fenitoína
( ) fosfato de codeína
( ) gabapentina
( ) ibuprofeno
( ) naproxeno
( ) omeprazol
( ) paracetamol
( ) sulfato de morfina
( ) valproato de sódio

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Médico responsável:	CRM:	UF:

_____

Assinatura e carimbo do médico

Data: _____

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

- **Dipirona:** contraindicações – pacientes com função da medula óssea prejudicada ou doenças do sistema hematopoiéticos que tenham desenvolvido broncoespasmo ou outras reações anafilactoides com analgésicos; com porfiria hepática aguda intermitente; com deficiência congênita da glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD) (risco de hemólise); na gravidez e lactação e em menores de três meses de idade ou pesando menos de 5kg.
Eventos adversos mais comuns – dor no estômago ou intestino, má digestão, diarreia, coloração avermelhada da urina, arritmia cardíaca, ardência ou urticárias, reações alérgicas e queda da pressão arterial.
- **Fenitoína:** contraindicação – pacientes que tenham apresentado reações alérgicas ao medicamento ou a outros hidantoínicos.
Eventos adversos mais comuns - incoordenação, sonolência, aumento do volume e sangramento das gengivas, crescimento de pelos no corpo e na face.
- **Fosfato de codeína:** contraindicações - diarreia associada a colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarreia causada por envenenamento e dependência de drogas (incluindo alcoolismo).
Eventos adversos mais comuns - sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou turbida, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar.
- **Gabapentina:** contraindicações – pacientes com hipersensibilidade à gabapentina ou a outros componentes da fórmula e mulheres grávidas.
Eventos adversos mais comuns - aumento do apetite, ganho de peso, tontura, incoordenação, dor de cabeça, tremor, cansaço, náusea, comportamento agressivo (em crianças).
- **Ibuprofeno:** contraindicações – indivíduos com úlcera péptica ativa, sangramento gastrintestinal; uso concomitante com bebidas *alcoólicas*; pacientes com úlcera gastroduodenal ou sangramento gastrintestinal, menores de 6 meses e no terceiro trimestre da gravidez.
Eventos adversos mais comuns – tontura, *rash* cutâneo, epigastralgia e náuseas.
- **Naproxeno:** contraindicações – indivíduos com hipersensibilidade ao naproxeno, pacientes com asma, rinite, pólipos nasais ou urticária pelo uso de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides (AINEs); insuficiência cardíaca grave; sangramento ativo ou antecedente de sangramento gastrintestinal ou perfuração relacionado a uso anterior de AINEs; doença ativa ou antecedente de úlcera péptica recorrente/hemorragia, (dois ou mais episódios distintos de úlcera ou sangramento comprovados) e com depuração de creatinina inferior a 30ml./min.
- **Omeprazol:** dores de cabeça, diarreia; obstipação; dor abdominal; náusea, vômitos; flatulência; alergia, alterações no sangue, diminuição do sódio, do magnésio, insônia, agitação; alteração no paladar, vertigem, alteração na visão, boca seca.
- **Paracetamol:** contraindicação – pacientes com hipersensibilidade ao paracetamol ou a qualquer outro componente de sua fórmula.
Eventos adversos mais comuns - náusea, vômitos, prisão de ventre, coceira ou vermelhidão no corpo ou reações alérgicas.
- **Sulfato de morfina:** contraindicações - gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática.
Eventos adversos mais comuns - sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então), náusea e vômitos, dificuldade de respirar (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento) e retenção urinária.

Todos os anticonvulsivantes têm um risco pequeno de provocar problemas para o feto se usados durante a gestação. Pacientes com vida sexual ativa, que pretendam engravidar ou que estão gestantes devem procurar o seu médico para orientações sobre o risco de malformações e os ajustes de dose dos anticonvulsivantes que deverão ser realizados durante a gestação.
Não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de codeína, morfina, metadona, omeprazol e gabapentina na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico.
O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados em grávidas, em pacientes que estão amamentando, em idosos e em crianças. As habilidades motoras e a capacidade física necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas, como conduzir veículos ou operar máquinas, podem ficar comprometidas.
Quando não forem possíveis a prevenção e o tratamento dos eventos adversos, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.
Os analgésicos opiáceos não causam dependência facilmente, não causam depressão respiratória clinicamente significante em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não aceleram a morte nem deixam o paciente alheio ao ambiente em que está inserido.
Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO, ÁCIDO VALPRÓICO OU VALPROATO DE SÓDIO, CARBAMAZEPINA, CLORIDRATO DE AMITRIPTILINA, CLORIDRATO DE CLOMIPRAMINA, CLORIDRATO DE METADONA, CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA, DIPIRONA, FENITOÍNA, FOSFATO DE CODEÍNA, GABAPENTINA, IBUPROFENO, NAPROXENO, PARACETAMOL, OMEPRAZOL E SULFATO DE MORFINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais eventos adversos relacionados ao uso de ácido acetilsalicílico, ácido valpróico ou valproato de sódio, carbamazepina, cloridrato de amitriptilina, cloridrato de clomipramina, cloridrato de metadona, cloridrato de nortriptilina, dipirona, fenitoína, fosfato de codeína, gabapentina, ibuprofeno, naproxeno, paracetamol e sulfato de morfina, indicados para o tratamento da dor crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- alívio da dor;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos de uso do medicamento:

- **Ácido acetilsalicílico:** contraindicações – história de asma induzida pela administração de salicilatos, úlceras gastrintestinais agudas, diátese hemorrágica, insuficiência renal grave, insuficiência hepática grave, insuficiência cardíaca grave e no último trimestre de gravidez.
Eventos adversos mais comuns - dor abdominal, azia, náuseas, vômitos, úlcera e perfuração gastroduodenal; hemorragia gastrintestinal que pode causar anemia por deficiência de ferro; tontura e zumbido; aumento do risco de sangramento; urticária, reações cutâneas, reações anafiláticas, asma e edema de Quincke.
- **Ácido valpróico ou valproato de sódio:** contraindicações – doença hepática ou disfunção hepática significativa; conhecida desordem na mitocôndria causada por mutação no DNA polimerase mitocondrial γ (POLG; ou seja, Síndrome de Alpers-Huttenlocher) e crianças com menos de 2 anos com suspeita de possuir desordem relacionada à POLG; distúrbio do ciclo da ureia (DCU) e pacientes com porfiria, mulheres grávidas (por apresentar alto potencial teratogênico).
Eventos adversos mais comuns - sonolência, cansaço, tremor, alterações da função do fígado, diminuição das plaquetas, ganho de peso, queda de cabelos.
- **Carbamazepina:** contraindicações – pacientes com bloqueio atrioventricular, histórico de depressão da medula óssea, histórico de porfirias hepáticas e uso em associação com inibidores da monoamino-oxidase (IMAO).
Eventos adversos mais comuns - vermelhidão da pele, sonolência, ganho de peso, diarreia, náusea, vômitos, problemas para caminhar, mudanças de humor, tremor, transtorno de memória, visão dupla e impotência.
- **Cloridrato de amitriptilina:** contraindicações – uso em associação com IMAO, pacientes que recebem cisaprida por causa da possibilidade de reações adversas cardíacas, durante a fase de recuperação aguda após infarto do miocárdio e na gravidez.
Eventos adversos mais comuns – sonolência, sensação de fraqueza ou cansaço, tontura ou zumbido, dor de cabeça, boca seca, prisão de ventre, ganho de peso, taquicardia ou crises hipertensivas e alteração no paladar.
- **Cloridrato de clomipramina:** contraindicações – uso em associação, 14 dias antes ou 14 dias após o tratamento com um inibidor da MAO, ou com inibidores reversíveis seletivos da MAO-A, infarto do miocárdio recente e síndrome congênita do QT prolongado.
Eventos adversos mais comuns – taquicardia sinusal, palpitações, hipotensão ortostática, alterações clinicamente irrelevantes do ECG em pacientes sem doença cardíaca, sonolência, cansaço, tontura, intranquilidade, aumento do apetite, boca seca, constipação, visão borrada, tremores, dores de cabeça, náusea, transpiração, ganho de peso e dificuldades seminais.
- **Cloridrato de metadona:** contraindicação - insuficiência respiratória grave.
Eventos adversos mais comuns - dificuldade para respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos, suor excessivo.
- **Cloridrato de nortriptilina:** contraindicações – uso em associação, 14 dias antes ou 14 dias após o tratamento com um inibidor da MAO e durante o período de recuperação aguda após infarto do miocárdio.
Eventos adversos mais comuns – hipotensão ortostática, taquicardia, boca seca, confusão mental, alucinações, desorientação, delírios, aumento da ansiedade, inquietação, agitação, insônia, pânico, pesadelos, tremores, convulsões, visão embaçada e alterações de visão, dificuldade em urinar, urticária, sensibilidade à luz solar, inchaço, náusea e vômito, constipação intestinal ou diarreia, falta de apetite, sonolência, dor de cabeça, infarto do miocárdio e arritmias.

160. World Health Organization. WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. 2019. 142p p.

161. World Health Organization. Cancer Pain Relief. WHO. 1987.

162. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul;7(7):CD012638.

163. Jara C, Del Barco S, Gálvalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). Clin Transl Oncol. 2017/11/10. 2018 Jan;20(1):97–107.

164. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018 Oct;29(Suppl 4):iv166–91.

165. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019 Aug;17(8):977–1007.

166. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2018 Oct;29(Suppl 4):iv166–91.

167. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. JAMA. 2016 Apr;315(15):1624–45.

168. Kobayashi R, Fim M, Lin I. Dor: o que o ortopedista precisa saber? In: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Comissão de Educação Continuada, Tratamento C de E e, editors. PROATO Programa de Atualização em Traumatologia e Ortopedia: Ciclo 18. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 9–58.

169. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. WHO. 2018.

170. World Health Organization. Why Palliative Care is an essential function of Primary Health Care. WHO. 2018.

171. Mehta A, Chan LS. Understanding of the Concept of "Total Pain": A Prerequisite for Pain Control. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2008;10(1).

172. Saunders C. The Management of Terminal Illness. London: Hospital Medicine Publications; 1967.

173. Devan H, Hale L, Hempel D, Saipe H, Perry MA. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. Phys Ther. 2018 May;98(5):381–97.

174. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns. 2002;48(2):177–87.

136. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 51, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia. Diário Oficial da União; 2021. p. 169.

137. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 52, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia. Diário Oficial da União; 2021. p. 169.

138. Enthoven WTM, Roelofs PD, Koes BW. NSAIDs for Chronic Low Back Pain. JAMA. 2017 Jun;317(22):2327–8.

139. Myers J, Wielage RC, Han B, Price K, Gahn J, Paget MA, et al. The efficacy of duloxetine, non-steroidal anti-inflammatory drugs, and opioids in osteoarthritis: a systematic literature review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2014;15(1):76.

140. The American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr;112(4):810–33.

141. Busse JW, Wang L, Kamaleldin M, Craigie S, Riva JJ, Montoya L, et al. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2018 Dec;320(23):2448–60.

142. Beal BR, Wallace MS. An Overview of Pharmacologic Management of Chronic Pain. Med Clin North Am. 2016 Jan;100(1):65–79.

143. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. Med Clin North Am. 2016 Jan;100(1):55–64.

144. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, McQuay HJ. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Mar;(3):CD007938.

145. Beal BR, Wallace MS. An Overview of Pharmacologic Management of Chronic Pain. Med Clin North Am. 2016 Jan;100(1):65–79.

146. Xu L, Zhang Y, Huang Y. Advances in the Treatment of Neuropathic Pain. Adv Exp Med Biol. 2016;904:117–29.

147. Sommer C, Klose P, Welsch P, Petzke F, Häuser W. Opioids for chronic non-cancer neuropathic pain. An updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks duration. Eur J Pain. 2020 Jan;24(1):3–18.

148. Cooper TE, Chen J, Wiffen PJ, Derry S, Carr DB, Aldington D, et al. Morphine for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May;5(5):CD011669.

149. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016. JAMA. 2016 Apr;315(15):1624–45.

150. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021 May;397(10289):2082–97.

151. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. The Lancet. 2021 May;397(10289):2098–110.

152. Corbin AG, Folly T, Bagg MK, Wewege MA, Jones MD, Ferraro MC, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2021 Jul 8;374:n1446.

153. Chang WJ. Muscle Relaxants for Acute and Chronic Pain. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2020;31(2):245–54.

154. Balcaitaya M, Paladini A, Paroli A, Zis P, Pergolizzi J V, Varrassi G. Pathophysiologic Approach to Pain Therapy for Complex Pain Entities: A Narrative Review. Pain Ther. 2020;9(1):7–21.

155. Treede AP, Perrot S. New concepts of pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2019;33(5):101415.

156. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmatova Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. Curr Med Res Opin. 2019 Jun;35(6):1011–8.

157. Ritchie M. Mixed Pain. Getmed. 2011;

158. Jara C, Del Barco S, Ortmaier C, Reyes S, Hernández R, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). Clin Transl Oncol. 2017/11/10. 2018 Jan;20(1):97–107.

159. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Ao M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019 Aug;17(8):977–1007.

117. Ghavev G, Yelland M, Emery J. Low-level laser therapy for chronic non-specific low back pain: a meta-analysis of randomised controlled trials. Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society. 2016 Oct;34(5):328–41.

118. Chow RT, Heller GZ, Barnsley L. The effect of 300 mW, 830 nm laser on chronic neck pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Pain. 2006 Sep;124(1–2):201–10.

119. Bandeira E, Amadori F, Conti G, Majorana A. Efficacy of the photobiomodulation therapy in the treatment of the burning mouth syndrome. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2019 Nov;24(6):e787–91.

120. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Chronic Pain: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN; 2013.

121. Ulger O, Demirel A, Oz M, Tamer S. The effect of manual therapy and exercise in patients with chronic low back pain: Double blind randomized controlled trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2017 Nov;30(6):1303–9.

122. Hidalgo B, Hall T, Bossert J, Dugeny A, Cagnie B, Pitance L. The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. J Back Musculoskelet Rehabil. 2017 Nov;30(6):1149–69.

123. de Luca KE, Fang SH, Ong J, Shin KS, Woods S, Tashin PJ. The Effectiveness and Safety of Manual Therapy on Pain and Disability in Older Persons With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. J Manipulative Physiol Ther. 2017 Sep;40(7):527–34.

124. Domingues L, Pimentel-Santos FM, Cruz EB, Sousa AC, Santos A, Cordovil A, et al. Is a combined programme of manual therapy and exercise more effective than usual care in patients with non-specific chronic neck pain? A randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2019 Dec;33(12):1908–18.

125. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Chronic Pain: A National Clinical Guideline. Edinburgh: SIGN; 2013.

126. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2018 May;19(5):455–74.

127. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica . Vol. 14. Psicologia: Reflexão e Crítica . scielo ; 2005. p. 47–54.

128. Pimenta CA de M, Cruz D de ALM da. Crenças em dor crônica: validação do Inventário de Atitudes frente à Dor para a língua portuguesa . Vol. 40. Revista da Escola de Enfermagem da USP . scielo ; 2006. p. 365–73.

129. Pimenta C. Dor cronica, terapia cognitivo comportamental e o enfermeiro. Rev psiquiatr clin (São Paulo). 2001;28(6):288–94.

130. Roe M, Sehgal A. Pharmacology in the management of chronic pain. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2016 Nov;17(11):548–53.

131. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. PORTARIA SCTIE/MS Nº 45, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o diclofenaco (uso oral) para o tratamento da dor crônica musculoesquelética. Diário Oficial da União; 2021. p. 76.

132. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 46, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento de dor crônica. Diário Oficial da União; 2021. p. 76.

133. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 59, DE 7 DE SETEMBRO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o tramadol para o tratamento da dor crônica. Diário Oficial da União; 2021. p. 76.

134. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 48, DE 20 DE JULHO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os antiinflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite. Diário Oficial da União; 2021. p. 76.

135. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. PORTARIA SCTIE/MS Nº 50, DE 2 DE AGOSTO DE 2021. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a lidocaína para dor neuropática localizada. Diário Oficial da União; 2021. p. 169.

94. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020.

95. Louw A, Puentedura EJ. Therapeutic Neuroscience Education. Pain Physiotherapy and the Pain Neuromatrix. International Journal of Health Sciences (IJHS). 2014;2(3).

96. Wittink H, Cohen L, Hoskins Michel T. Pain Rehabilitation: Physical Therapy Treatment. In: Wittink H, Michel T, editors. Chronic Pain Management for Physical Therapists. 2 ed. Butterworth-Heinemann; 2002.

97. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126–31.

98. Brasil Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. 2021. 54p p.

99. Kroll HR. Exercise therapy for chronic pain. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2015 May;26(2):263–81.

100. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr;4(4):CD011279–CD011279.

101. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(24):1451 LP – 1462.

102. Brasil. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. Diário da República, 2.ª série - n.º 102 (27-05-2015). 2015.

103. Brasil. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 2018;

104. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. 2017 [cited 2024 Apr 16]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

105. Häuser W, Arnold B, Eich W, Felde E, Flügge C, Henningsen P, et al. Management of fibromyalgia syndrome--an interdisciplinary evidence-based guideline. Ger Med Sci. 2008;6.

106. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76(2).

107. WHO. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. World Health Organization. 2023;

108. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med [Internet]. 2017 Apr 4;166(7):514–30. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28192789

109. Hu HT, Gao H, Ma RJ, Zhao XF, Tian HF, Li L. Is dry needling effective for low back pain?: A systematic review and PRISMA-compliant meta-analysis. Medicine. 2018 Jun;97(26):e11225.

110. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Chronic pain in over 16s: assessment and management (Draft). NICE; 2020.

111. Vickers AJ, Vertosick EA, Lewith G, MacPherson H, Foster NE, Sherman KJ, et al. Acupuncture for Chronic Pain: Update of an Individual Patient Data Meta-Analysis. The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2018 May;19(5):455–74.

112. Gattie E, Cleland JA, Snodgrass S. The Effectiveness of Trigger Point Dry Needling for Musculoskeletal Conditions by Physical Therapists: A Systematic Review and Meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2017 Mar;47(3):133–49.

113. Liu L, Huang QM, Liu QG, Ye G, Bo CZ, Chen MI, et al. Effectiveness of dry needling for myofascial trigger points associated with neck and shoulder pain: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2015 May;96(5):944–55.

114. Gatterman MI, McDowell BL. Chapter 6 - Management of Muscle Injury and Myofascial Pain Syndromes. In: Gatterman MIBTW, editor. Saint Louis: Mosby; 2012. p. 85–116.

115. Rakel B, Burr RG. Physical modalities in chronic pain management. Nurs Clin North Am. 2003 Sep;38(3):477–94.

116. Allen RJ. Physical agents used in the management of chronic pain by physical therapists. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2006 May;17(2):315–45.

70. Prego-Dominguez J, Skillgate E, Orsini N, Takkouche B. Social factors and pain worsening: a retrospective cohort study. Br J Anaesth. 2021 Aug;127(2):289–95.

71. Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2015;126:167–83.

72. Wang VC, Mullally WJ. Pain Neurology. Am J Med. 2020 Mar;133(3):273–80.

73. Philpot U, Johnson MI. Diet therapy in the management of chronic pain: better diet less pain? Pain Manag. 2019 Jan;9(4):335–8.

74. Ovsed K, Olmer L, Shemer-Avni Y, Wolf T, Supino-Rosin L, Prajgrod G, et al. Multi-center nationwide comparison of seven serology assays reveals a SARS-CoV-2 non-responding seronegative subpopulation. EClinicalMedicine. 2020 Dec;29:100651.

75. Nijs J, Elma Ö, Yilmaz ST, Mullie P, Vandervoort L, Clarys P, et al. Nutritional neurobiology and central nervous system sensitisation: missing link in a comprehensive treatment for chronic pain? Vol. 123, British journal of anaesthesia. England; 2019. p. 539–43.

76. Guo R, Chen LH, Xing C, Liu T. Pain regulation by gut microbiota: molecular mechanisms and therapeutic potential. Br J Anaesth. 2019 Nov;123(5):637–54.

77. Choy EHS. The role of sleep in pain and fibromyalgia. Nat Rev Rheumatol. 2015 Sep;11(9):513–20.

78. Mathias JL, Cant ML, Burke ALJ. Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: a meta-analysis. Sleep Med. 2018 Dec;52:198–210.

79. Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018 Dec;87(Pt B):159–67.

80. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 41–52.

81. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, D ' JM, Greve A, Kaziyama HHS, et al. Edição Especial Avaliação funcional do doente com dor crônica. Rev Med (São Paulo). 2001;80(1):443–73.

82. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, Greve MJD, Kaziyama HHS. Avaliação funcional do doente com dor crônica. Rev Med (Rio J). 2001 Dec;80(spe2 SE-):443–73.

83. Fuller R, Shinjo S, Kobayashi C. Dor em reumatologia. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Alef; 2019. p. 129–40.

84. Compston A. Aids to the investigation of peripheral nerve injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His Majesty's Stationery Office: 1942; pp. 48 (iii) and 74 figures and 7 diagrams; with aids to the examination of the peripheral nervous. Brain. 2010 Oct;133(10):2838–44.

85. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. Physiotherapy. 1980 Aug;66(8):271–3.

86. Vigatto R, Alexandre NMC, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Feb;32(4):481–6.

87. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. Spine (Phila Pa 1976). 2000 Dec;25(24):3115–24.

88. Júnior JJ, Nicholas M, Pimenta C, Asghari A, Thieme A. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. Rev Dor. 2010 Jan 1;11:28–36.

89. Hadi MA, McHugh GA, Closs SJ. Impact of Chronic Pain on Patients' Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. J Patient Exp. 2019 Jun;6(2):133–41.

90. Katz N. The Impact of Pain Management on Quality of Life. J Pain Symptom Manage. 2002;24(1, Supplement 1):S38–47.

91. Kobayashi R, Kobayashi C, Kobayashi S. Síndrome dolorosa miofascial e Fibromialgia. In: Hungria J, Ikemoto R, editors. SBOT. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 99–126.

92. Dale R, Stacey B. Multimodal Treatment of Chronic Pain. Med Clin North Am. 2016 Jan;100(1):55–64.

93. American College of Occupational and Environmental Medicine. Chronic Pain Guideline. Hegmann KT, editor. Reed Group; 2017.

47. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007 Nov;3(11):610–8.

48. Powell R, Downing J, Ddungu H, Mwanji-Powell F. Pain History and Pain Assessment. In: Kopf A, Patel N, editors. Guide to Pain in Management in Low-Resource Settings. International Association for the Study of Pain; 2010. p. 68–79.

49. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA de, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. Rev Esc Enferm USP. 2015 Oct;49(5):804–10.

50. Dillingim RB, Loeser JD, Baron R, Edwards RR. Assessment of Chronic Pain: Domains, Methods, and Mechanisms. The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2016 Sep;17(9 Suppl):T10–20.

51. Pereira LV, Pereira G de A, Moura LA de, Fernandes RR. [Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors]. Rev Esc Enferm USP. 2015 Oct;49(5):804–10.

52. Mannion AF, Balagué F, Pellisé F, Cedraschi C. Pain measurement in patients with low back pain. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007 Nov;3(11):610–8.

53. Claro MT, Vieira EPPRP. Escala de faces para avaliacao da dor em criancas - etapa preliminar. 1993.

54. Rossato LM, Angelo M. [Using tools for pain perception assessment in hospitalized pre-school children undergoing painful procedures]. Rev Esc Enferm USP. 1999 Sep;33(3):236–49.

55. Hootm W, Tamming R, Belgrade M, Gnil J, Goertz M, Haake B, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Assessment and Management of Chronic Pain. 2013 [cited 2024 Apr 16]; Available from: https://www.guamed.org/application/files/3516/7173/5894/ChronicPain.pdf

56. Hegmann K. Chronic Pain Guideline [Internet]. American College of Occupational and Environmental Medicine. 2017 [cited 2024 Apr 16]. Available from: https://www.dir.ca.gov/dwc/MTUS/ACOEM-Guidelines/Chronic-Pain-Guideline.pdf

57. Liggieri A, Tsai A, Machado E, Moraes F, Lin I, Ferri J, et al. Tratado de dor musculoesquelética. São Paulo: Atef; 2019. p. 25–35.

58. Sorkin LS, Eblinger KA, Wolfer SA, Yaksh TL. Origins of antidromic activity in sensory afferent fibers and neurogenic inflammation. Semin Immunopathol. 2018 May;40(3):237–47.

59. Donnanhoft J, Gerwin R, Courtney C. Pain sciences and myofascial pain. In: Donnelly J, editor. Travell, Simons & Simons' miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.

60. Simons D, Travell J, Simons L. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

61. Donnanhoft J, Gerwin R, Courtney C. Pain sciences and myofascial pain. In: Donnelly J, editor. Travell, Simons & Simons' miofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.

62. Projeto Diretrizes AMB e CFM. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. 2003;8. Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/077.pdf

63. Bijlsma JWJ, Knahr K. Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. Best Pract Res Clin Rheumatol [Internet]. 2007 Feb;21(1):59–76. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521694206001173

64. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. Regras de Ouro em Reumatologia. Lisboa: DGS; 2005. 144 p.

65. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society: classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis. 2009 Jun;68(6):777–83.

66. Harris C, Gerden S, Martindale J, Jeffries C. Differentiating Inflammatory and Mechanical Back Pain: Challenge your decision making. NASS - National Axial Spondyloarthritis Society; 2018.

67. Fuller R, Shinjo S, Kobayashi C. Dor em reumatologia. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Atef; 2019. p. 129–40.

68. Cardoso A, Branco JC, Silva JAP, Cruz M, Costa MM. Regras de Ouro em Reumatologia. Lisboa: DGS; 2005. 144 p.

69. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Rossi Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Carrilho F, Alves V, Castilho E, Cerri G, editors. Clínica Médica do HCFMUSP. Barueri: Manole; 2015. p. 38–44.

24. Task Force on Major and Chronic Diseases of European Comission Directorate-General for Health and Consumers's Health Information Strand. Major and Chronic Diseases: REPORT 2007. Luxembourg: European Union; 2008.

25. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Brazil. 2017.

26. IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profile: Brazil. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2019.

27. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020 Oct;396(10258):1204–22.

28. GBD 2017 Diseases and Injuries Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018 Nov;392(10159):1789–858.

29. Goldberg DS. Pain, objectivity and history: understanding pain stigma. Med Humanit [Internet]. 2017 Dec;43(4):238–43. Available from: https://mh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/medhum-2016-011133

30. Sacre T, Derry S, Seers K, Moore RA. Professionals underestimate patients' pain: a comprehensive review. Pain [Internet]. 2018 May 18;159(5):811–8. Available from: https://journals.lww.com/00006396-201805000-00002

31. de Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. Pain [Internet]. 2016 Aug 8;157(8):1607–10. Available from: https://journals.lww.com/00006396-201608000-00008

32. Lin T, Kobayashi R, Kobayashi C, Rossi Junior J, Loduca A, Muller B. Avaliação funcional do doente com dor crônica. In: Martins M, Castilho F, Alves V, Castilho E, Cerri G, editors. Clínica Médica do HCFMUSP. Barueri: Manole; 2015. p. 38–44.

33. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med. 2020 Jan;54(2):79–86.

34. Curtin C. Pain Examination and Diagnosis. Hand Clin. 2016 Feb;32(1):21–6.

35. Hooten W, Timming R, Belgrade M, Gatl J, Goertz M, Hanke B, et al. Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain. Institute for Clinical Systems Improvement; 2013.

36. Burmeister A, da Rosa SMM. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª. Porto Alegre: Artmed; 2017.

37. Teixeira M, Forni J. Fisiopatologia da dor. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Atef; 2019. p. 25–35.

38. World Health Organization. A new understanding chronic pain. In: Kaplan A, editor. Health Promotion and chronic illness Discovering a new quality of health. Copenhague: WHO Regional Publications; 1992. p. 141–226.

39. Hylands-White N, Duarte R V, Raphael JH. An overview of treatment approaches for chronic pain management. Rheumatol Int. 2017 Jan;37(1):29–42.

40. Curtin C. Pain Examination and Diagnosis. Hand Clin. 2016 Feb;32(1):21–6.

41. Liggieri A, Liggieri V. Avaliação do paciente com dor crônica. In: Kobayashi R, Luzo M, Cohen M, editors. Tratado de Dor Musculoesquelética SBOT. São Paulo: Atef; 2019. p. 41–52.

42. Kobayashi R, Kobayashi C, Kobayashi S. Síndrome dolorosa miofascial e fibromialgia. In: Hungria J, Ikemoto R, editors. SBOT. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 99–126.

43. Powell R, Downing J, Ddungu H, Mwangi-Powell F. Pain History and Pain Assessment. In: Kopf A, Patel N, editors. Guide to Pain in Management in Low-Resource Settings. International Association for the Study of Pain; 2010. p. 68–79.

44. The American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Anesthesiology. 2010 Apr;112(4):810–33.

45. Lin T, Teixeira M, Romano M, Greve JD, Kazuyama H. O exame físiátrico do paciente com dor. In: Castro A, editor. A clínica da dor Organização, funcionamento e bases científicas. Curitiba: Maio; 2003. p. 81–103.

46. Hooten W, Timming R, Belgrade M, Gatl J, Goertz M, Hanke B, et al. Health Care Guideline: Assessment and Management of Chronic Pain. Institute for Clinical Systems Improvement; 2013.

10. REFERÊNCIAS

1. IASP - International Association for the Study of Pain. IASP Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain. IASP; 2017;
2. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9).
3. Aydede M, Shriver A. Recently introduced definition of "nociplastic pain" by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. Vol. 159, Pain. United States; 2018. p. 1176–7.
4. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice ASC, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain? Pain. 2016 Jun;157(6):1382–6.
5. Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, Chen J, Rakhmawati Emril D, Fernández-Villacorta FJ, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. Curr Med Res Opin. 2019 Jun;35(6):1011–8.
6. IASP – International Association for the Study of Pain. Guide to Pain Management in Low-Resource Settings : Educational material written for general distribution to health care providers by a multidisciplinary and multinational team of authors. Kopf A, Patel N, editors. Seattle: IASP; 2010. 371 p.
7. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015 Jun;156(6):1003–7.
8. National Institutes of Health. The Interagency Pain Research Coordinating Committee (IPRCC). National Pain Strategy: A Comprehensive Population Health-Level Strategy for Pain. National Institutes of Health; 2016.
9. Australian Government - Department of Health. National Strategic Action Plan for Pain Management. Canberra: Department of Health; 2019.
10. BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas: Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. IBGE. PNS - Pesquisa Nacional em Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas - Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE; 2014.
12. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. Pain. 2008 Oct;139(3):498–506.
13. Vieira ÉB de M, Garcia JBS, Silva AAM da, Araújo RLTM, Jansen RCS, Bertrand ALX. Chronic pain, associated factors, and impact on daily life: are there differences between the sexes? . Vol. 28, Cadernos de Saúde Pública . scielo ; 2012. p. 1459–67.
14. Maia Costa Cabral D, Sawaya Botelho Bracher E, Dylese Pereatian Depintor J, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2014 Nov;15(11):1081–91.
15. Dos Reis-Neto ET, Ferraz MB, Kowalski SC, Pinheiro G da RC, Sato EI. Prevalence of musculoskeletal symptoms in the five urban regions of Brazil-the Brazilian COPCORD study (BRAZCO). Clin Rheumatol. 2016 May;35(5):1217–23.
16. Bevan S. Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015 Jun;29(3):356–73.
17. MacKay C, Canizares M, Davis AM, Badley EM. Health care utilization for musculoskeletal disorders. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010 Feb;62(2):161–9.
18. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. BMC Public Health. 2013 Dec;13:1229.
19. Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. The journal of pain : official journal of the American Pain Society. 2012 Aug;13(8):715–24.
20. European Comission. Europe in figures. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.
21. Oortwijn W, Nellissen E, Adamini S, van den Heuvel S, Geuskens G, Burdorf L. Social determinants state of the art reviews - Health of people of working age - Full Report. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers ; 2011.
22. European Comission. Eurostat net Project - Musculoskeletal Health in Europe: Report v5.0. European Comission; 2013.
23. European Comission. Special Eurobarometer: Health in the European Union. European Comission; 2007.

A dispensação de opioide deve ocorrer mediante a apresentação de Receita de Controle Especial em duas vias (anexo XVII da Portaria SVS/MS nº 344/1998). A quantidade de opioide dispensada para cada paciente em tratamento ambulatorial deverá ser suficiente para a manutenção do referido tratamento por um período máximo de 30 dias. As unidades dispensadoras ficam obrigadas a cumprir as exigências de escrituração e guarda estabelecidas nas Portarias SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e nº 6, de 26 de janeiro de 1999.

De acordo com a RDC nº 202/2002, a Notificação de Receita "A" não será exigida para dispensação de medicamentos à base de codeína, morfina e metadona, ou de seus sais, a pessoas em tratamento ambulatorial de controle da dor e cuidados paliativos no âmbito dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON e Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica.

9. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Deve-se informar ao paciente, ou seu responsável legal, sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER.

Acompanhamento	Frequência
Velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide, eletroforese de proteínas, T4 livre, TSH, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase, sorologias para hepatite B e hepatite C, HIV e sífilis, dosagem de ferro, ferritina, ácido fólico e vitaminas B12.	Para diagnóstico diferencial e de acordo com a necessidade.
Exames de imagem - raios x, ultrassonografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, cintilografias.	

Somado ao acompanhamento clínico, recomenda-se a elaboração de um plano de cuidado autogerido pelo paciente, reforçando seu papel ativo e central no controle da dor. A dor crônica é um problema complexo, sendo sua completa eliminação raramente alcançada[41]. Ajudar as pessoas com dor crônica a se tornarem mais conscientes das ferramentas que podem auxiliá-los no autogerenciamento de sua dor é importante para melhorar a qualidade de vida e dar senso de autonomia ao indivíduo[42,43,44].

Recomenda-se avaliar o balanço entre os benefícios e danos potenciais na utilização dos AINEs orais em indivíduos com risco ou com doença cardiovascular, gástrico ou renal conhecida. Assim, seu uso deve considerar a avaliação adequada e o monitoramento contínuo desses fatores de risco.

8. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão deste PCDT, a duração e o monitoramento do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso de medicamentos.

Casos de dor crônica devem ser avaliados e acompanhados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, em seus diferentes formatos, considerando as realidades locais, e pelos serviços especializados, quando necessário.

Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Os estados e municípios deverão manter atualizadas as informações referentes aos registros de estoque, distribuição e dispensação do(s) medicamento(s) e encaminhar estas informações ao Ministério da Saúde via Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (BNAFAR), conforme as normativas vigentes.

O tratamento dos indivíduos com dor crônica deve ser multidisciplinar, incluindo promoção da saúde e prevenção de doenças. Na maioria dos casos, o acompanhamento é realizado, preferencialmente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, o Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos, voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros.

Nesse sentido, deve ser observado o artigo 7º da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, que estabelece os seguintes eixos de ações para serem desenvolvidos nos polos do programa: Práticas corporais e Atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; PICS; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

Em relação às PICS, estas práticas foram institucionalizadas pela PNPIC. Uma das ideias centrais dessa abordagem é uma visão ampliada do processo saúde e doença, assim como a promoção do cuidado integral do ser humano, especialmente do autocuidado. As indicações às práticas se baseiam no indivíduo como um todo, considerando seus aspectos físicos, emocionais, mentais e sociais. As PICS não substituem o tratamento tradicional e podem ser indicadas por profissionais específicos conforme as necessidades de cada caso.

No que diz respeito aos medicamentos sujeitos à controle especial conforme a Portaria SVS/MS nº 344/1998, a dispensação de opioide poderá ocorrer em farmácias das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ou, a critério do gestor estadual, em unidades dispensadoras. A dispensação de opioides, para fins do presente Protocolo, poderá ocorrer nos hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde (SUS) como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON, ou como Centro de Referência em Tratamento da Dor Crônica, todos devidamente cadastrados como tal pelo Ministério da Saúde, em conformidade com as respectivas normas de credenciamento e habilitação, nas farmácias e unidades definidas pelas SES, de acordo com a legislação vigente. Nos locais em que o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é descentralizado, a dispensação poderá ocorrer nas farmácias e unidades dispensadoras das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Fármaco	Reações adversas
	• Mais frequentemente, podem ocorrer tonturas, desorientação, agitação, vertigem, sedação, boca seca, náusea, vômito, transpiração, retenção urinária, constipação intestinal, prurido, urticária ou outras erupções cutâneas.

6.2.9 Tempo de tratamento – critérios de interrupção

O tempo de tratamento varia de acordo com a necessidade de cada paciente. A ausência de efeito analgésico nas doses máximas toleradas ou a presença de efeitos colaterais incontroláveis são critérios para ajuste da dose ou troca do medicamento.

Uma melhora dos sintomas em 30% é considerada clinicamente significativa e 50% de melhora, um ótimo resultado. A dose ideal do medicamento é aquela que melhora a dor e a função do paciente em pelo menos 30%, com eventos adversos toleráveis[105]. Entretanto, na prática clínica, muitos usuários esperam que o tratamento resolva completamente a sua dor e, portanto, respostas inferiores à desejada não são consideradas relevantes. Assim, é importante alinhar às expectativas das pessoas com dor crônica e elucidar que o objetivo do tratamento é a melhora funcional, visto que muitas vezes não é possível eliminar completamente a dor crônica[95].

Em alguns casos de doença benigna, há possibilidade de suspensão total ou temporária do opioide após analgesia satisfatória que permita reabilitação; em dor crônica não oncológica, o opioide deve ser usado dentro do contexto de tratamento multimodal na menor dose e tempo possíveis para permitir a reabilitação.

O uso de opioides por tempo prolongado não é recomendado para indivíduos com dor crônica não oncológica, pois, além dos eventos adversos limitantes, não existem evidências de boa qualidade de seus benefícios nessa população em longo prazo[7-9,110].

6.3 Cuidados paliativos

Com o aumento da sobrevida da população em geral, também a dor crônica por sequelas de doenças ou tratamentos ganha importância em cuidados paliativos[109]. Cuidados paliativos são aqueles necessários à "prevenção e alívio do sofrimento devido a problemas sérios ou ameaçadores à vida, ou a seu tratamento"[1]. Além da dor, os cuidados paliativos abordam o indivíduo de maneira multidimensional, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais[78]. O termo "dor total" refere-se à percepção de todos esses aspectos[111,112]. Assim, considerando o paciente em sua perspectiva integral, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel fundamental no cuidado paliativo e no controle da dor, por meio de condutas não medicamentosas e medicamentosas.

7. MONITORAMENTO

Dor é um fenômeno complexo que impacta diferentes dimensões da vida do indivíduo, resultando em perda de autonomia e piora da qualidade de vida. Desse modo, é essencial o desenvolvimento de ações para reduzir os seus impactos negativos[113]. O acompanhamento do paciente com dor crônica deve ser feito por equipe multidisciplinar, com atuação integrada nos diferentes níveis de atenção, em que as decisões são tomadas conjuntamente, incluindo também a opinião e a preferência dos usuários.

O **Quadro 4** apresenta as frequências sugeridas de acompanhamento e de realização de exames laboratoriais e de imagem. Ressalta-se, entretanto, que estas frequências podem e devem ser alteradas de acordo com o julgamento clínico e com as necessidades individuais das pessoas com dor crônica.

Quadro 4 - Frequência de acompanhamento de indivíduos com dor crônica.

Acompanhamento	Frequência
Consultas	
Equipe multidisciplinar (médico de família e comunidade, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional).	A cada três meses e de acordo com a necessidade.
Médico especialista (ortopedista, fisiatra, reumatologista, paliativista, entre outros).	De acordo com a necessidade.
Outros membros da equipe multidisciplinar (enfermeiro, farmacêutico, psicólogo, profissional de educação física, entre outros).	
Exames laboratoriais e de imagem	
Hemograma, exames para avaliar função renal, função hepática, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicerídeos.	Anual e de acordo com a necessidade.

Fármaco	Reações adversas
	inflamatórias na mucosa, inflamação na garganta e febre. Os sinais típicos de trombocitopenia incluem uma maior tendência para sangramento e aparecimento de petéquias na pele e membranas mucosas. • Podem ocorrer ocasionalmente após a administração, reações hipotensivas transitórias isoladas (não acompanhadas por outros sinais de reações anafiláticas/anafilactóides).
Fenitoína	• Ocasionalmente, pode ocorrer trombocitopenia, leucopenia, granulocitopenia, agranulocitose e pancitopenia com ou sem supressão da medula óssea, síndrome de hipersensibilidade, anormalidades de imunoglobulinas, comprometimento da memória, amnésia, distúrbios na atenção, afasia, coordenação reduzida, confusão mental, nistagmo, ataxia, dificuldade na fala tontura, insônia, discinesias, neuropatia periférica, sonolência, náusea, vômitos, constipação, hepatite tóxica, dano hepático e hiperplasia gengival, erupções cutâneas, erupções morbiformes e escarlatiniformes, acentuação das características faciais, aumento dos lábios, hiperplasia gengival, hipertricose. • Em tratamentos de longo prazo, pode ocorrer osteopenia, osteoporose, fraturas e diminuição da densidade mineral óssea, polineuropatia periférica.
Fosfato de codeína	• Muito frequentemente, pode ocorrer sudorese, obstipação, náusea, vômitos, tontura e vertigem, sedação, desorientação, sonolência e disgeusia, retenção urinária.
Gabapentina	• Pode ocorrer leucopenia e diminuição dos glóbulos brancos, constipação, boca seca, náusea e vômitos, tontura, sonolência, fadiga, cefaleia, depressão, confusão, nervosismo, ataxia, tremores, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, nistagmo, rash cutâneo, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre, dispepsia, infecções virais, diarreia, instabilidade emocional, nistagmo, hostilidade.
Ibuprofeno	• Pode ocorrer hipersensibilidade, reação anafilática (reação alérgica generalizada). • Foram relatados tontura, dor de cabeça, distúrbio da visão, náusea, vômito, dor abdominal, distensão abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, flatulência, gastrite, sangramento gastrintestinal. • Distúrbios cardiovasculares: hipertensão. • Distúrbios urinários e renais: hematúria, nefrite intersticial, disfunção renal, síndrome nefrótica, proteinúria e necrose papilar renal. • Foram observados agranulocitose, anemia aplástica, anemia hemolítica, leucopenia e trombocitopenia.
Naproxeno	• Distúrbios cardiovasculares: edema, hipertensão e insuficiência cardíaca, eventos trombóticos arteriais (por exemplo: infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral), aumento do risco cardiovascular. • Distúrbios gastrintestinais: úlceras pépticas, sangramento ou perfuração gastrintestinal, algumas vezes fatal, especialmente em idosos; náusea, vômitos, diarreia, flatulência, obstipação, dispepsia, dor abdominal, melena, hematêmese, estomatite ulcerativa, exacerbação de colite e doença de Crohn. Menos frequentemente, observou-se gastrite. • Distúrbios urinários e renais: hematúria, nefrite intersticial, disfunção renal, síndrome nefrótica, proteinúria e necrose papilar renal. • Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo: muito raramente, ocorreram reações bolhosas, inclusive síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.
Paracetamol	• Muito raramente, foram observados reação anafilática e hipersensibilidade, e distúrbios da pele e tecidos subcutâneos: urticária, erupção cutânea pruriginosa, exantema e erupção fixa medicamentosa. • Podem ocorrer aumentos nos níveis de transaminases hepáticas em pacientes que estejam utilizando doses terapêuticas. Esses aumentos não são acompanhados de falência hepática e geralmente são resolvidos com terapia continuada ou descontinuação do uso de paracetamol. • Pode ocorrer necrose hepática aguda com progressão para insuficiência hepática fulminante mesmo com doses isoladas. Doses baixas podem tornar-se tóxicas em pessoas depletadas de glicogênio (abuso de bebidas alcoólicas, dieta, anorexia, disfunção hepática, uso de medicamentos ou substâncias hepatotóxicos).
Sulfato de Morfina	• Os maiores riscos com a morfina incluem depressão respiratória e, em menor grau, depressão circulatória, parada respiratória, choque e parada cardíaca.

Fármaco	Reações adversas
Carbamazepina	• Mais frequentemente, pode ocorrer leucopenia, trombocitopenia, eosinofilia, edema, retenção de líquido, aumento de peso, hiponatremia e redução de osmolaridade do sangue causada por um efeito semelhante ao do hormônio antidiurético, conduzindo em casos raros, à intoxicação hídrica acompanhado de letargia, vômito, cefaleia, confusão e distúrbios neurológicos, ataxia, vertigem, sonolência, diplopia, distúrbio de acomodação visual, visão borrada, náusea, boca seca, urticária que em alguns casos pode ser grave, dermatite alérgica, aumento da gama-glutamil transferase (devido à indução de enzima hepática), a qual geralmente não é clinicamente relevante, aumento da fosfatase alcalina do sangue e aumento das transaminases. • São eventos raros ou incomuns: aplasia de medula, com anemias graves, febre, síndrome de Stevens-Johnson e constipação intestinal.
Cloridrato de amitriptilina	• Podem ocorrer distúrbios do sono, acatisia, letargia, sedação, sonolência, aumento do apetite, ansiedade, cefaleia, tonturas, hipotensão ortostática, alongamento do PR e prolongamento de QRS do eletrocardiograma (ECG), alentecimento da condução atrioventricular, taquicardia sinusal, arritmia cardíaca complexa, xerostomia (boca seca), obstipação, náusea, vômitos, coriza, mal-estar, mialgia, tremor, sensação de fraqueza, retenção urinária, inibição da ejaculação, turvação visual, episódios de mania, indução do suicídio, sangramento gastrointestinal, estados confusionais, aumento e perda de peso, entre outros.
Cloridrato de clomipramina	• Mais comumente, podem ocorrer taquicardia sinusal, palpitações, hipotensão ortostática, alterações clinicamente irrelevantes do ECG em pacientes sem doença cardíaca, sumbido, alterações da acomodação visual, visão borrada, midríase, náusea, boca seca, constipação, vômito, distúrbios gastrointestinais, diarreia, fadiga, aumento de peso, aumento de transaminases hepáticas, aumento ou diminuição do apetite, fraqueza muscular, tontura, tremores, cefaleia, mioclonia, distúrbio de ejaculação, impotência, estado de confusão, desorientação, alucinações (particularmente em pacientes idosos e em pacientes portadores da doença de Parkinson), ansiedade, agitação, distúrbios do sono, mania, hipertonia, agressividade, despersonalização, agravamento da depressão, distúrbios do sono, pesadelos, delírio, distúrbios da micção, distúrbios da libido, disfunção erétil, bocejos, hiperidrose, dermatites alérgicas, reação de fotossensibilidade, prurido, tinnitus. • As reações adversas são geralmente leves e transitórias, desaparecendo com a continuidade do tratamento ou com a redução da dosagem.
Cloridrato de Metadona	• Pode ocorrer depressão respiratória e, em menor grau, depressão circulatória, parada respiratória, choque, tendo também ocorrido parada cardíaca. • Mais frequentemente, pode ocorrer dificuldade para respirar, delírio, tontura, sedação, náusea, vômitos e transpiração, sendo mais pronunciados em pacientes em uso ambulatorial de medicamento e naqueles que não estão sofrendo de dor grave. Para estes pacientes, recomendam-se doses menores. Algumas reações adversas, em pacientes em uso ambulatorial, podem ser diminuídas se o paciente estiver deitado. • Menos frequentemente pode ocorrer fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, taquicardia e dificuldade para urinar.
Cloridrato de nortriptilina	• Pode ocorrer alteração da pressão arterial, taquicardia, palpitação, infarto do miocárdio, arritmias, parada cardíaca, acidente vascular cerebral, confusão mental, desorientação, ansiedade, agitação, insônia, pânico, pesadelos, hipomania, exacerbação de psicoses, torpor, parestesia de extremidades, ataxia, tremores, neuropatia periférica, sintomas extrapiramidais, boca seca, visão turva, distúrbios da acomodação visual, constipação, retenção urinária, erupção cutânea, edema, agranulocitose, eosinofilia, púrpura, trombocitopenia, náusea e vômito, anorexia, dor epigástrica, diarreia, alterações do paladar, estomatite, cólicas abdominais, glossite, cefaleia, alopecia, ganho ou perda de peso. • Em jovens ou crianças com distúrbio depressivo, pode aumentar o risco de suicídio.
Dipirona	• A dipirona pode causar choque anafilático, reações anafiláticas/anafilactóides que podem ser letais com risco à vida e, em alguns casos, serem fatais. • Pode raramente ocorrer anemia aplástica, agranulocitose e pancitopenia, leucopenia e trombocitopenia. Estas reações são consideradas imunológicas por natureza. Os sinais típicos de agranulocitose incluem lesões

Fármaco	Posologia
	Pacientes pediátricos, menores de 12 anos, não devem exceder a dose máxima de 40 gotas (200 mg) por dose e 160 gotas (800 mg) por um período de 24 horas.
Naproxeno	**Adultos**: 250 mg, 1 a 2 vezes/dia, ou 500 mg 1 vez/dia. A dose diária de 500 mg não deve ser excedida, salvo se sob prescrição médica. **Idosos**: devem ser considerados doses mais baixas. **Crianças**: menores de 12 anos não devem tomar este medicamento, salvo sob prescrição médica. **Pacientes com insuficiências hepática, renal ou cardíaca**: pode haver necessidade de redução da dose.
Omeprazol	**Adultos**: profilaxia de úlceras duodenais e esofagite de refluxo: 10 mg ou 20 mg antes do café da manhã.
Paracetamol	**Adultos e crianças a partir de 12 anos**: 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 4.000 mg/dia. **Crianças abaixo de 12 anos**: 10 a 15 mg/kg a cada 4 ou 6 horas; dose máxima de 75 mg/kg/dia.
Sulfato de morfina	-Morfina oral: Comprimido, solução oral e gotas – ação curta: **Adultos**: iniciar com 5 a 30 mg a cada 4 horas; não há dose máxima, devendo ser estabelecida de acordo com tolerância individual. Para a maioria dos pacientes, esta dose é de cerca de 180 mg/dia. **Idosos**: dose inicial de 5 mg a 4 horas (dose mínima, e tratamento não deve exceder o tempo necessário para melhora dos sintomas). **Crianças e adolescentes**: 0,1 a 0,4 mg/kg/dose a cada 4 horas. Cápsulas de liberação prolongada: Iniciar após estabelecimento da dose ideal com a morfina de liberação imediata. **Adultos**: 30 a 100 mg a cada 12 horas. Morfina injetável: **Adultos**: a conversão de dose deve considerar a proporção 1:3 (venosa:oral). **Crianças e adolescentes**: 0,1 mg/kg a cada 2 a 4 horas.

6.2.8 Eventos adversos

Os principais eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados no presente PCDT estão descritos no **Quadro 3**.

Quadro 3 - Principais eventos adversos associados ao uso dos medicamentos preconizados no presente PCDT.

Fármaco	Reações adversas
Ácido acetilsalicílico	• Distúrbios do trato gastrintestinal superior e inferior como sinais e sintomas de dispepsia, dor gastrintestinal e abdominal. Por seu efeito antiagregante plaquetário, o uso do ácido acetilsalicílico pode resultar em aumento do risco de sangramento. Foram observados hemorragias tais como hemorragia intra e pós-operatória, hematomas, epistaxe, hemorragias urogenitais e sangramento gengival. • Podem ocorrer reações de hipersensibilidade, que incluem doença respiratória exacerbada por ácido acetilsalicílico, reações leves a moderadas podendo ser como manifestações *rash* cutâneo, urticária, edema, prurido, rinite, congestão nasal, alterações cardiorrespiratórias e, muito raramente, reações graves, como choque anafilático. • Deve ser usado com cautela em pacientes com função hepática anormal e com função renal anormal.
Ácido valproico ou valproato de sódio	• Mais comumente, podem ocorrer trombocitopenia, aumento ou perda de peso, sonolência, tremores, amnésia, ataxia, tontura, disgeusia, cefaleia, nistagmo, parestesia, alteração de fala, tinido, náusea, dor abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, flatulência, vômitos, alopecia, equimose, prurido, *rash* cutâneo, diminuição ou aumento do apetite, astenia, alteração na marcha, edema periférico, sonhos anormais, labilidade emocional, estado de confusão, depressão, insônia, nervosismo, pensamento anormal, amblopia, diplopia e infecções; hepatotoxicidade e pancreatite.

Fármaco	Posologia
Cloridrato de clomipramina	**Adultos**: 10 a 150 mg/dia. **Idosos**: iniciar o tratamento com 10 mg/dia e aumentar gradualmente a posologia até uma dose ideal de 30 - 50 mg/dia, sendo mantido até o final do tratamento. **Adolescentes**: deve ser utilizado com precaução em adolescentes e as doses devem ser aumentadas com cautela. **Pacientes com insuficiência hepática e insuficiência renal**: deve ser administrado com precaução.
Cloridrato de metadona	**Adultos**: 2,5 a 10 mg a cada 6, 8 ou 12 horas; dose máxima de 40 mg/dia. Para o uso crônico, a dose e o intervalo da administração devem ser ajustados de acordo com a resposta do paciente. **Idosos**: utilizar a menor dose clínica eficaz.
Cloridrato de nortriptilina	**Adultos**: 25 mg: 3 ou 4 vezes por dia; dose máxima: 150 mg/dia. **Idosos**: 30 a 50 mg/dia em 2 ou 3 administrações ou em uma única dose por dia. Manter a menor dose diária total efetiva. **Crianças de 6 a 12 anos**: 1 a 3 mg/kg/dia. **Crianças a partir de 12 anos**: 30 a 50 mg/dia; dose máxima de 50 mg/dia.
Dipirona	**Adultos e adolescentes a partir de 15 anos**: 1 a 2 comprimidos até 4 vezes ao dia ou 10 a 20 mL, em administração única ou até o máximo de 20 mL, 4 vezes ao dia. **Crianças a partir de 3 meses e adolescentes até 15 anos**: 10 – 25 mg/kg a cada 6 horas. Crianças menores de 3 meses ou com menos de 5 kg não devem utilizar esse medicamento. Pacientes com insuficiência renal ou doença hepática, idosos e debilitados: recomenda-se que o uso de altas doses seja evitado, entretanto, para tratamento em curto prazo não é necessária redução da dose.
Fenitoína	**Adultos**: 100 mg três vezes ao dia. Dose usual de manutenção de 300 mg a 400 mg/dia; dose máxima: 600 mg/dia. **Crianças a partir de 6 anos**: 5 mg/kg/dia divididos igualmente em duas ou três administrações; a dose de manutenção usual é de 4 mg a 8 mg/kg/dia; dose máxima 300 mg/dia. **Idosos**: inicialmente 3 mg/kg/dia em doses divididas; a dose deve ser ajustada de acordo com as concentrações séricas de hidantoína e de acordo com a resposta do paciente. **Pacientes com doença hepática ou insuficiência renal**: pode haver um aumento da concentração de fenitoína livre; a análise das concentrações de fenitoína livre pode ser útil nestes pacientes.
Fosfato de codeína	**Adultos**: 30 a 60 mg, 3 a 4 vezes/dia; dose máxima de 360 mg/dia. **Idosos**: dose inicial de 15 mg de 4/4 horas; dose máxima de 360 mg/dia. **Crianças e adolescentes**: 0,5 a 1,0 mg/kg/ dose a cada 4 a 6 horas; dose máxima de 60 mg/dia. **Pacientes com doença hepática ou insuficiência renal**: iniciar com cautela o tratamento, com a menor dose eficaz e titular com cuidado.
Gabapentina	**Adultos, adolescentes e crianças a partir de 12 anos**: 900 mg, 3 vezes ao dia, podendo ser aumentada até a dose máxima de 3.600 mg/dia. **Crianças entre 3 e 12 anos**: 10-50 mg/kg/dia. **Idosos**: as mesmas doses recomendadas para adultos podem ser administradas em pacientes idosos. **Para pacientes com função renal comprometida**: as doses devem ser reduzidas em pacientes com insuficiência renal (depuração da creatinina < 79 mL/min). **Pacientes em hemodiálise**: para aqueles que nunca receberam gabapentina, é recomendada uma dose de ataque de 300 mg a 400 mg e, posteriormente doses de 200 mg a 300 mg de gabapentina após cada 4 horas de hemodiálise.
Ibuprofeno	**Adultos**: 200 a 600 mg, 3 a 4 vezes/dia ou 40 gotas (200 mg) a 160 gotas (800 mg), podendo ser repetida por, no máximo, 4 vezes em um período de 24 horas; dose máxima de 3.200 mg/dia. **Crianças a partir de 6 meses**: 1 a 2 gotas/kg 3 a 4 vezes por dia, não excedendo 40 gotas/dose; dose máxima de 160 gotas/dia.

- Ácido valpróico: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope 50 mg/mL;
- Carbamazepina: comprimidos de 200 ou 400 mg; suspensão oral 20 mg/mL;
- Cloridrato de amitriptilina: comprimidos de 25 ou 75 mg;
- Cloridrato de clomipramina: comprimidos de 10 ou 25 mg;
- Cloridrato de metadona: comprimidos de 5 ou 10 mg; solução injetável de 10 mg/mL;
- Cloridrato de nortriptilina: cápsulas de 10, 25, 50 ou 75 mg;
- Dipirona: comprimidos de 500 mg; solução oral de 500 mg/mL;
- Fenitoína: comprimidos de 100 mg; suspensão oral de 20 mg/mL;
- Fosfato de codeína: comprimidos de 30 ou 60 mg; solução oral de 3 mg/mL; solução injetável de 30 mg/mL;
- Gabapentina: cápsulas de 300 ou 400 mg;
- Ibuprofeno: comprimidos de 200, 300 ou 600 mg; suspensão oral de 50 mg/mL;
- Naproxeno: comprimidos de 250 e 500 mg;
- Omeprazol: comprimidos de 10 e 20 mg;
- Paracetamol: comprimidos de 500 mg; solução oral de 200 mg/mL;
- Sulfato de morfina: comprimidos de 10 ou 30 mg; cápsulas de liberação prolongada de 30, 60 ou 100 mg; solução oral de 10 mg/mL; solução injetável de 10 mg/mL;
- Valproato de sódio: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope de 50 mg/mL.

6.2.7 Esquemas terapêuticos

Os esquemas terapêuticos dos medicamentos preconizados no presente PCDT estão descritos no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Esquemas terapêuticos dos medicamentos preconizados.

Fármaco	Posologia
Ácido acetilsalicílico	**Adultos**: 1 a 2 comprimidos. Se necessário, repetir a cada 4 ou 8 horas, com máximo de 8 comprimidos/dia. **Crianças a partir de 12 anos**: 1 comprimido. Se necessário, repetir a cada 4 a 8 horas, até 3 vezes por dia. Tomar os comprimidos preferencialmente após as refeições, com bastante líquido.
Ácido valproico ou valproato de sódio	**Adultos e crianças a partir de 12 anos**: 250 a 750 mg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia. **Crianças até 12 anos**: 10 a 60 mg/kg/dia; dose máxima de 60 mg/kg/dia. Se a dose total diária exceder 250 mg, ela deve ser administrada de forma fracionada em até três doses. Pacientes idosos e que apresentam efeitos adversos relacionados à dose: iniciar com doses mais baixas, a melhor dose terapêutica deverá ser alcançada com base na resposta clínica e na tolerabilidade.
Carbamazepina	**Adultos e crianças acima de 12 anos**: dose inicial de 200 a 400 mg/dia, com elevação gradual até obtenção da melhora da dor (geralmente 200 mg 3 a 4 vezes por dia) para neuralgia do trigêmeo; média de 200 mg, 2 a 4 vezes por dia para neuropatia diabética dolorosa; dose máxima de 1.200 mg/dia. **Crianças de 6 a 12 meses**: 5 a 20 mg/kg/dia, dose máxima de 35 mg/dia. Não existem dados disponíveis sobre a farmacocinética da carbamazepina em pacientes com insuficiência hepática ou renal. **Idosos**: é recomendada a dose inicial de 100 mg duas vezes por dia, que pode ser lentamente aumentada diariamente até a obtenção do alívio da dor (normalmente 200 mg, 3 a 4 vezes por dia). A dose deve ser gradualmente reduzida para o nível de manutenção mais baixo possível.
Cloridrato de amitriptilina	**Adultos**: 25 a 100 mg/dia; dose máxima: 150 mg/dia. **Crianças acima de 12 anos e adolescentes**: 25 mg ou 0,1 a 2 mg/kg/dia. **Idosos**: doses de 10 a 50 mg diárias, administradas de forma fracionada ou em dose única diária, preferencialmente ao dormir.

estrutura nervosa, infiltração do tumor ou da toxicidade associada ao tratamento. O tratamento do paciente com câncer envolve uma abordagem multimodal de medidas medicamentosas e não medicamentosas. No último caso, adjuvantes e opioides constituem a primeira linha de tratamento, podendo ser associada a adjuvantes em caso de resposta parcial[79,155].

Para pacientes oncológicos, o tratamento da dor tem como objetivo reduzi-la a níveis que permitam uma qualidade de vida considerada aceitável pelo paciente[89]. O tratamento medicamentoso da dor oncológica frequentemente segue as recomendações da OMS, por meio da escada analgésica da dor[81]. Ela considera a prescrição de medicamentos não opioides, adjuvantes (antidepressivos e anticonvulsivantes) e opioides, cuja seleção dependerá da intensidade da dor[155] (**Figura 1**).



***Figura 1** - Escada analgésica da dor adaptada.* **Fonte:** Adaptada de OMS, 1987.

O primeiro degrau da escada corresponde a indivíduos que apresentam dor leve. Nesse contexto, devem ser prescritos paracetamol ou AINEs. Não há evidências conclusivas que favoreçam o uso de um AINE em detrimento de outro[80–105]. O segundo degrau corresponde a indivíduos que apresentam intensidade moderada de dor ou que não responderam ao tratamento proposto anteriormente. Deve-se priorizar o uso de opioides leves (codeína), em monoterapia ou associado aos medicamentos não opioides elencados no primeiro degrau[79,155,156]. Já o terceiro degrau corresponde ao tratamento recomendado àqueles indivíduos que apresentam dor de forte intensidade ou que não responderam ao tratamento indicado no segundo degrau. Nesse contexto, opioides fortes, como morfina e metadona, são os pilares do tratamento. Eles podem ser prescritos isoladamente ou em combinação com não opioides[79,155,166]. Em indivíduos com alto risco para sobredose (por exemplo, com histórico de abuso ou de *overdose*), deve-se considerar co-prescrição de naloxona[167]. O tratamento deve iniciar com a prescrição de opioides de liberação imediata e, uma vez identificada a dose ideal para o paciente, pode-se considerar a prescrição de opioides de liberação prolongada[79,156]. Todos os pacientes devem utilizar analgésicos em horários fixos, com prescrição de doses de resgate para o tratamento da dor episódica[79,155,166].

Adicionalmente a estes medicamentos, em qualquer degrau da escada analgésica pode ser considerado o uso de adjuvantes com intuito de potencializar a analgesia, permitindo a redução das doses de opioides e, consequentemente, de eventos adversos relacionados a ele[79].

Em caso de ausência de resposta ou eventos adversos não toleráveis, pode ser necessário a mudança (rotação) de opioides. Embora não tenha eficácia comprovada por meio de estudos clínicos, trata-se de uma prática amplamente empregada para promover melhorias no controle da dor. Deve-se, entretanto, fazer o cálculo de equivalência analgésica dos opioides[155,168]. No caso da conversão morfina-metadona, a razão varia de 1:5 a 1:12 e deve considerar o tempo de meia-vida da metadona e variações individuais. Portanto, esta conversão deve ser feita somente por profissionais experientes[169].

Independentemente do medicamento ou da combinação prescrita, é essencial a reavaliação regular para verificar a manutenção do efeito analgésico e se o controle da dor está sendo adequado. Caso o usuário não esteja se beneficiando do tratamento proposto após duas a quatro semanas de uso dos medicamentos em doses adequadas, é pouco provável que apresente resposta posteriormente. Assim, deve-se interromper o tratamento e buscar alternativas terapêuticas[155].

6.2.6 Fármacos

- Ácido acetilsalicílico: comprimidos de 500 mg;

Para pessoas com OA de joelho e de quadril que fazem uso contínuo de ácido acetilsalicílico em baixas doses recomenda-se a prescrição de paracetamol ou dipirona evitando AINE (seletivo ou não seletivo).

O uso de sulfato de condroitina, glicosamina ou sua associação não é recomendado para tratar a dor ou melhorar a função na OA de joelho. Ainda, injeções intra-articulares de corticosteroides ou ácido hialurônico não são recomendadas para o controle da dor ou melhora da função em pessoas com OA de joelho e de quadril.

6.2.2 Dor neuropática

O tratamento da dor neuropática envolve o uso de medicamentos adjuvantes analgésicos. Dentre os anticonvulsivantes, destaca-se a gabapentina para o tratamento da dor neuropática pós-herpética, neuropatia diabética, dor neuropática mista, assim como em pessoas com hanseníase. Nestes pacientes, o tratamento com gabapentina se mostrou superior ao placebo para o alívio da dor[152,153]. A carbamazepina pode ser considerada para o tratamento de neuralgia do trigêmeo e de dor neuropática de outras origens[154].

Alguns antidepressivos têm ação analgésica, como os antidepressivos tricíclicos (ADT) e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN). As evidências existentes atualmente são mais robustas para os ADT. Similarmente, os ADT são eficazes para o tratamento da dor neuropática decorrente de lesão de medula, neuralgia pós-herpética, neuropatia diabética e dor pós acidente vascular encefálico (AVE)[25,145,146].

Conforme mencionado anteriormente, a prescrição de opioides deve ser feita com cautela para pessoas com dor crônica, incluindo dor neuropática[155]. Uma revisão sistemática evidenciou que o uso de opioides resulta em redução de dor em curto prazo (4 a 12 semanas) para pessoas com neuralgia pós-herpética e neuropatias periféricas. Os efeitos a longo prazo, entretanto, são desconhecidos[147]. Similarmente, uma revisão sistemática, avaliando o uso da morfina para tratamento de dor neuropática, mostrou que embora os pacientes tenham apresentado redução significativa da dor, a evidência era de muito baixa qualidade, sendo considerada insuficiente para apoiar o uso da morfina para esta indicação[156]. Portanto, caso seja necessário o uso de opioides (por exemplo, em caso de exacerbações de dor ou dor intratável), recomenda-se prescrever a menor dose efetiva, com avaliação regular de riscos e benefícios[148].

6.2.3 Dor nociplástica

As classes de medicamentos com mais evidências de eficácia incluem os ADT (por exemplo, amitriptilina e nortriptilina), que se mostraram eficazes na melhora do sono e da dor; os ISRSN; e os gabapentinoides, como a gabapentina[138].

Como a fibromialgia é a principal condição associada a dor nociplástica, o uso de ADT, como a amitriptilina, promove reduções significativas da dor, melhora do sono e qualidade de vida relacionada à saúde. Por sua vez, os tratamentos com pregabalina e duloxetina não foram incorporados ao SUS para o tratamento da fibromialgia[136,137].

Anti-inflamatórios não esteroides, paracetamol e opioides são menos efetivos para o controle da dor nociplástica, e o uso de opioides para pacientes com esse tipo de dor é desencorajado[151]. A evidência que justifica o uso de relaxantes musculares para o controle da dor é escassa e limitada. Revisão sistemática que avaliou o uso de relaxantes musculares não benzodiazepínicos evidenciou que essa classe de medicamentos é capaz de promover redução de dor, embora clinicamente insignificante[152]. Não há clareza sobre o uso de relaxantes musculares para o tratamento da dor crônica, assim, seu uso não está recomendado neste PCDT[8,151].

Quando o quadro é associado a outras condições clínicas que geram estímulos álgicos contínuos, como na osteoartrose, pode ser útil a administração de AINE e opioides fracos por curtos períodos para controle da dor[8].

Frequentemente, muitos pacientes se beneficiam de duas ou três classes de medicamentos administrados em conjunto, enquanto outros pacientes necessitam de apenas uma classe[8].

6.2.4 Dor mista

A dor mista pode envolver componentes de dor nociplástica, neuropática ou nociceptiva. Atualmente, não existem tratamentos definitivos para este tipo de dor e eles são brevemente abordados em estudos científicos[154,156]. Entretanto, acredita-se que uma combinação de tratamentos seja necessária, considerando as diferentes características de dor apresentadas[157].

6.2.5 Dor Oncológica

Indivíduos com câncer podem dor nociceptiva por compressão tumoral e outras dores causadas por estímulo aos nociceptores e podem ser neuropática (dor neuropática oncológica), que resulta de lesão do sistema nervoso central ou periférico, decorrente de compressão de

6.2 Tratamento medicamentoso

Tratamentos medicamentosos, inseridos em uma abordagem multimodal, desempenham papel importante no controle da dor. A escolha do medicamento deve considerar a natureza da dor e, frequentemente, será necessário associar mais de uma classe medicamentosa para melhor controle álgico. A combinação de diferentes medicamentos para o tratamento da dor permite que eles atuem de forma sinérgica, possibilitando a obtenção do maior benefício possível de cada medicamento, com doses mais baixas e menor perfil de eventos adversos[108]. Como a abordagem difere de acordo com o tipo de dor, os tratamentos serão apresentados de acordo com as classificações (dor nociceptiva, neuropática, nociplástica e mista).

O tratamento medicamentoso preconizado neste Protocolo inclui aqueles medicamentos disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, não são recomendados o uso de medicamentos avaliados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e cuja decisão do Ministério da Saúde foi pela sua não incorporação: diclofenaco (uso oral) para o tratamento da dor crônica musculoesquelética (Portaria SCTIE/MS nº 45, de 20 de julho de 2021)[101]; opioides fortes (fentanila, oxicodona e buprenorfina) para o tratamento da dor crônica (Portaria SCTIE/MS nº 46, de 20 de julho de 2021)[102]; opioides fracos (codeína e tramadol) e morfina em baixa dose para o tratamento da dor crônica (Portaria SCTIE/MS nº 59, de 20 de julho de 2021)[103]; anti-inflamatórios não esteroides tópicos para dor crônica musculoesquelética ou por osteoartrite (Portaria SCTIE/MS nº 48, de 20 de julho de 2021)[104]; lidocaína para dor neuropática localizada (Portaria SCTIE/MS nº 50, de 2 de agosto de 2021)[105]; pregabalina para o tratamento de dor neuropática e fibromialgia (Portaria SCTIE/MS nº 51, de 2 de agosto de 2021)[106]; e duloxetina para o tratamento da dor neuropática e da fibromialgia (Portaria SCTIE/MS nº 52, de 2 de agosto de 2021)[107].

Ainda, conforme a Portaria SCTIE/MS nº 53, de 23 de novembro de 2017, o naproxeno teve seu uso ampliado para osteoartrite de quadril e de joelho no âmbito do SUS. Nesse sentido, este Protocolo preconiza o uso desse medicamento apenas para o tratamento destas condições, em consonância com a recomendação da Conitec (Relatório de Recomendação nº 298, de agosto de 2017).

6.2.1 Dor nociceptiva

Dentre as alternativas medicamentosas, opioides e AINEs constituem o principal tratamento para dor crônica musculoesquelética. O uso de AINEs, como ibuprofeno, está associado a melhoras modestas, porém consistentes na intensidade da dor lombar e por osteoartrite quando comparado ao placebo[109,110,111], sendo recomendado para estas indicações. Deve-se, entretanto, levar em consideração o risco de eventos adversos gastrointestinais e cardiovasculares quando da prescrição desta classe medicamentosa[112].

O uso do paracetamol está associado à redução da dor e melhora da funcionalidade em pessoas com osteoartrite de joelho e de quadril. Seu uso pode ser associado a um AINE para que ocorra potencialização do efeito analgésico. Entretanto, devido ao aumento do risco de sangramento gastrointestinal, esta associação deve ser avaliada com cautela[113].

Opioides como codeína, morfina e tramadom devem ser utilizados com parcimônia no tratamento da dor crônica não oncológica. Enquanto existem evidências robustas que suportam o uso desta classe medicamentosa a curto prazo em pessoas com dor crônica não oncológica, a eficácia e a segurança do uso prolongado são incertas[114, 115].

Medicamentos adjuvantes, como antidepressivos e anticonvulsivantes, não foram superiores ao placebo para o tratamento de dores musculoesqueléticas e dor lombar. Entretanto, em contextos em que há um componente de dor neuropática associado ou em casos em que existem componentes de sensibilização segmentar, pode-se considerar seu uso[29].

6.2.1.1 Osteoartrite de joelho e de quadril

Orienta-se que o tratamento medicamentoso da OA de joelho e de quadril se inicie com doses regulares de paracetamol de 500 mg, um a dois comprimidos de três a quatro vezes ao dia, não excedendo a 4 g de paracetamol diariamente (conforme a bula do medicamento). Ainda como alternativa de primeira linha para o tratamento da dor, sugere-se a prescrição de dipirona na dose de 500 mg, um a dois comprimidos até quatro vezes ao dia (conforme a bula do medicamento); de acordo com a resposta terapêutica e preferência de cada paciente.

Sugere-se a substituição ou associação do AINE oral não seletivo (ibuprofeno (400 mg com intervalo de 6 a 8 horas) quando o paracetamol ou a dipirona forem ineficazes ou insuficientes para o alívio da dor no paciente com OA de joelho e de quadril, e, caso estes pacientes apresentem risco de evento cardiovascular, aconselha-se o uso do naproxeno (250 a 500 mg duas vezes ao dia) (Portaria SCTIE/MS nº 53, de 23 de novembro de 2017).

Orienta-se que a prescrição de AINE oral seja na menor dose individual efetiva durante o menor período de tempo possível para pessoas com OA de joelho e de quadril e, caso o seu uso se prolongue por mais de cinco dias em pessoas com história pregressa de eventos gastrointestinais, sugere-se o uso concomitante de omeprazol (cápsula de 10 mg ou 20 mg em jejum).

alterar a função muscular, modular a dor e reduzir edema dos tecidos moles, inflamação ou restrição de movimento. Essas técnicas podem incluir mover, passivamente ou associada à contração muscular, as articulações em direções específicas e em diferentes velocidades para recuperar o movimento (mobilização e manipulação das articulações), alongar a musculatura, realizar movimentos passivos da parte do corpo afetada ou fazer com que o paciente mova a parte do corpo contra a resistência do terapeuta para melhorar a ativação e controle muscular. Técnicas específicas aplicadas aos demais tecidos moles, como fáscias, também podem ser usadas para melhorar a mobilidade e a função de tecidos e músculos[128].

Em geral, existe um limitado corpo de evidência científica que suporta os benefícios do uso de terapia manual para o tratamento da dor crônica. A maioria dos estudos se baseia em regiões específicas e avalia uma variedade de técnicas de diferentes intensidades de estresse mecânico aplicado aos tecidos (dor em pescoço ou lombar)[121-128]. Embora os estudos apresentem baixa qualidade da evidência para os desfechos em relação à redução da dor e melhora da funcionalidade, a terapia manual deve ser considerada como uma opção de tratamento em um contexto multimodal[90,118,129].

6.1.6 Acupuntura

A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permite o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças. Esta modalidade terapêutica tem sido utilizada para o tratamento da dor crônica, com resultados positivos em redução de dor e melhora da qualidade de vida em até três meses. A longo prazo, existem evidências de que os efeitos da acupuntura se mantêm por até um ano nos casos de cefaleia, osteoartrite e dor musculoesquelética[129]. Deste modo, a acupuntura pode ser considerada uma opção viável para o tratamento da dor crônica.

Orienta-se que o atendimento seja descontinuado caso o paciente não esteja experimentando uma melhora significativa no primeiro mês de tratamento[114]. Há uma variedade considerável entre os tipos de técnicas de acupuntura empregadas e, por isso, a escolha da forma de administração da acupuntura depende das necessidades de alívio da dor dos pacientes e da sua disponibilidade nos serviços públicos de saúde[130]. Em indivíduos adultos com OA de joelho e de quadril, existem evidências insuficientes para recomendar a acupuntura na redução da dor ou melhora da função.

6.1.7 Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia comportamental e a educação em dor do paciente são formas de ajudar/ensinar o paciente a compreender que a dor não é apenas um fenômeno somático, mas também que é influenciada por fatores psicológicos como percepção, atenção, pensamentos e sentimentos[6]. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) propõe que emoções e comportamentos não são influenciados somente por eventos e acontecimentos, mas pela forma que se percebe e atribui significados a determinadas situações.

Neste modelo, a pessoa se orienta em relação às suas vivências com base na sua matriz de esquemas. Um esquema é uma estrutura cognitiva que filtra, codifica e avalia os estímulos aos quais o organismo é submetido. Por meio da matriz de esquemas, o indivíduo consegue se orientar em relação ao tempo e ao espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa. Esquemas primitivos mal-adaptativos podem se tornar extremamente duradouros. Neste modelo, o paciente aprende a avaliar de maneira crítica os pensamentos que emergem automaticamente e a gerar pensamentos alternativos mais adaptativos. A partir daí, crenças subjacentes aos pensamentos automáticos são identificadas e desafiadas, como também distorções cognitivas[37].

Alguns estudos demonstram que crenças disfuncionais e pensamentos catastróficos contribuem para o aumento da intensidade dolorosa e que a crença no sucesso terapêutico leva o indivíduo a tolerar melhor a sua dor[117]. Desse modo, fatores cognitivos e comportamentais podem exacerbar a dor e o sofrimento, além de contribuir para a incapacidade e mudanças nos estados de humor[128]. A utilização de técnicas da abordagem cognitiva-comportamental em pessoas com dor crônica advêm do fato que as crenças, atitudes, valores e comportamentos relacionados à dor são culturalmente adquiridos e podem ser modificados[128].

A TCC tem se mostrado eficaz para redução da dor e melhora da funcionalidade nos domínios social e ocupacional, com redução das incapacidades. Existem evidências de que essa abordagem também pode facilitar o retorno do indivíduo às suas atividades laborais e no desmame de opioides. Deste modo, a TCC pode ser aplicada no tratamento da dor crônica[90,91]. A flexibilidade e duração do tratamento dependerá das necessidades do indivíduo e da avaliação do profissional responsável. Caso não haja adesão ao tratamento, melhora comportamental ou comprometimento cognitivo, sugere-se interromper esta terapia[91].

a fazer intervalos e mudar de atividades de forma rotineira, podendo ser sugerido o uso de um despertador para lembrar do pausa, conforme a disponibilidade[98].

Por meio de uma abordagem interdisciplinar, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) proporcionam uma perspectiva direcionada para um cuidado continuado, humanizado e abrangente em saúde, instrumentalizando e sensibilizando os usuários para seu autocuidado[99,100].

A equipe de saúde deve se organizar junto aos profissionais especializados, como os componentes das equipes multiprofissionais, para mapear locais no território ou desenvolver ações e programas relacionados às práticas corporais e atividades físicas dentro dos estabelecimentos de saúde e polos do Programa Academia da Saúde na APS, além de fortalecer algumas atividades, como as PICS.

As PICS, sempre que disponíveis nos serviços de saúde, devem compor o rol de ações e intervenções voltados ao cuidado de indivíduos, complementando o tratamento da equipe multiprofissional. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) orienta que estados, distrito federal e municípios instituam suas próprias normativas trazendo para o SUS práticas que atendam às necessidades regionais[101,102]. As PICS podem ser consideradas de forma complementar no tratamento, devido aos positivos benefícios aos indivíduos com dor crônica[103–105]. Contudo, ressalta-se que as PICS não substituem os demais tratamentos preconizados pelo Protocolo e que o tratamento medicamentoso não pode ser interrompido sem orientação médica.

6.1.3 Agulhamento seco e compressão isquêmica de pontos gatilhos

Agulhamento seco é uma técnica invasiva que consiste na inserção de agulhas finas de monofilamento, sem o uso de medicamento, em músculos, ligamentos, tendões, fáscia subcutânea e tecido cicatricial. Nesse PDCT, o agulhamento seco se refere estritamente a um procedimento intramuscular envolvendo o tratamento isolado de PG miofasciais. Existem evidências de que o agulhamento seco é eficaz na redução de dor crônica em região lombar[106–111] e em outros musculoesqueléticas[112]. Em região cervical e ombro, o agulhamento seco se mostrou eficaz na redução da dor quando comparado ao tratamento simulado (*sham*) ou ausência de tratamento em curto ou médio prazos[113]. Embora alguns estudos sejam de baixa qualidade, o agulhamento seco pode ser considerado como parte de um programa de controle da dor crônica.

A compressão isquêmica de PG miofasciais é outra opção terapêutica que pode ser considerada e envolve a digitopressão firme e sustentada no ponto com o músculo em uma posição totalmente alongada. A técnica de compressão isquêmica por 10 a 20 segundos está associada a uma melhora no limiar de dor por pressão sustentada no área ativa do PG. O profissional sente uma redução da tensão local e o paciente frequentemente refere um desconforto, porém com alívio da dor. A pressão gradualmente aumenta à medida que a dor diminui. A terapia deve ser repetida de duas a três vezes por semana e a duração total dependerá da cronicidade da condição e da evolução clínica do indivíduo[114].

6.1.4 Recursos físicos

As modalidades de agente físico são geralmente entendidas como aquelas que produzem uma resposta terapêutica em tecidos vivos por meio do uso de luz, água, som ou eletricidade. Elas podem incluir, mas não estão limitadas, o uso de fontes de aumento ou diminuição de temperatura (termoterapia), ondas de choque e ultrassom terapêutico, *laser* de baixa potência e dispositivos de estimulação elétrica transcutânea (TENS) para alívio de dor ou geração de contração muscular[115,116,118].

Existe um limitado corpo de evidência científica que suporta os benefícios do uso de modalidades físicas para o tratamento da dor crônica. A exceção é a laserterapia de baixa potência, que mostrou algum benefício em estudos maiores, como o alívio da dor e melhora da qualidade de vida[117–119]. Entretanto, como a efetividade em mais de três meses após o tratamento é incerta e não há estudos de custo efetividade, o uso da laserterapia de baixa potência não é recomendado neste PCDT[120].

Revisões sistemáticas sobre técnicas como ultrassom terapêutico, ondas de choque, estimulação elétrica transcutânea, punturismo e transcranial e corrente interferencial indicam quantidade limitada de evidência para suas aplicações em pessoas com dor crônica primária, com resultados incertos após três meses de tratamento. Portanto, nesse momento e diante da síntese da melhor evidência disponível, este Protocolo não recomenda essas técnicas para o tratamento de pessoas com dor crônica[120].

Pode-se considerar o uso de estimulação elétrica, se disponível na rede local de saúde, para redução da dor em pessoas com OA de joelho, assim como o uso de dispositivos auxiliares (por exemplo, bengalas) como apoio ao tratamento principal para pessoas com OA de joelho que tenham problemas específicos em atividades de vida diária.

6.1.5 Terapia manual

Terapia manual é definida como uma variedade de técnicas "*hands-on*" realizadas para melhorar a extensibilidade dos tecidos moles, aumentar a amplitude de movimento de complexos articulares, mobilizar ou manipular tecidos moles e articulações, induzir relaxamento,

6.1.2 Atividade física, condicionamento físico e exercícios terapêuticos

Atividade física é qualquer movimento que produza gasto de energia acima do nível de repouso. Quando é planejada e estruturada com o objetivo de melhorar ou manter os componentes físicos, como a estrutura muscular, a flexibilidade e o equilíbrio, esta é denominada exercício físico. Dessa forma, todo exercício físico é uma atividade física, mas nem toda atividade física é um exercício físico[87].

Comportamento sedentário envolve atividades realizadas quando você está acordado sentado, reclinado ou deitado e gastando pouca energia. Por exemplo, quando você está em uma dessas posições para usar celular, computador, tablet, videogame e assistir à televisão ou à aula, realizar trabalhos manuais, jogar cartas ou jogos de mesa, dentro do carro, ônibus ou metrô[88].

As atividades físicas podem ser feitas, preferencialmente com supervisão de um profissional de educação física, em diversas intensidades a depender do grau do esforço físico necessário para fazer uma atividade física. Atividade física leve é aquela que exige mínimo esforço físico e causa pequeno aumento da respiração e dos batimentos do coração. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é de 1 a 4. Atividade física moderada é aquela que exige mais esforço físico, a respiração é mais rápida que o normal e os batimentos do coração aumentam moderadamente. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 5 e 6. Já a atividade física intensa é aquela que exige um grande esforço físico, a respiração é muito mais rápida que o normal e os batimentos do coração são intensos. Numa escala de 0 a 10, a percepção de esforço é 7 a 8[89].

Exercícios terapêuticos ou cinesioterapia são exercícios físicos que atendem a objetivos específicos a depender do quadro clínico do paciente e podem ser aplicados por fisioterapeutas. Em geral, os benefícios dos exercícios terapêuticos nos indivíduos com dor crônica vão além daqueles esperados para os sistemas osteomioarticular e cardiovascular e incluem os efeitos neuroendócrinos e a plasticidade do SNC[90].

Estudos sugerem que a inclusão de exercícios terapêuticos e prática regular de atividade física reduzem a dor (Guia de Atividade Física para a População Brasileira) e melhoram a qualidade de vida de pessoas com dor crônica, se comparado ao cuidado usual apenas[130].

Indivíduos com OA de joelho devem ser encaminhados à fisioterapia, tão logo se estabeleça o diagnóstico, como parte do tratamento conservador. O fisioterapeuta pode avaliar e orientar os indivíduos com OA de joelho e de quadril quanto à possibilidade de realização de fisioterapia aquática (hidroterapia), quando disponível a modalidade na rede local.

Exercícios aeróbicos podem resultar em melhora da funcionalidade e da resistência, e do controle da neuropatia, quando há diabetes como comorbidade. Eles podem ser indicados para pessoas com dor crônica persistente de intensidade moderada a grave, principalmente em indivíduos com dores em região de coluna, dor miofascial, fibromialgia ou osteoartrite de membros inferiores. Pessoas com doenças cardíacas ou com fatores de risco para estas doenças devem ser avaliadas pelo profissional de saúde antes de iniciar um programa de atividades físicas intensas[89].

Cabe destacar que um grupo especial de pessoas com dor crônica pode experimentar dificuldades para se engajar nos programas mais tradicionais de exercícios terapêuticos ou atividade física, em geral, por apresentarem tanto uma redução dos mecanismos endógenos de controle da dor quanto pela presença de fatores psicossociais associados, como o medo da dor relacionado ao movimento. Nesses casos, há recomendações mais recentes do uso de técnicas de exposição gradual a exercícios físicos e atividades funcionais. Portanto, deve-se levar em consideração tanto a integridade do controle inibitório endógeno quanto as necessidades, habilidades e preferências do paciente na tomada de decisão sobre modalidades de atividades físicas ou protocolos de exercícios terapêuticos[89].

Todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente com dor crônica devem incentivá-los a manter suas atividades habituais tanto quanto possível, e a aderir e manter a prática de atividades físicas regulares adequadas. Essas recomendações aos indivíduos com dor crônica devem incluir orientações sobre evitar o repouso absoluto, a menos que seja estritamente necessário como parte do tratamento, como por exemplo no período pós-operatório imediato, até o planejamento de estratégias de manutenção de níveis mínimos de atividade física regular como forma de manter os ganhos de protocolos terapêuticos prévios.

Adultos a partir de 18 anos sem limitações funcionais devem reduzir o tempo gasto em comportamento sedentário (especialmente sentado e deitado) por longos períodos de tempo e realizar, ao menos, 150 minutos de atividade física moderada por semana. Se preferir as atividades físicas vigorosas, podem realizar, pelo menos 75 minutos de atividade física de moderada, incluindo, ao menos duas vezes por semana, alguma atividade que envolva o fortalecimento dos músculos e ossos, tais como musculação e exercícios com sobrecarga para ganho de massa muscular. Para idosos, as recomendações de nível de atividade são as mesmas dos adultos, adicionando-se exercícios de equilíbrio para auxiliar na prevenção de quedas e na manutenção das capacidades para realização das atividades diárias. Crianças e adolescentes de 6 a 17 anos devem realizar, ao menos, 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa por dia para obter benefícios físicos, mentais e cognitivos. Recomenda-se, ainda, que todas as faixas etárias, em especial as crianças e adolescentes, reduza o comportamento sedentário, principalmente o tempo gasto em frente à televisão ou com outros dispositivos, como celulares, tablets e computadores[87,91].

Os indivíduos com dor crônica também devem receber orientações quanto à postura e ergonomia. A ocorrência de dor em determinados períodos do dia pode estar relacionada com a sobrecarga mecânica na musculatura utilizada, sendo essencial orientar os usuários

6. TRATAMENTO

O tratamento da dor crônica tem como objetivo reduzir o sofrimento do paciente e, ao mesmo tempo, promover melhorias na qualidade de vida e na funcionalidade do indivíduo. Um olhar realista que explore a doença e a experiência da pessoa com a doença, que incorpore a prevenção e a promoção em saúde, buscando um projeto comum de cuidado entre profissional de saúde e paciente, pode aumentar a satisfação das pessoas envolvidas, garantir melhor adesão ao plano de tratamento e reduzir os sintomas de forma significativa.

Considerando a complexidade do fenômeno álgico, um único tratamento não é suficiente para produzir todos esses efeitos. De fato, as evidências científicas mostram que múltiplas abordagens produzem efeitos mais significativos na redução da dor e na melhora da capacidade funcional. Assim, o plano de gerenciamento da dor deve contemplar medidas medicamentosas e não medicamentosas para maior sucesso do tratamento[32].

O planejamento do cuidado do indivíduo com dor crônica deve ser um processo participativo e colaborativo entre os profissionais da saúde e o paciente, priorizando o cuidado centrado na pessoa. É de fundamental importância que se conheçam as expectativas dos indivíduos em relação ao tratamento, e que se definam metas realistas, deixando claro que, muitas vezes, não será possível eliminar a dor completamente, mas sim reduzi-la a níveis aceitáveis que promovam o aumento de sua autonomia e funcionalidade[33].

É necessário buscar continuamente a causa da dor e, ao mesmo tempo, ofertar apoio integral e multiprofissional ao indivíduo, acionando os nodes de atenção à saúde do SUS quando necessário[9]. Além disso, recomenda-se que os profissionais de saúde considerem as comorbidades do paciente quando da elaboração de um plano de tratamento da dor.

6.1 Tratamento não medicamentoso

Técnicas para o controle da dor compreendem um conjunto de medidas educacionais, físicas, emocionais e comportamentais, que oferecem ao paciente um senso de controle da situação e estimulam a responsabilidade e participação no tratamento.

Intervenções não medicamentosas são reconhecidamente uma abordagem relevante no tratamento da dor crônica. Além do cuidado centrado no paciente, a indicação do tratamento não medicamentoso deve considerar: 1) utilização dessas intervenções em contexto multimodal ao invés de protocolos baseados em qualquer uma delas de forma exclusiva, quando possível; 2) ênfase à participação ativa do paciente no cuidado, usando a menor proporção possível de intervenções passivas e estimulando o automanejo da condição; 3) estímulo às mudanças comportamentais que favoreçam um estilo de vida mais saudável; 4) necessidades, preferências e valores do paciente em questão[34].

6.1.1 Programas educativos como intervenção e fonte de informação

O programa educativo compreende as interações entre os profissionais de saúde e pacientes ou atividades destinadas a tranquilizar, informar e estimular comportamentos e condições de vida mais saudáveis[35]. Essas atividades e interações, individuais ou em grupos, visam a propiciar e consolidar uma base de conhecimento para o paciente, a fim de ajudá-lo a compreender sua dor e orientá-lo para um autogerenciamento contínuo e eficaz. Dessa forma, o processo educativo do paciente deve prover respostas às dúvidas do indivíduo, dentro do seu contexto, empregando escuta ativa, comunicação efetiva, sendo livre de elementos que possam piorar a sensação de dor ou que contenham informações conflitantes com aquelas consolidadas pela boa evidência científica, além de propiciar a tomada de decisão compartilhada. As ações de educação para pessoas com dor crônica devem, portanto, ser empreendidas em todos os níveis de atenção à saúde[36].

O processo educativo do paciente com dor crônica deve conter elementos que: (1) o preparem e encorajem para o autocuidado, visto que a condição implica em cuidado de longo prazo e o autocuidado possibilita reduzir os custos sobre o sistema de saúde e (2) informem e tranquilizem o paciente sobre sua condição e o tratamento, incluindo elementos sobre o prognóstico e fatores psicossociais envolvidos, trazendo para o paciente a ótica de que o problema da dor crônica está em um contexto mais amplo e não exclusivamente biológico-estrutural[37].

Há um número considerável de estudos enfatizando a importância da educação individualizada. No entanto, também são encorajados os modelos coletivos, como aqueles ofertados na atenção primária à saúde, em grupos de interesses relativamente homogêneos, nos quais se pactuam os compromissos, tópicos dos encontros e se partilham experiências pessoais no manejo da dor crônica. Embora exista uma lista de conteúdos que podem ser abordados[38], usar um modelo de diálogo, com oportunidades para o paciente expor suas dúvidas, refletir sobre suas experiências prévias, expectativas, interpretações e novos conhecimentos, tem se estabelecido como uma tendência, no lugar de conteúdos apresentados como aulas ou palestras. Dentre os aspectos a serem abordados com os pacientes estão: conceitos da dor e sua finalidade; fisiologia da dor; características e diferenças entre dores agudas e crônicas; diferença entre lesão e dor, e suas relações; atuação do sistema nervoso na percepção da dor; como controlar a dor[36].

3.4. Exames complementares

Os exames complementares têm sido amplamente utilizados para investigar a dor crônica. Entretanto, muitas alterações imagenológicas não têm relação direta com o mecanismo da dor. Os exames devem ser indicados de acordo com critérios clínicos[30,39].

Os exames laboratoriais contribuem para a detecção de possíveis disfunções, como as condições inflamatórias, metabólicas e ou infecciosas[39,51]. O hemograma avalia o estado global do paciente, se há anemia, alguma infecção ou inflamação. Alterações em exames de função renal e função hepática podem sugerir cautela no uso de medicamentos. Marcadores inflamatórios e autoimunes podem estar alterados nas dores por doenças reumatológicas.

Entre os exames que podem ser solicitados quando houver indicação estão: hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), glicemia de jejum e hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, ureia, creatinina, sódio, potássio, magnésio, cálcio total, fósforo, vitamina D, paratormônio (PTH), fator antinúcleo (FAN), fator reumatoide, eletroforese de proteínas, T4 livre, TSH, função hepática, dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) e aldolase. Em alguns casos, as sorologias para hepatite B completa e hepatite C, HIV e sífilis podem ser solicitadas. Se houver história pessoal de má absorção, alcoolismo crônico, desnutrição ou anemia, os exames séricos de hemograma, dosagem de ferro, ferritina, transferrina, ácido fólico e vitaminas B12 são necessários.

O uso rotineiro de exames laboratoriais ou análise do líquido sinovial para diagnosticar a OA de joelho não é recomendado, porém sugere-se a realização de diagnóstico diferencial da OA de joelho nas doenças reumáticas, lesões tumorais e, eventualmente, em um trauma do joelho. Além disso, os exames laboratoriais não são recomendados para o diagnóstico da OA de quadril, embora possam ser solicitados para diagnóstico diferencial de OA de quadril ou adicional de outras condições quando o paciente apresentar dor ou rigidez da articulação com rapidez para destes sintomas, juntamente com os "sinais de alerta".

O exame de eletroforese de proteínas pode ser realizado para avaliar o estado nutricional do paciente e sugerir condições inflamatórias (gamopatia policlonal) e neoplásicas (pico monoclonal)[39,51].

Já o exame de urina é importante para o diagnóstico de infecção urinária ou leucocitúria. Proteinúria ou hematúria pode apontar para o diagnóstico de doenças sistêmicas, como síndrome nefrótica. O exame de fezes pode indicar presença de agentes parasitários ou infecciosos. A pesquisa de sangue oculto nas fezes pode ser útil com doentes que estejam usando cronicamente antiinflamatórios não esteroidais (AINE), corticosteroides ou nos casos de afecções gastrintestinais[45].

A radiografia óssea auxilia na avaliação e no seguimento de fraturas, artrites, desalinhamentos, deformidades ósseas, tumores, entre outros[39,45]. Além disso, auxilia na exclusão de fatores de risco físico importantes no estudo dos indivíduos com dor crônica[51]. Sugere-se o uso da radiografia ântero-posterior e perfil em apoio bipodal para auxiliar o diagnóstico de OA de joelho e de quadril.

A ultrassonografia avalia tecidos moles e auxilia no diagnóstico de afecções músculo-ligamentares, tendinopatias, tenossinovites, sequelas de rupturas musculares e pode auxiliar na detecção de doença inflamatória em atividade. Os fisioterapeutas podem considerar o uso de ultrassom terapêutico, se disponível na rede local de saúde, para redução da dor e melhora na funcionalidade em pessoas com osteoartrite de joelho. Mas o ultrassom não é recomendado para confirmação de diagnóstico ou tratamento da OA de quadril.

A tomografia computadorizada avalia especialmente o tecido ósseo. A ressonância magnética (RM) é um dos exames que melhor avalia estruturas ósseas e tecidos moles (encéfalo, medula espinal, articulações)[39,45]. Não se recomenda o uso de RM para a confirmação de diagnóstico ou gerenciamento de tratamento da OA de joelho e de quadril.

A eletroneuromiografia (ENMG) possibilita diagnosticar neuropatias periféricas sensitivas e motoras, especialmente as documentas de acometimento de fibras grossas e as miopatias. Com esse recurso, é possível diagnosticar a localização e a natureza axonal ou desmielinizante da lesão[45].

A densitometria óssea avalia o tecido ósseo e é empregada no acompanhamento de casos de osteopenia e osteoporose[45]. A cintilografia óssea é indicada para avaliar a condição geral do esqueleto e identificar tumores, doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas ou traumáticas. Baseia-se na distribuição e fixação de isótopos radioativos que se ligam aos sítios de atividade lítica ou reparadora óssea ou onde a perfusão vascular é elevada[45].

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes com dor crônica com duração de três ou mais meses. Especificamente para o uso de naproxeno, os pacientes devem possuir diagnóstico de osteoartrite de joelho ou de quadril.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes com intolerância ou contraindicação a qualquer um dos medicamentos preconizados neste Protocolo serão excluídos do uso do respectivo medicamento.

• o gastrocnêmio na panturrilha, que comumente gera dores miofasciais na parte posterior da perna e planta do pé de pessoas que permanecem na posição ortostática por longos períodos ou que usam calçados inadequados;

• o glúteo mínimo e seus PG, que se localizam entre o quadril e as cristas ilíacas posteriores, frequentemente geram dores referidas nas nádegas e região posterior da coxa e perna mimetizando, muitas vezes, ciatalgias;

Se houver suspeita de dor miofascial, o exame físico deve incluir o teste de força e de flexibilidade dos músculos envolvidos e a palpação muscular em busca de PG[99,101].

3.2.2. Exame físico neurológico

O exame neurológico deve contemplar a avaliação da força, da sensibilidade e dos reflexos. Para avaliar os déficits musculares, deve-se testar os grupos musculares de maneira individualizada, graduando a força muscular de zero (ausência de contração) até cinco (normal) [99,102,103].

Na avaliação da sensibilidade tátil podem ser utilizados algodão, escova ou filetes de Von Frey. Para a avaliação de sensibilidade térmica podem ser utilizados tubos que contêm água quente ou fria ou outros métodos com tal função (exemplo: algodão com álcool ou metal frio). A sensibilidade vibratória deve ser testada com diapasão de 128 Hz. Já na avaliação da sensibilidade dolorosa podem ser usadas agulhas de injeção ou alfinetes de segurança. Devem ser avaliadas alterações de sensibilidade, como: hiperestesia, hipoestesia, hiperalgesia, alodínia e hiperpatia[99,100].

Os reflexos cutâneos superficiais e miotáticos podem ser testados pela percussão digital ou com o martelo. Os reflexos cutâneo-plantares em extensão ou sinal de Babinski e a abolição dos reflexos cutâneos abdominais indicam lesão do sistema nervoso central (SNC). Reflexos profundos, como bicipital (C5-C6), tricipital (C6-C8), estilorradial (C5-C6), costo-abdominais (T6-L1), patelar (L2-L4), e aquileu (L5-S2), devem ser verificados rotineiramente para avaliar nanopatias centrais ou periféricas[99].

As lesões do sistema nervoso periférico caracterizam-se pela perda de destreza, déficit da força muscular, amiotrofia, fasciculações, hipotonia muscular, hiporreflexia ou areflexia (síndrome do neurônio motor inferior). As alterações motoras e sensitivas podem distribuir-se com padrão radicular, plexular, troncular ou polineuropático. Pode-se avaliar também a presença do Sinal de Tinel, caracterizado como sensação de choque ou parestesia à percussão ao longo de estrutura nervosa lesada[99].

Afecções compressivas radiculares ou medulares costumam piorar durante tosse, espirro, manobra de Valsalva e ortostatismo, e tendem a melhorar durante o decúbito[99].

3.3. Questionários e escalas

Além dos questionários para avaliação da qualidade e da intensidade da dor (**Apêndice A**), outras ferramentas podem ser utilizadas para avaliar o impacto do fenômeno álgico nos diferentes domínios da vida do indivíduo.

3.3.1. Questionários de incapacidade funcional

Os questionários de incapacidade funcional avaliam qual o grau de limitação funcional ocasionado pela dor nas tarefas diárias das pessoas. Existem alguns questionários para avaliação de dores específicas, como para a lombalgia o *Oswestry Disability Questionnaire*[97,98] (**Apêndice A**) e para mensurar incapacidade o *Roland Morris Disability Questionnaire*[97,98] (**Apêndice A**).

3.3.2. Questionários de qualidade de vida

A dor crônica impacta negativamente diferentes dimensões da vida, resultando em pior qualidade de vida desses pacientes quando comparados à população geral[97,98]. Segundo a OMS, a qualidade de vida deve ser avaliada com base em oito grandes domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade, religião e crenças pessoais. Para se avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), podem ser utilizados os instrumentos propostos pela OMS. Os instrumentos genéricos mais utilizados em todo o mundo, com tradução e adaptação cultural em vários países, são o *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), o *20-Item Short Form Survey* (SF-20), o *Sickness Impact Profile* (SIP), o *The World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100 e WHOQOL-*bref*)[98]. Os scores SF-6D, WOMAC, *Knee Society Score* (KSS) e *Harris Hip Score* (HHS) são sugeridos para avaliação do impacto das OA de joelho e quadril na vida cotidiana desses pacientes (Materiais Suplementares 1 e 2). Especificamente para o Brasil, foram conduzidos estudos de validação para o SF-36, o WHOQOL-100 e o WHOQOL-*bref* (**Apêndice A**).

- transtornos do humor, como depressão e ansiedade, possuem uma relação intrínseca com a dor[46,79]. Comumente, pessoas com dor crônica referem anedonia, diminuição do sono, perda de apetite, irritabilismo, diminuição da energia, apatia, fadiga fácil, palpitações, sudorese, sentimentos de nervosismo, excitação, irritabilidade e dificuldade de concentração. Pensamentos catastróficos podem ser recorrentes, piorando a sensação de incapacidade e a habilidade dos pacientes em lidar com a dor;
- dependência química: deve-se observar o perfil de adição em indivíduos que já abusaram de substâncias lícitas e ilícitas para que o controle da dor seja feito de modo adequado;
- histórico de intervenções e cirurgias pode acarretar neuropatias traumáticas, dor miofascial, além de frustrações quando a expectativa do doente não é alcançada com o procedimento realizado;
- sinais de alerta: febre, perda de peso e outros sintomas constitucionais devem ser valorizados e investigados, considerando as hipóteses de doenças metabólicas, neoplásicas, infecciosas, inflamatórias ou psiquiátricas;

3.1.10. Antecedentes familiares

O histórico familiar auxilia na suspeita de doenças desencadeantes e perpetuantes das dores crônicas, além de poder ajudar a equipe de saúde a propor ações para prevenir as condições que o indivíduo tem maior chance de desenvolver. As doenças mais importantes a serem questionadas são: fibromialgia, câncer, doenças genéticas, osteoporose com fraturas, distúrbios neurológicos, doenças musculoesqueléticas, doenças reumatológicas e síndrome metabólica[47].

3.2. Exame físico

O exame físico da pessoa com dor crônica deve seguir a rotina propedêutica de inspeção, palpação, marcha, testes especiais, além do exame neurológico. O exame torna-se mais complexo quando há muito sofrimento e pode estar comprometido quando há ganho secundário ou na psicopatias. O examinador deve buscar as reações espontâneas do paciente e evitar induzir respostas[48,49].

3.2.1. Exame físico musculoesquelético

A análise estática e dinâmica de estruturas axiais, dos membros superiores e inferiores, das articulações e dos movimentos articulares possibilita a identificação das assimetrias segmentares da cintura pélvica, escapular, membros superiores (MMSS) ou membros inferiores (MMII) quanto às dimensões e deformidades. Diferença de mais de 1 cm de comprimento entre os membros são consideradas significativas e merecem avaliação cuidadosa[48].

É importante avaliar se a pessoa faz uso correto ou necessita de auxílio para marcha (bengala, andador), o que muitas vezes pode ser fator desencadeante e perpetuante para dor[49,51]. O exame funcional do aparelho locomotor se baseia na avaliação dos indivíduos em diferentes posições: em pé, durante a marcha, sentado, deitado e nas situações que aliviam ou pioram a dor[49,52].

O exame da marcha nas pontas dos pés e no calcâneo pode avaliar a ocorrência de déficits motores ou anormalidades osteoarticulares. Encurtamentos, contraturas e a instabilidade articular podem ser percebidas em diferentes manobras. A síndrome dolorosa miofascial (SDM) pode ocasionar limitação dolorosa da amplitude articular. No entanto, o agravamento da dor durante a movimentação das articulações pode denotar artropatias[48].

No exame físico articular à procura de doenças reumatológicas e inflamação aguda, deve-se observar se há sinovite com distensão da cápsula articular ou aumento da temperatura local. Ao se palpar uma articulação à procura de sinovite, a pressão exercida à procura de sinovite é aquela em que a ponta do dedo, abaixo do nível, fica esbranquiçada (4 kg/cm²). Ao se examinar uma articulação ativa e passivamente, dor à movimentação suave e passiva sugere origem articular; já a dor relatada à movimentação ativo e contra resistência, sugere vinculo de origem extra-articular. A ocorrência de crepitação da articulação pode sugerir um processo degenerativo articular ou ósseo, como na osteoartrite. Além disso, é importante examinar o paciente quanto à hipermobilidade articular[50].

A palpação dos tendões e dos ligamentos pode revelar pontos dolorosos sugestivos de tendinopatias e entesopatias.

Durante a palpação dos músculos, é fundamental observar os sinais e as queixas de dor localizada ou referida, os espasmos musculares, as bandas tensas, os pontos de gatilho (PG), a presença de sinal do pulo e de reação contrátil da banda tensa miofascial. A palpação deve ser realizada não apenas na área em que a dor é referida, mas também comparativamente na área contralateral[48].

Os PG ativados geram dor referida em um outro local do corpo. A palpação e a digitopressão dos músculos tensionados podem gerar dor à distância, o que é uma característica da dor miofascial [48,61]. Alguns exemplos estão descritos a seguir:

- o trapézio superior, cujo PG pode gerar uma cefaleia tensional em região posterior do pavilhão auricular e em região temporal;

3.1.6. Padrão da dor

Classicamente, a dor pode ser diferenciada em dois padrões: mecânico ou inflamatório. A dor mecânica intensifica-se ao longo do dia com a realização de atividades de sobrecarga articular e melhora com repouso e pode ser observada nos quadros de dor causada pela deterioração dos discos intervertebrais (espondilose), nas lombalgias mecânicas, na osteoartrite fora do período de agudização e na dor miofascial, entre outros[68]. Já pessoas com dor inflamatória relatam dor mais intensa pela manhã, com rigidez articular matinal de uma hora ou mais, que diminui durante o dia com as atividades. Essa dor piora novamente à noite, com o repouso, podendo dificultar o sono da pessoa. A articulação pode apresentar edema com hipertrofia da membrana sinovial. A dor inflamatória ocorre em doenças como artrite reumatoide, artrite séptica, espondilite, gota, osteoartrite em períodos de crise, neuropatia diabética ou infecciosa[67-69].

3.1.7. Periodicidade da dor

A avaliação da periodicidade da dor é importante para identificar padrões de comportamento ou atividades que possam estar relacionados à sua ocorrência[66,69].

A dor pela manhã, logo ao acordar, tem como uma das principais causas o modo como a pessoa dorme. Por isso, é importante avaliar a posição de dormir, o travesseiro de corpo e o colchão. A posição ideal é o decúbito lateral do lado contrário da dor, utilizando um travesseiro de corpo e um travesseiro do pescoço que tenham consistência mais firme para não ocorrer a inclinação cervical durante o sono[66].

A dor no fim da tarde muitas vezes tem correlação com a sobrecarga mecânica durante o dia. Longos períodos na mesma posição, fazendo a mesma atividade, acabam sobrecarregando a musculatura utilizada e costumam ser uma importante fonte de dor[66].

A dor noturna é motivo de maior preocupação. Quando a pessoa acorda com frequência devido à dor e necessita levantar-se para obter melhora, deve-se suspeitar de dor inflamatória ou dor oncológica. Entretanto, relatos de despertar devido à dor ao mudar de posição ou ao deitar-se sobre lado acometido não caracterizam essa suspeita[66].

3.1.8. Fatores de melhora e piora da dor

Fatores atenuantes ou agravantes da dor incluem não somente os fisiológicos, mas também socioeconômicos, genéticos, psicológicos, culturais, entre outros. Os mecanismos que resultam em melhora ou piora da dor ainda não são completamente elucidados[70-72]. Entretanto, a avaliação desses fatores de forma individualizada pode auxiliar tanto no diagnóstico quanto no tratamento, portanto, o relato da pessoa deve ser valorizado[66,68,69].

3.1.9. Antecedentes pessoais

A avaliação dos antecedentes pessoais pode auxiliar da detecção de fatores etiológicos e perpetuantes da dor, assim como restrições ao tratamento devido ao uso de medicamentos e às doenças pré-existentes. Devem ser investigados de forma rotineira os seguintes hábitos ou atividades do paciente[14,66]:

- atividades diárias: é primordial questionar sobre as atividades domésticas, profissionais e esportivas que desencadeiam dor a fim de identificar e corrigir movimentos e posturas disfuncionais. Além disso, o sedentarismo e a inatividade podem comprometer o condicionamento físico e agravar a sensação de dor;
- hábitos alimentares: a alimentação inadequada pode gerar estados de fadiga, mialgia, dor difusa e pode facilitar a instalação de quadros infecciosos e metabólicos. As carências nutricionais podem ocasionar neuropatias centrais e periféricas, fadiga e até alterações cognitivas. Dietas muito restritivas, desnutrição e anorexia podem estar relacionadas à quadros de osteoporose, disfunções digestivas, eletrolíticas e hormonais. A dieta também interfere na produção de mediadores inflamatórios envolvidos na sensibilização central[73-75]. A obesidade gera um estado inflamatório que contribui para a degeneração articular e está ligada a diversas alterações metabólicas e psicossociais que perpetuam o ciclo de dor;
- hábitos intestinais: muitos estudos demonstram que a microbiota intestinal sintetiza diferentes mediadores envolvidos na sensibilização central e periférica, o que pode propiciar o desenvolvimento da dor crônica[76]. A diarreia e a dor abdominal crônica podem caracterizar doenças inflamatórias ou infecciosas intestinais, assim como constipação ou mudança recente no hábito intestinal podem indicar doença subjacente, como câncer intestinal ou síndrome do intestino irritável;
- qualidade do sono: existe uma correlação importante entre distúrbios do sono e dor. Pessoas com dor crônica têm uma maior chance de apresentar sono de baixa qualidade, fragmentado, muitas vezes com insônia, apneia do sono e síndrome das pernas inquietas[77,78]. Por este motivo, é importante perguntar sobre a qualidade do sono da pessoa com dor crônica;

Quadro 1 - Tipos de dor e características da dor[5-7].

Tipo de dor	Característica da dor	Exemplos
Nociceptiva Acomete os nociceptores das estruturas lesionadas.	Dor profunda, em peso, pontada, aperto, latejamento, tensão, dolorimento, queimação.	Dores musculoesqueléticas em geral, como a dor lombar ou cervical mecânicas, tendinopatias, osteoartrite; dor miofascial; algumas cefaleias e dores viscerais; insuficiência vascular periférica, metástases ósseas, amputação, compressão tumoral e outras dores causadas por estímulo aos nociceptores.
Neuropática Acomete a área de inervação da estrutura nervosa atingida (nervo, tronco ou plexo).	Dor superficial, em queimação, sensação de fisgo doloroso, choque, formigamento, amortecimento, coceira, alfinetada e agulhada.	Neuropatia diabética, neuropatia herpética, neuropatia por hanseníase, neuralgia do trigêmio, doenças desmielinizantes, como a esclerose múltipla, trauma medular, dor pós acidente vascular cerebral (AVC), radiculopatia cervical ou lombar, trauma, compressão, amputação, síndrome de Guillain-Barré, doença de Parkinson, quimioterapia, compressão tumoral de um nervo.
Nociplástica Hipersensibilidade em tecido não lesionado.	Sensação de peso, tensão e dolorimento.	Dor crônica generalizada (por exemplo, fibromialgia), síndrome de dor regional complexa, síndrome do intestino irritável e outras desordens viscerais, dor musculoesquelética primária crônica, como a dor lombar não específica e crônica.

Inicialmente, recomenda-se diferenciar a dor nociceptiva da dor neuropática por meio da aplicação do questionário DN4 e da escala de LANSS, que estão descritos no **Apêndice A**[7,17]. Para o diagnóstico definitivo da dor neuropática, é necessário que o paciente tenha histórico de lesão do sistema nervoso, uma distribuição neuroanatomicamente plausível da dor e demonstração da lesão ou doença envolvendo o sistema nervoso por exames de imagem, biópsia ou exames neurofisiológicos[11].

Muitas vezes, os mecanismos nociplástico e nociceptivo coexistem e se retroalimentam, podendo mascarar o diagnóstico principal[7]. Assim, as características da dor e seus mecanismos de ação devem ser avaliados a fim de determinar as estruturas acometidas e as hipóteses diagnósticas e direcionar o tratamento.

A inflamação neurogênica é aquela causada pela liberação de neuropeptídeos pelas terminações livres de nervos nociceptivos a partir de estímulos a caminho da periferia disparando potenciais de ação a todo o dermátomo, miótomo e esclerótomo de sua abrangência (reflexo de raiz dorsal / *dorsal root reflex*)[18]. São liberados mastócitos e neuropeptídeos que estimulam vasodilatação, com surgimento de calor, rubor e edema na região; além disso, estimulam as placas motoras e, portanto, a contração nociadefensiva e a dor miofascial[19].

Dor miofascial, por sua vez, é aquela relacionada ao ponto-gatilho (PG) miofascial, definido como "um foco hiperirritável de um músculo estriado, associado a uma nodulação palpável hipersensível em uma banda tensa muscular", capaz de gerar dor ou outros sintomas à distância, caracterizando a síndrome de dor miofascial (SDM). O PG corresponde a um foco de intensa contração muscular de alguns grupos de fibras, e a banda tensa, às fibras tensionadas. A percepção da dor e de outros sintomas à distância, em regiões relativamente bem mapeadas para cada PG, parece ocorrer por conexões medulares facilitadas[20,21].

O estresse emocional aumenta a tensão muscular, podendo também levar à síndrome da dor miofascial e à hiperatividade vegetativa com aumento da sensibilidade dos receptores da dor. Esse pode ser um importante fator perpetuante da dor crônica[9]. Pessoas com comorbidades psicopatológicas, como ansiedade e depressão, podem apresentar um comportamento focado na dor.

A osteoartrite (OA), uma doença de caráter inflamatório e degenerativo das articulações que ocorre por insuficiência da cartilagem, causa dor, incapacidade física e redução da qualidade de vida, levando a limitação funcional e comprometendo a capacidade laboral. A OA é a forma mais comum de doença articular e afeta principalmente quadris, joelhos, mãos e pés, levando a grande incapacidade e perda da qualidade de vida na população[22,23]. Sugere-se diagnosticar OA de joelho clinicamente, por meio de anamnese e exame físico, se o paciente tiver dor relacionada à atividade habitual ou rigidez no joelho. E para OA do quadril sugere-se colher histórico e realizar exame físico em todos os indivíduos que relatem dor ou rigidez matinal da articulação do quadril com ênfase no exame musculoesquelético. Alguns estudos sugerem que a dor causada pela osteoartrite apresenta, além do componente nociceptivo, também o componente neuropático, principalmente nos quadros com sinovite, e a cronificação do quadro pode gerar uma sensibilização do segmento, com componentes nociplásticos[24,25].

ausência de um acolhimento que ultrapasse o olhar clínico e contextualize histórias de vida. Por isso, é imprescindível que o diagnóstico possa incluir abordagens dos determinantes sociais, especialmente considerando as vulnerabilidades individuais e coletivas frutos das desigualdades sociais do país.

3.1.1. Duração da dor

O tempo de duração da dor é uma informação importante para avaliar se está ocorrendo um processo mal adaptativo. A dor aguda fisiológica deve melhorar espontaneamente quando a lesão tecidual estiver cicatrizada. Entretanto, a dor que permanece após a cicatrização do tecido é considerada uma doença e o tempo para a resolução da dor varia dependendo da gravidade da lesão. Há outras situações, nas quais a causa da dor não está relacionada à cicatrização do tecido, mas ao funcionamento do sistema fisiológico. Considera-se dor crônica aquela que ultrapassa três meses de duração[7–10].

3.1.2. Localização da dor

A adequada localização da dor auxilia na compreensão da fisiopatologia e na identificação das estruturas comprometidas. Por exemplo, as dores nociceptivas podem ser localizadas ou referidas a distância, enquanto as dores neuropáticas comumente irradiam pelo trajeto de um nervo. Já a dor nociplástica se manifesta de forma difusa na fibromialgia. Diagramas corporais podem ser utilizados para documentar o local e a magnitude da dor (**Apêndice A**)[8–10].

3.1.3. Históricos da dor

Avaliar a história pregressa e atual do paciente é importante para conhecer os possíveis fatores desencadeantes e perpetuantes da dor, como[10–12]:

- traumatismos e cirurgias;
- ergonomia das atividades diárias, trabalho, atividades esportivas e lazer;
- qualidade e duração do sono, frequência de despertares noturnos, bruxismo, posição de dormir, materiais e tempo de uso do colchão e do travesseiro;
- dependência química, como tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas ilícitas;
- resultados aos tratamentos prévios;
- estressores psicossociais;
- ganhos secundários e litígios; e
- expectativas do paciente sobre o tratamento e as suas crenças sobre a sua dor.

3.1.4. Intensidade da dor

A avaliação da intensidade da dor pode ser feita por meio de escalas que auxiliam no registro da evolução e no planejamento do tratamento[13–18]. Descritores verbais e escalas numéricas de dor parecem ser preferíveis em idosos[19] comparadas à tradicional escala visual analógica (EVA). Os descritores verbais da dor permitem que o paciente forneça e indique as características da dor (nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor intensa, maior dor) e são de extrema importância para o diagnóstico e acompanhamento do quadro[10,20,21]. Instrumentos validados estão disponíveis para indivíduos de todas as idades e com diferentes habilidades mentais, como as escalas de faces[22–24]. Entretanto, nenhuma ferramenta é considerada padrão-ouro para avaliação da dor, devendo-se utilizar aquela ferramenta que melhor se adequa ao paciente. Essas escalas estão disponíveis no **Apêndice A**.

3.1.5. Características da dor

A forma com que o paciente descreve verbalmente a dor indica suas características e é de extrema importância para o diagnóstico[25–27]. Queixas de queimação, sensação de frio doloroso, choque, formigamento, amortecimento, coceira, alfinetada e agulhada sugerem dor neuropática. Sensação frequente de peso, tensão e dolorimento pode decorrer de aferições de origem nociceptiva. Já queimação, pressão, peso e tensão podem sugerir dor nociplástica[28]. As principais características avaliadas da dor estão descritas no **Quadro 1**.

A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Este Protocolo visa a estabelecer os critérios diagnósticos e terapêuticos da dor crônica. A metodologia de busca e a avaliação das evidências estão detalhadas no **Apêndice 1**.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- R52.1 Dor crônica intratável
- R52.2 Outra dor crônica

Conforme a Portaria SCTIE/MS nº 55, de 23 de novembro de 2017, o tapentadol teve seu uso ampliado para osteoartrites de quadril e de joelho no âmbito do SUS. Nesse sentido, este Protocolo preconiza o uso desse medicamento apenas para estas condições, observando-se os códigos da CID-10 presentes no Relatório de Recomendação nº 298, de agosto de 2017:

- M16 Coxartrose [artrose do quadril]
- M16.0 Coxartrose primária bilateral
- M16.1 Outras coxartroses primárias
- M16.4 Coxartrose bilateral pós-traumática
- M16.5 Outras coxartroses pós-traumáticas
- M16.6 Outras coxartroses secundárias bilaterais
- M16.7 Outras coxartroses secundárias
- M16.9 Coxartrose não especificada
- M17 Gonartrose [artrose do joelho]
- M17.0 Gonartrose primária bilateral
- M17.1 Outras gonartroses primárias
- M17.2 Gonartrose pós-traumática bilateral
- M17.3 Outras gonartroses pós-traumáticas
- M17.4 Outras gonartroses secundárias bilaterais
- M17.5 Outras gonartroses secundárias
- M17.9 Gonartrose não especificada

3. DIAGNÓSTICO

Por meio da anamnese e do exame físico, é possível entender e classificar o tipo de dor que a pessoa apresenta, tornando viável elencar as possíveis condições clínicas que a levaram à dor crônica. Quando necessário, deve-se proceder com os exames complementares indicados para a confirmação diagnóstica[12,13].

É fundamental que o profissional de saúde possa agregar no processo de diagnóstico, tratamento e monitoramento das pessoas com dor crônica, a percepção de identificar e reconhecer marcadores de determinantes sociais, como: identidade de gênero, orientação sexual, etnia, questões laborais e iniquidades sociais e econômicas, como indicadores de saúde que podem contribuir ou desenvolver situações de agravos e condições de adoecimento. Por isso, é imprescindível que o cuidado integral inclua a abordagem dos determinantes sociais, por meio de um acolhimento que ultrapasse o olhar clínico e contextualize histórias de vida, especialmente considerando as vulnerabilidades individuais e coletivas frutos das desigualdades sociais do País.

3.1. Anamnese

A avaliação da dor quanto a sua duração, localização, histórico, intensidade, qualidade, padrão, periodicidade, fatores que interferem na melhora ou piora, avaliação dos antecedentes pessoais e familiares são essenciais para um bom diagnóstico[14,15]. A abordagem centrada na pessoa assume um papel fundamental para a compreensão do quadro clínico e do contexto do paciente. Nas diversas etapas da avaliação, sentimentos, ideias, funções e expectativas do indivíduo devem ser considerados[16].

Uma dor crônica pode ter como causa processos de discriminação racial, de gênero, de orientação sexual e iniquidades sociais que somatizam e se expressam nos corpos biológicos, como cefaleia de repetição, dores musculares e até taquicardia. Outro exemplo, são manifestações físicas e psicossocial que têm como causa, por exemplo, violência doméstica ou sexual invisibilizadas, muitas vezes, por

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETIZES TERAPÊUTICAS DA DOR CRÔNICA

1. INTRODUÇÃO

Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou que lembra a sensação causada por uma lesão tecidual real ou potencial[1]. O conceito da dor é construído por cada indivíduo, influenciado por fatores biopsicossociais e, com base nas experiências dolorosas. Assim, as queixas álgicas devem ser valorizadas pelos profissionais de saúde e a inabilidade de comunicação dos indivíduos pode não significar ausência de dor[1].

A aversão à sensação de dor faz com que o indivíduo evite situações em que será exposto a dano físico – essa é a função de preservação da dor. Na dor aguda, esse mecanismo pode evitar o agravamento de uma lesão recente, no entanto, na dor crônica esse mecanismo pode reduzir cada vez mais as atividades diárias da pessoa e limitar os contatos sociais, influenciando negativamente na sua qualidade de vida, com consequências prejudiciais para a saúde dos indivíduos[2]. Há três mecanismos biológicos implicados na dor, o nociceptivo, o neuropático e o nociplástico. Estes frequentemente coexistem, o que por vezes culmina na denominação de "dor mista"[1, 3].

Nocicepção, do latim "ferir", é o processo neural de codificação de um estímulo que lesiona ou ameaça causar lesão tecidual[3]. A dor pelo mecanismo nociceptivo é a mais frequente e ocorre principalmente nas terminações livres dos nervos nociceptivos, dispostas como uma rede de fibras finas presentes em diversos tecidos do corpo. Quando existe lesão celular, são liberados mediadores inflamatórios como bradicinina, prostaglandinas, leucotrienos e substância P, que estimulam vasodilatação, edema e dor. Estímulos repetidos levam a alterações no nociceptor e a sua sensibilização, o que diminui o limiar de dor da pessoa[3]. A sensibilização facilita o aumento da responsividade de neurônios nociceptivos aos estímulos, que podem ocorrer na forma de hiperalgesia e alodínia. Hiperalgesia é um aumento da resposta a um estímulo normalmente doloroso, e alodínia é a dor ocasionada por um estímulo que normalmente não causa dor[1]. A sensibilização pode ser periférica ou central, podendo o central ser medular (segmentar) ou supramedular (suprassegmentar), conforme o trecho do sistema nociceptivo acometido. Uma série de alterações mal adaptativas perpetuam este ciclo inflamatório.

Dor neuropática é aquela decorrente de "lesão ou doença" do sistema nervoso somatossensitivo. Para que a dor seja classificada como neuropática, é necessário que haja manifestações clínicas neurológicas compatíveis e a sua comprovação por meio de exames complementares[3].

Dor nociplástica (de "plasticidade", ou adaptação) é definida em termos de uma "nocicepção alterada", em que os tecidos envolvidos se encontram sensibilizados. Esse dor ocorre mesmo que não haja evidência de lesão real ou ameaça que ative nociceptores periféricos ou de doença ou lesão do sistema somatossensório. A dor generalizada, vista na fibromialgia, é uma das condições clínicas em que o componente nociplástico se manifesta[3]. Também é possível apresentar uma combinação de dor nociplástica e nociceptiva[1].

A dor crônica pode ser primária (quando não se conhece a causa) ou secundária (quando é consequência de alguma doença conhecida)[3]. Embora existam controvérsias quanto ao ponto de corte e à associação com outros parâmetros para definir dor crônica[4–12], o presente PCDT opta pela definição de dor crônica como aquela superior a três meses, independentemente do grau de recorrência, intensidade, e implicações funcionais ou psicossociais, porém, recomenda a avaliação destes fatores nos cuidados à pessoa com dor crônica.

Estudos populacionais em adultos no Brasil revelam uma prevalência de dor crônica de aproximadamente 40%. A prevalência de dor crônica intensa (intensidade ≥ 8) gira em torno de 10%; e de dor crônica com limitação grave ou generalizada em torno de 5%[13–15]. Lombalgia é a dor crônica mais comum, seguida por dor em joelho, ombro, cabeça, costas e pernas ou membros inferiores. Um estudo realizado em capitais brasileiras mostrou prevalências de 77% para dor na coluna, 50% no joelho, 36% no ombro, 28% no tornozelo, 23% nas mãos e 21% na cervical[15].

Os custos econômicos e sociais da dor crônica musculoesquelética são altos[16,17], possivelmente ultrapassando os custos dispendidos a pessoas com diabetes, cardiopatias e câncer[18, 19]. Dores musculoesqueléticas são o problema de saúde mais frequente na população entre 15 e 64 anos[20,21], constituindo a principal causa de aposentadoria precoce[20–22], a segunda causa de tratamento de longo prazo[23] e a principal causa de incapacidade em grupos desta faixa etária[24].

Em 2017, a lombalgia foi a principal causa de anos perdidos por incapacidade entre adultos de 50 a 69 anos de idade, cefaleia, a segunda, e outros desordens musculoesqueléticas, a décima[25]. Em 2019, dor lombar e cefaleia se mostraram bastante prevalentes entre as causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (respectivamente, a sétima e nona causas)[26]. Resultados semelhantes são vistos em todo o mundo[27,28]. O estigma e a negligência relacionados à dor crônica também a destacam entre as demais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)[29–31].

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SAPS/SECTICS Nº 1, DE 22 DE AGOSTO DE 2024

Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE, O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE e o SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E DO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a dor crônica no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta condição;

Considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

Considerando os Registros de Deliberação nº 322/2018, 323/2018 e 791/2022 e os Relatórios de Recomendação nº 340 - janeiro de 2018, nº 341 - janeiro de 2018 e nº 704 - dezembro de 2022 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e a atualização da busca e avaliação da literatura científica; e

Considerando a avaliação técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SECTICS/MS), do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SECTICS/MS), do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES/MS) e do Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (DEPPROS/SAPS/MS), resolvem:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica.

Parágrafo único. O protocolo, objeto deste artigo, que contém o conceito geral da dor crônica, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, disponíveis no sítio o https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais (efeitos ou eventos adversos) relacionados ao uso de procedimento ou medicamento preconizados para o tratamento da dor crônica.

Art. 3º Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme as suas competências e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com essa doença em todas as etapas descritas no anexo a esta Portaria, disponível no sítio citado no parágrafo único do art. 1º desta Portaria.

Art. 4º Ficam revogadas:

I - a Portaria SAS/MS nº 1.083, de 2 de outubro de 2012, publicada no Diário Oficial da União nº 192, de 3 de outubro de 2012, Seção 1, página 54 a 58; e II - a Portaria SAS/MS nº 1.309, de 22 de novembro de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 228, de 25 de novembro de 2013, Seção 1, páginas 60 e 61.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADRIANO MASSUDA
Secretário de Atenção Especializada à Saúde

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA
Secretário de Atenção Primária à Saúde

CARLOS A. GRABOIS GADELHA
Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

154. Rauck RL, Bookbinder SA, Barker TR, Alftine CD, Gardner S. ORIGINAL ARTICLE A randomized, open-label, multicenter trial comparing once-a-day AVINZA ® (morphine sulfate extended-release capsules) versus oxycodone controlled-release tablets) for the treatment of chronic , moderate to severe low back pain : Improved physical functi. 2007;(February):35–43.

155. Steiner DJ, Sitar S, Wan W, Sawyer G, Munera C, Ripa SR, et al. Efficacy and Safety of the Seven-Day Buprenorphine Transdermal System in Opioid-Na ¢ ive Patients with Moderate to Severe Chronic Low Back Pain: An Enriched, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. J Pain Symptom Manage. 2011;42(6):903–17.

156. Ueberall MA. Quality of life under oxycodone / naloxone, oxycodone, or morphine treatment for chronic low back pain in routine clinical practice. 2016;59–51.

157. Ueberall MA. Original article Safety and efficacy of oxycodone / naloxone vs. oxycodone vs. morphine for the treatment of chronic low back pain: results of a 12 week prospective, randomized, open-label Mindal endpoint secondaryd study with prolonged- release pr. Curr Med Res Opin. 2015;(April):1–17.

158. Webster LR, Butera PG, Moran L V, Wu N, Burns LH. Oxytrex Minimizes Physical Dependence While Providing Effective Analgesia : A Randomized Controlled Trial in Low Back Pain. 2006;7(12):937–46.

159. Wild JE, Grond S, Kuperwasser B, Gilbert J, Mccann B, Lange B, et al. Long-term Safety and Tolerability of Tapentadol Extended Release for the Management of Chronic Low Back Pain or Osteoarthritis Pain. 2010;6:810–27.

160. Afilalo M, Etropolski MS, Kuperwasser B, Kelly K, Okamoto A, Van Hove I, et al. Efficacy and safety of tapentadol extended release compared with oxycodone controlled release for the management of moderate to severe chronic pain related to osteoarthritis of the knee: A randomized, double-blind, placebo-and active-controlled phase III. Clin Drug Investig. 2010;30(8):489–505.

161. Hartrick C, Van Hove I, Stegmann JU, Oh C, Upmalis D. Efficacy and tolerability of tapentadol immediate release and oxycodone HCl immediate release in patients awaiting primary joint replacement surgery for end-stage joint disease: A 10-day, phase III, randomized, double-blind, active- and placebo-controlled. Clin Ther. 2009;31(2):260–71.

162. Langford R, McKenna F, Ratcliffe S, Vojtassák J, Richarz U. Transdermal fentanyl for improvement of pain and functioning in osteoarthritis: a randomized, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum. 2006 Jun;54(6):1829–37.

163. Markenson JA, Croft J, Zhang PG, Richards P. Treatment of persistent pain associated with osteoarthritis with controlled-release oxycodone tablets in a randomized controlled clinical trial. Clin J Pain. 2005;21(6):524–35.

164. Serric A, Lange B, Sharp A. Tapentadol prolonged-release for moderate-to-severe chronic osteoarthritis knee pain: a double-blind, randomized, placebo- and oxycodone controlled release-controlled study. Curr Med Res Opin. 2017;33(8):1423–32.

165. Gimbel JS, Richards P, Portenoy RK. Controlled-release oxycodone for pain in diabetic neuropathy: a randomized controlled trial. Neurology. 2003 Mar;60(6):927–34.

166. Schwartz S, Etropolski M, Shapiro DY, Okamoto A, Lange R, Haeussler J, et al. Safety and efficacy of tapentadol ER in patients with painful diabetic peripheral neuropathy: results of a randomized-withdrawal, placebo-controlled trial. Curr Med Res Opin. 2011 Jun;27(1):151–62.

167. Vinik AI, Shapiro DY, Rosenstock B, Lange B, Kaercher K, Punnett D, et al. A randomized withdrawal, placebo-controlled study evaluating the efficacy and tolerability of tapentadol extended release in patients with chronic painful diabetic peripheral neuropathy. Diabetes Care. 2014 Aug;37(8):2302–9.

168. Simpson RW, Wlodarczyk JH. Transdermal Buprenorphine Relieves Neuropathic Pain: A Randomized, Double-Blind, Parallel-Group, Placebo-Controlled Trial in Diabetic Peripheral Neuropathic Pain. Diabetes Care. 2016 Sep;39(9):1495–500.

169. Allan L, Hays H, Jensen N-H, Le Polain De Waroux B, Bolt M, Donald R, et al. Randomised crossover trial of transdermal fentanyl and sustained release oral morphine for treating chronic non-cancer pain. Br Med J [Internet]. 2001;322(7295):1154–8.

170. Nicholson B, Rowe E, Sasaki J, Weil A. Randomized trial comparing polymer-coated extended-release morphine sulfate to controlled-release oxycodone HCl in moderate to severe nonmalignant pain. Curr Med Res Opin. 2006 Aug;22(8):1503–14.

171. Landau CJ, Carr WD, Razzetti AJ, Sessler NE, Munera C, Ripa SR. Buprenorphine transdermal delivery system in adults with persistent noncancer-related pain syndromes who require opioid therapy: a multicenter, 5-week run-in and randomized, double-blind maintenance-of-analgesia study. Clin Ther. 2007 Oct;29(10):2179–93.

172. Sorge J, Sittl R. Transdermal buprenorphine in the treatment of chronic pain: results of a phase III, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Clin Ther. 2004 Nov;26(11):1808–20.

173. Afilalo M, Etropolski MS, Kuperwasser B, Kelly K, Okamoto A, Van Hove I, et al. Efficacy and safety of tapentadol extended release compared with oxycodone controlled release for the management of moderate to severe chronic pain related to osteoarthritis of the knee: A randomized, double-blind, placebo-and active-controlled phase III . Clinical Drug Investigation. 2010;30(8):489–505.

ANEXO IX

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NÃO MÉDICOS

I. APRESENTAÇÃO DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS NÃO MÉDICOS DA ABEAS

Os Protocolos Assistenciais Não Médicos da Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social (ABEAS) representam uma parte fundamental do cuidado integral prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outras redes de saúde. Esses protocolos são baseados em diretrizes nacionais e melhores práticas internacionais, sendo orientados pela segurança, eficiência e humanização no cuidado, e abrangem áreas multiprofissionais, como enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, assistência social, fonoaudiologia e outras especialidades que compõem as equipes de saúde.

Os protocolos assistenciais não médicos visam padronizar e orientar a conduta dos profissionais dessas áreas para garantir uma atenção integrada e centrada no paciente. Assim como os protocolos médicos, eles são elaborados com base em evidências científicas, garantindo que as intervenções sejam seguras, eficazes e atendendo às necessidades de cada paciente. Além disso, esses protocolos promovem o trabalho interdisciplinar, garantindo que o cuidado em saúde vai muito além dos tratamentos médicos, incluindo aspectos emocionais, físicos, nutricionais e sociais.

Áreas contempladas nos Protocolos Assistenciais Não Médicos

Enfermagem: Os protocolos de enfermagem incluem normas e orientações para a assistência em diferentes contextos, como cuidados com feridas, administração de medicamentos, controle de infecções e monitoramento de sinais elétricos. O objetivo é garantir que uma equipe de enfermagem atue de forma padronizada, promovendo a segurança do paciente e otimizando o tempo de resposta aos eventos clínicos. Estes protocolos garantem o cuidado contínuo e a promoção de um ambiente seguro para o paciente.

isioterapia: Na reabilitação e promoção da mobilidade, os protocolos de fisioterapia são essenciais para garantir que os pacientes recebam instruções corretas, de acordo com o estágio da doença ou recuperação. Eles orientam os profissionais a respeito das melhores práticas para lesões físicas, desde terapias respiratórias em pacientes acamados até exercícios de fortalecimento e reabilitação funcional.

Nutrição: A intervenção nutricional é uma parte essencial do cuidado integral à saúde. Os protocolos de nutrição garantem que uma equipe multidisciplinar possa identificar deficiências nutricionais e planejar dietas terapêuticas personalizadas para atender às necessidades específicas

de cada paciente. Além disso, os profissionais seguem diretrizes rigorosas para a prescrição de dietas que podem auxiliar na recuperação, prevenir complicações e promover a saúde em todas as fases da vida, seja em situações de internação, tratamento clínico ou em cuidados paliativos.

Psicologia: O cuidado com a saúde mental é um aspecto fundamental dos protocolos assistenciais não médicos. Os protocolos de psicologia orientam os profissionais no manejo de questões emocionais e psicológicas, como ansiedade, depressão, estresse e traumas relacionados a doenças ou tratamentos. Esses protocolos têm como objetivo fornecer um suporte psicológico adequado e humanizado, contribuindo para o bem-estar emocional do paciente e de seus familiares, além de fortalecer o enfrentamento das condições de saúde.

Assistência Social: Os protocolos de assistência social focam na identificação de vulnerabilidades sociais que podem impactar o processo de tratamento e recuperação dos pacientes. A equipe de assistentes sociais utiliza essas diretrizes para oferecer suporte em questões como direitos sociais, inclusão em programas de suporte governamental, além de colaborar no planejamento da alta hospitalar, garantindo uma continuidade de cuidados no ambiente domiciliar ou em outras instituições de apoio.

Fonoaudiologia: A comunicação e a deglutição são áreas essenciais nos cuidados com a saúde, e os protocolos de fonoaudiologia estabelecem condutas padronizadas para o tratamento de distúrbios da fala, audição, voz e dificuldades de deglutição. Esses protocolos guiam a avaliação e o manejo dessas condições em pacientes com doenças neurológicas, traumatismos, ou que se encontram em processos de recuperação após cirurgias, garantindo que a intervenção seja eficaz e segura, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.

Integração e Colaboração Interdisciplinar

A ABEAS entende que o sucesso do cuidado à saúde não depende de intervenções isoladas, mas da integração entre as várias disciplinas assistenciais. Os protocolos não médicos são projetados para facilitar a colaboração entre os diferentes profissionais, promovendo uma abordagem integral e centrada no paciente. Esta abordagem integrada tem como objetivo alinhar os esforços das equipes multiprofissionais, garantindo que as necessidades físicas, emocionais, sociais e nutricionais dos pacientes sejam atendidas de maneira coordenada e eficiente.

Adaptação à Realidade Local

Os Protocolos Assistenciais Não Médicos da ABEAS são desenvolvidos com flexibilidade,

permitindo sua adaptação às particularidades de cada unidade de saúde e das comunidades atendidas. Reconhecendo que cada região pode apresentar diferentes demandas e recursos disponíveis, a ABEAS ajusta suas diretrizes para atender da melhor forma as necessidades da população local, promovendo equidade no acesso à saúde e garantindo que todos recebam o cuidado adequado.

Compromisso com as Boas Práticas Assistenciais

Os protocolos adotados pela ABEAS estão em constante revisão e atualização, com base nas melhores práticas assistenciais e nas mais recentes evidências científicas. Através dessa abordagem, a ABEAS reafirma seu compromisso com a qualidade, segurança e humanização dos cuidados oferecidos, assegurando que seus profissionais estejam sempre preparados para oferecer a melhor assistência possível.

Assim, os Protocolos Assistenciais Não Médicos da ABEAS refletem o compromisso com um cuidado holístico, integrado e baseado em evidências, com foco na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e na promoção de um ambiente assistencial seguro, eficiente e humano.

II. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Objetivo

Garantir a administração segura e eficaz de medicamentos aos pacientes hospitalizados, minimizando riscos e prevenindo erros de medicação. Este POP visa padronizar as práticas de administração de medicamentos, assegurando que sejam cumpridas as normas legais e diretrizes institucionais, promovendo a segurança do paciente e a eficácia do tratamento.

Responsabilidades

1. Enfermeiros:

- Administrar medicamentos conforme prescrição médica, seguindo os protocolos de segurança.
- Verificar a identidade do paciente antes de administrar qualquer medicamento.
- Monitorar o paciente após a administração do medicamento, observando possíveis reações adversas.
- Registrar todas as administrações de medicamentos no prontuário do paciente.

2. Médicos:

- Prescrever medicamentos de forma clara e detalhada, evitando ambiguidades.
- Reavaliar continuamente a necessidade dos medicamentos prescritos, ajustando doses ou suspendendo conforme necessário.
- Informar o paciente e a equipe de enfermagem sobre os possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas.

3. Farmacêuticos:

- Preparar e fornecer medicamentos de acordo com a prescrição médica, verificando a dosagem e a compatibilidade.
- Orientar a equipe de saúde sobre a correta administração de medicamentos e possíveis interações.
- Monitorar o uso de medicamentos no hospital, garantindo a conformidade com as normas de segurança.

4. Técnicos de Enfermagem:

- Auxiliar na administração de medicamentos, seguindo as orientações dos enfermeiros.

- Preparar os materiais necessários para a administração, garantindo a assepsia e segurança.

- Comunicar imediatamente qualquer reação adversa ou erro na administração à equipe responsável.

Documento de Referência

1. Legislação:

- Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973 - Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.

- Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 - Estabelece Boas Práticas Farmacêuticas.

- Resolução COFEN nº 564/2017 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

2. Normas e Diretrizes:

- Protocolo de Administração Segura de Medicamentos - Ministério da Saúde.

- Manual de Boas Práticas de Prescrição, Dispensação e Administração de Medicamentos - ANVISA.

- Diretrizes da OMS para Administração Segura de Medicamentos.

3. Formulários Internos:

- Ficha de Prescrição Médica.
- Registro de Administração de Medicamentos.
- Relatório de Reações Adversas a Medicamentos.

Materiais Necessários

- Medicamentos prescritos (em formas líquidas, sólidas, injetáveis, etc.).

- Equipamentos para administração (seringas, agulhas, copos dosadores, bombas de infusão).

- Luvas descartáveis e outros equipamentos de proteção individual (EPIs).

- Bandejas e suportes para transporte seguro de medicamentos.
- Documentos e formulários de registro (prontuários, fichas de prescrição, etc.).
- Álcool 70% para assepsia antes da administração injetável.

Descrição / Execução

1. Introdução à Administração de Medicamentos

A administração de medicamentos em ambiente hospitalar é uma atividade que exige extrema precisão, conhecimento técnico e atenção aos detalhes, devido ao impacto direto que tem na saúde e na recuperação dos pacientes. A segurança do paciente deve ser sempre a prioridade, e, para isso, é essencial que todos os profissionais envolvidos sigam rigorosamente os protocolos estabelecidos. Este procedimento visa garantir que a administração de medicamentos seja realizada de forma segura, eficaz e conforme as normas legais vigentes.

2. Verificação da Prescrição Médica

Antes de qualquer administração, é fundamental que o profissional de enfermagem verifique a prescrição médica. A prescrição deve ser clara e legível, contendo o nome completo do paciente, nome do medicamento, dose, via de administração, frequência e duração do tratamento. Caso haja alguma dúvida ou ambiguidade na prescrição, o enfermeiro deve entrar em contato com o médico responsável para esclarecimentos antes de proceder.

3. Identificação Correta do Paciente

A correta identificação do paciente é uma etapa crucial na administração de medicamentos para evitar erros. O profissional deve confirmar a identidade do paciente através de, pelo menos, dois identificadores, como o nome completo e a data de nascimento, verificando a pulseira de identificação ou outro sistema adotado pelo hospital. Em situações onde o paciente esteja inconsciente ou incapaz de se comunicar, a identificação deve ser confirmada por familiares ou através de registros confiáveis.

4. Preparação e Administração do Medicamento

Após a confirmação da prescrição e identificação do paciente, o medicamento deve ser preparado conforme as instruções. A preparação inclui verificar a validade do medicamento, a integridade da embalagem, e a dosagem correta. Medicamentos injetáveis devem ser preparados em ambiente asséptico, utilizando técnicas estéreis para evitar contaminação.

Para a administração, o profissional deve seguir as orientações específicas para cada via de administração:

- Via Oral: Verificar se o paciente está em condições de deglutir o medicamento. Oferecer água ou outro líquido, se necessário, para facilitar a ingestão.
- Via Intravenosa: Verificar a permeabilidade do acesso venoso e administrar o medicamento lentamente, conforme a orientação da prescrição.
- Via Intramuscular: Escolher o local apropriado para a aplicação, desinfectar a área e injetar o medicamento de forma controlada.
- Via Subcutânea: Administrar em áreas de tecido subcutâneo com rotação de locais de injeção para evitar lipodistrofia.

5. Monitoramento Pós-Administração

Após a administração, o paciente deve ser monitorado de perto para observar qualquer reação adversa ou efeitos colaterais. O profissional deve estar atento a sinais como alterações nos sinais vitais, reações alérgicas, e desconforto do paciente. Em caso de qualquer anormalidade, o médico responsável deve ser notificado imediatamente, e as medidas de suporte devem ser implementadas conforme necessário.

6. Registro da Administração de Medicamentos

Todo medicamento administrado deve ser registrado no prontuário do paciente, incluindo detalhes como o nome do medicamento, dose administrada, via de administração, horário e assinatura do profissional responsável. Este registro é essencial para garantir a continuidade do cuidado, além de ser uma exigência legal. Em caso de omissões ou erros, é fundamental que o incidente seja documentado e relatado à CCIH ou ao comitê de segurança do paciente, conforme o protocolo do hospital.

7. Comunicação com o Paciente e Família

A comunicação eficaz com o paciente e seus familiares sobre os medicamentos que estão sendo administrados é uma parte importante do cuidado. O profissional de saúde deve explicar o nome do medicamento, o motivo de sua administração, os possíveis efeitos colaterais e a importância de seguir as orientações médicas. Isso ajuda a aumentar a adesão ao tratamento e permite que o paciente e a família fiquem alertas a qualquer reação adversa que possa ocorrer.

8. Gestão de Erros de Medicação

Apesar dos cuidados tomados, erros de medicação podem ocorrer. Quando identificados, devem ser abordados imediatamente para minimizar os riscos ao paciente. O erro deve ser relatado conforme o protocolo do hospital, e uma análise deve ser conduzida para identificar as causas e implementar ações preventivas para evitar recorrências. A cultura de segurança deve ser promovida, encorajando os profissionais a reportarem erros sem medo de represálias, para que o hospital possa aprender e melhorar continuamente seus processos.

Este POP é essencial para garantir que a administração de medicamentos em ambiente hospitalar seja realizada de forma segura, eficaz e conforme as normas legais, contribuindo para a segurança e o bem-estar dos pacientes. A adesão a estes procedimentos é fundamental para a qualidade do atendimento e para a prevenção de eventos adversos relacionados a medicamentos.

III. TRANSPORTE DE PACIENTES

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes para o transporte seguro e eficiente de pacientes dentro do hospital, assegurando que todos os processos sejam realizados de forma a preservar a segurança, o conforto e a dignidade dos pacientes, em conformidade com a legislação vigente.

2. Responsabilidades

1. Equipe de Transporte:

- Realizar o transporte de pacientes de maneira segura e respeitosa, seguindo os protocolos estabelecidos.

- Garantir que os pacientes estejam confortáveis e que todas as necessidades médicas sejam atendidas durante o transporte.

- Notificar a equipe de enfermagem ou médica imediatamente em caso de qualquer alteração no estado do paciente durante o transporte.

2. Equipe de Enfermagem:

- Preparar o paciente para o transporte, incluindo a verificação de sinais vitais, ajuste de medicações e encaminhamento de informações essenciais ao transportador.

- Fornecer suporte ao paciente durante o transporte, quando necessário.

3. Médico Responsável:

- Autorizar o transporte do paciente e fornecer orientações específicas sobre cuidados a serem tomados durante o transporte.

- Informar a equipe de transporte sobre qualquer condição de saúde do paciente que possa influenciar o transporte.

4. Supervisores de Transporte:

- Assegurar que toda a equipe de transporte esteja devidamente treinada e ciente dos protocolos e diretrizes vigentes.

- Monitorar a execução dos transportes e garantir que sejam realizados de acordo com o POP.

- Manter registros detalhados de todos os transportes realizados.

3. Documento de Referência

1. Legislação:

- Resolução RDC nº 36/2013 da ANVISA - Estabelece diretrizes para a segurança do paciente, incluindo práticas seguras no transporte de pacientes.

- Norma Regulamentadora NR-32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, que inclui orientações sobre a movimentação de pacientes.

- Lei nº 8.080/1990 - Define as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo diretrizes para o transporte seguro de pacientes.

2. Normas e Políticas Internas:

- Manual de Transporte de Pacientes do Hospital.
- Procedimentos de Segurança no Transporte Interno de Pacientes.

3. Formulários:

- Formulário de Autorização de Transporte de Paciente.
- Checklist de Segurança para Transporte de Pacientes.

4. Materiais Necessários

- Macas, cadeiras de rodas e outros dispositivos de transporte devidamente higienizados e em bom estado de conservação.

- Equipamentos de monitoramento, como oxímetros de pulso e monitores de sinais vitais, conforme necessário.

- Equipamentos de suporte, como cilindros de oxigênio e bombas de infusão, quando indicados.

- Equipamentos de proteção individual (EPIs) para os profissionais de transporte e assistência.

- Formulários de registro e autorização de transporte.

5. Descrição / Execução

1. Importância do Transporte Seguro de Pacientes

O transporte de pacientes dentro de um hospital é uma atividade essencial que requer planejamento cuidadoso e a aplicação de práticas seguras para garantir que o paciente seja transferido de um local para outro sem comprometer sua saúde e segurança. Isso inclui transporte entre diferentes setores, como entre o quarto e o centro cirúrgico, ou entre a unidade de terapia intensiva (UTI) e a radiologia.

Legislação Aplicável:

A Resolução RDC nº 36/2013 da ANVISA estabelece a necessidade de práticas seguras em todas as etapas do cuidado ao paciente, incluindo o transporte interno. Além disso, a Norma Regulamentadora NR-32 detalha os requisitos para a segurança e saúde dos trabalhadores em serviços de saúde, o que inclui diretrizes para a movimentação segura de pacientes, garantindo que o transporte seja realizado sem riscos de acidentes.

2. Planejamento do Transporte

Antes de qualquer transporte, é essencial que se realize um planejamento adequado, considerando o estado de saúde do paciente, os equipamentos necessários e as condições físicas dos locais de origem e destino.

Passos para o Planejamento:

1. Avaliação do Paciente: A equipe de enfermagem, em conjunto com o médico responsável, deve avaliar o estado de saúde do paciente, identificando quaisquer condições que possam influenciar o transporte. Isso inclui verificar a necessidade de equipamentos de suporte, como oxigênio, e monitoramento constante dos sinais vitais.
2. Autorização Médica: O transporte deve ser autorizado pelo médico responsável, que deverá indicar as precauções a serem tomadas, como a necessidade de escolta médica ou enfermagem durante o transporte.
3. Preparo do Paciente: A equipe de enfermagem deve preparar o paciente para o transporte, garantindo que todos os dispositivos médicos estejam seguros e que o paciente esteja adequadamente posicionado para o transporte. Medicamentos ou sedativos podem ser administrados conforme necessário, seguindo a orientação médica.
4. Escolha do Meio de Transporte: O tipo de transporte (maca, cadeira de rodas, etc.)

deve ser escolhido com base nas condições do paciente e na distância a ser percorrida. Todos os equipamentos devem ser verificados antes do uso para garantir que estejam em perfeitas condições.

3. Execução do Transporte

Durante o transporte, a equipe deve seguir rigorosamente as diretrizes estabelecidas para garantir a segurança e o conforto do paciente.

Procedimentos Durante o Transporte:

1. Segurança do Paciente: O paciente deve ser devidamente acomodado na maca ou cadeira de rodas, com o uso de cintos de segurança, se necessário. Equipamentos médicos devem estar fixados de forma segura, e o paciente deve ser monitorado continuamente, especialmente em casos de transporte crítico.
2. Acompanhamento Médico/Enfermagem: Em casos críticos ou de alta complexidade, é obrigatório o acompanhamento de um profissional de saúde (enfermeiro ou médico) durante o transporte, para intervenção imediata em caso de emergência.
3. Rotas Seguras: A equipe de transporte deve utilizar as rotas mais seguras e rápidas, evitando áreas de grande movimentação ou com obstáculos que possam comprometer a segurança do paciente.
4. Comunicação: A equipe deve manter comunicação constante com os setores de origem e destino, informando o status do transporte e qualquer eventualidade ocorrida durante o processo.

4. Pós-Transporte e Registro

Após o transporte, é fundamental que o paciente seja avaliado e que todas as etapas do processo sejam documentadas.

Pós-Transporte:

1. Avaliação Final: Ao chegar ao destino, o paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem ou pelo médico responsável para assegurar que não houve nenhuma alteração em seu estado de saúde durante o transporte.
2. Registro do Transporte: Todos os detalhes do transporte, incluindo horários,

condições do paciente e quaisquer eventos adversos, devem ser registrados no prontuário do paciente e nos formulários de transporte.

Documentação e Arquivamento:

Os registros de transporte são fundamentais para o monitoramento da qualidade dos serviços prestados e para a análise de possíveis melhorias nos processos. Esses registros devem ser arquivados de acordo com as políticas internas do hospital e estar disponíveis para auditorias e revisões.

Conclusão

O transporte seguro de pacientes é um componente crucial na qualidade do atendimento hospitalar. Seguir um procedimento operacional padronizado garante que todos os envolvidos estejam cientes de suas responsabilidades e que o processo seja realizado de forma eficiente e segura. A adesão rigorosa às normas e legislações aplicáveis, aliada a um treinamento contínuo da equipe, é essencial para a proteção e o bem-estar dos pacientes durante todo o processo de transporte dentro do hospital.

IV. ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

1. Objetivo

Estabelecer diretrizes e procedimentos para a administração dos serviços de nutrição e dietética no hospital, garantindo a oferta de alimentação balanceada, segura e adequada às necessidades dos pacientes, conforme prescrições médicas e recomendações nutricionais.

2. Responsabilidades

1. Nutricionista Responsável:

- Planejar, coordenar e supervisionar todas as atividades relacionadas à nutrição e dietética hospitalar.
- Realizar avaliações nutricionais dos pacientes e elaborar planos alimentares personalizados.
- Coordenar a equipe de nutricionistas e técnicos em nutrição.
- Assegurar o cumprimento das normas sanitárias e de segurança alimentar.

2. Equipe de Nutricionistas:

- Realizar avaliação nutricional dos pacientes e prescrever dietas adequadas às suas condições clínicas.
- Monitorar a aceitação das refeições pelos pacientes e ajustar as dietas conforme necessário.
- Colaborar com a equipe multidisciplinar para a definição de intervenções nutricionais.

3. Técnicos em Nutrição e Dietética:

- Preparar, distribuir e monitorar as refeições de acordo com as dietas prescritas.
- Manter a higienização adequada dos alimentos e equipamentos utilizados no preparo das refeições.
- Registrar a produção e distribuição das refeições.

4. Equipe de Cozinha:

- Executar o preparo das refeições conforme as orientações e padrões estabelecidos pelo serviço de nutrição.

- Garantir a qualidade e a segurança dos alimentos, respeitando as normas sanitárias.

5. Equipe de Almoxarifado:

- Controlar o estoque de alimentos e outros insumos necessários para a produção das refeições.

- Garantir a correta armazenagem dos alimentos, respeitando as condições de temperatura e umidade recomendadas.

3. Documento de Referência

1. Legislação:

- Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004 - Estabelece o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação.

- Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018 - Dispõe sobre a prática do nutricionista em Alimentação Coletiva, incluindo hospitais.

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com diretrizes sobre alimentação hospitalar.

2. Normas e Diretrizes:

- Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos em Serviços de Saúde - ANVISA.

- Diretrizes para a Terapia Nutricional Enteral e Parenteral - Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (SBNPE).

3. Formulários Internos:

- Ficha de Avaliação Nutricional.
- Checklists de Inspeção de Cozinha e Almoxarifado.
- Relatório de Produção e Distribuição de Refeições.

4. Materiais Necessários

- Equipamentos de cozinha (fogão, forno, liquidificador, etc.).
- Utensílios de preparo e distribuição de alimentos (panelas, bandejas, talheres, etc.).

- Equipamentos de refrigeração e armazenamento (geladeiras, freezers, prateleiras, etc.).
- Equipamentos de proteção individual (EPIs) para a equipe (luvas, aventais, toucas, etc.).
- Materiais de higiene e limpeza para manutenção da cozinha e área de preparo.
- Software ou sistema de registro e acompanhamento das dietas e refeições.

5. Descrição / Execução

1. Importância da Administração de Nutrição e Dietética Hospitalar

A administração de nutrição e dietética hospitalar desempenha um papel crucial na recuperação e manutenção da saúde dos pacientes internados. A alimentação adequada e equilibrada é essencial para o processo de cura, fortalecimento do sistema imunológico e melhora do estado clínico dos pacientes. Além disso, a administração correta desse serviço ajuda a prevenir complicações decorrentes de má nutrição e auxilia no controle de doenças crônicas.

2. Planejamento de Dietas e Avaliação Nutricional

A administração de nutrição hospitalar começa com uma avaliação nutricional detalhada dos pacientes, realizada pela equipe de nutricionistas. Essa avaliação considera fatores como idade, peso, altura, condições clínicas e necessidades dietéticas especiais. Com base nessa avaliação, o nutricionista prescreve uma dieta personalizada para cada paciente, garantindo que as refeições forneçam os nutrientes necessários para o tratamento.

As dietas são classificadas em diferentes categorias, como dieta normal, dieta branda, dieta líquida, dieta hipossódica, entre outras, conforme as necessidades específicas dos pacientes. O planejamento das refeições deve considerar a variedade e a qualidade dos alimentos, respeitando as preferências alimentares e restrições culturais dos pacientes, sempre que possível.

3. Preparação e Distribuição das Refeições

O preparo das refeições deve seguir rigorosamente as orientações do serviço de nutrição e as boas práticas de manipulação de alimentos. A cozinha hospitalar deve estar equipada com os materiais e equipamentos necessários para garantir a segurança e a qualidade das refeições.

Os alimentos devem ser preparados em condições sanitárias adequadas, respeitando as temperaturas de cocção e armazenamento recomendadas. A equipe de cozinha deve utilizar EPIs adequados durante o preparo e a distribuição das refeições para evitar a contaminação dos alimentos.

Após o preparo, as refeições são distribuídas de acordo com os horários estabelecidos pelo hospital e as necessidades dos pacientes. A distribuição deve ser feita de maneira organizada e eficiente, garantindo que as refeições cheguem aos pacientes na temperatura e consistência adequadas.

4. Controle de Qualidade e Segurança Alimentar

A segurança alimentar é uma prioridade na administração de nutrição hospitalar. O controle de qualidade deve ser realizado em todas as etapas, desde a aquisição dos alimentos até a distribuição das refeições. Os alimentos devem ser adquiridos de fornecedores certificados e armazenados em condições adequadas para evitar a deterioração e a contaminação.

A higienização correta dos alimentos, equipamentos e utensílios é essencial para prevenir infecções alimentares. A equipe de nutrição deve realizar inspeções regulares na cozinha e nos locais de armazenamento para garantir o cumprimento das normas sanitárias.

Além disso, é importante monitorar a aceitação das refeições pelos pacientes. A equipe de nutricionistas deve acompanhar o consumo alimentar dos pacientes, identificar eventuais rejeições ou problemas de aceitação e fazer os ajustes necessários nas dietas.

5. Gerenciamento de Suprimentos e Estoque

O gerenciamento eficaz do estoque de alimentos e suprimentos é essencial para evitar a falta de ingredientes e garantir a continuidade do serviço de alimentação. O almoxarifado deve manter um controle rigoroso do estoque, monitorando as datas de validade e a quantidade disponível de cada item.

A reposição dos estoques deve ser feita de maneira planejada, considerando o consumo médio e a demanda do hospital. Em situações de emergência ou aumento da demanda, como surtos de doenças ou aumento da ocupação hospitalar, o plano de contingência do serviço de nutrição deve prever a adaptação da produção e distribuição de refeições para garantir o atendimento adequado a todos os pacientes.

6. Treinamento e Capacitação da Equipe

O treinamento e a capacitação contínua da equipe de nutrição e dietética são fundamentais para manter a qualidade dos serviços prestados. Os nutricionistas e técnicos devem participar regularmente de cursos e workshops sobre boas práticas de manipulação de alimentos, planejamento de dietas hospitalares e segurança alimentar.

A equipe de cozinha também deve ser treinada para seguir as normas sanitárias e os procedimentos estabelecidos pelo serviço de nutrição. Simulações e práticas supervisionadas podem ser realizadas para garantir que todos os membros da equipe estejam preparados para lidar com situações de emergência ou mudanças nas necessidades alimentares dos pacientes.

7. Legislação e Normas Aplicáveis

A administração de nutrição e dietética hospitalar deve seguir as diretrizes estabelecidas pela Resolução RDC nº 216/2004 da ANVISA, que define as boas práticas para serviços de alimentação. A Resolução CFN nº 600/2018 regulamenta a prática do nutricionista em hospitais, incluindo a elaboração e supervisão de dietas. Além disso, a Lei nº 8.080/1990 estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a alimentação adequada como parte do tratamento hospitalar.

Conclusão

Este POP visa garantir que a administração de nutrição e dietética hospitalar seja realizada de maneira eficiente, segura e alinhada com as necessidades dos pacientes. A aplicação rigorosa das normas sanitárias, o controle de qualidade, o planejamento adequado das dietas e a capacitação contínua da equipe são essenciais para o sucesso deste serviço. A alimentação hospitalar de qualidade é um componente fundamental no processo de recuperação dos pacientes e na promoção de um ambiente hospitalar saudável e seguro.

V. MONITORAMENTO DE TEMPERATURAS

1. Objetivo

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) tem como objetivo estabelecer as diretrizes e passos necessários para realizar o monitoramento adequado das temperaturas em áreas críticas da instituição de saúde, visando garantir a segurança e a qualidade de medicamentos, vacinas e outros produtos sensíveis à temperatura.

2. Aplicação

- Equipe de Enfermagem
- Técnico de Manutenção
- Gerente de Qualidade ou Segurança do Paciente

3. Documento de Referência

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

4. Materiais Necessários

- Termômetros digitais ou de mercúrio
- Planilhas de registro de temperatura
- Etiquetas de identificação para equipamentos refrigerados
- Alarmes de temperatura (opcional)

5. Descrição / Execução

1. Identificação de Áreas Críticas:

- Define-se as áreas críticas da instituição que requerem monitoramento de temperatura, como geladeiras, freezers, câmaras frias e incubadoras.

2. Calibração dos Termômetros:

- Antes do início do monitoramento, calibram-se os termômetros de acordo com as especificações do fabricante para garantir sua precisão.

3. Estabelecimento de Intervalos de Monitoramento:

- Define-se os intervalos de tempo para realizar o monitoramento das temperaturas em cada área crítica, levando em consideração a sensibilidade dos produtos armazenados.

4. Registro das Temperaturas:

- Utilizando planilhas de registro designadas para cada área, registra-se as temperaturas medidas em cada ponto de monitoramento em intervalos regulares.

5. Ação em Caso de Desvios de Temperatura:

- Estabelecem-se procedimentos para agir em caso de desvios de temperatura fora dos limites estabelecidos. Isso pode incluir a realização de ajustes nos equipamentos, transferência de produtos para outro local ou descarte, conforme necessário.

6. Manutenção dos Equipamentos:

- Realizam-se inspeções regulares nos equipamentos de refrigeração para garantir seu funcionamento adequado. Qualquer anomalia detectada deve ser relatada imediatamente à equipe de manutenção.

7. Monitoramento de Alarmes (se aplicável):

- Se houver sistemas de alarme de temperatura instalados, monitora-se regularmente os alarmes e toma-se medidas imediatas em caso de acionamento.

8. Avaliação de Tendências e Análise de Dados:

- Periodicamente, analisa-se os dados de monitoramento de temperatura para identificar tendências e padrões, permitindo a identificação precoce de problemas potenciais.

9. Treinamento da Equipe:

- Todos os funcionários envolvidos no monitoramento de temperatura recebem treinamento adequado sobre os procedimentos a serem seguidos e a importância do monitoramento preciso.

10. Revisão e Atualização do POP:

- O POP de Monitoramento de Temperaturas deve ser revisado regularmente para garantir sua eficácia e conformidade com as melhores práticas e regulamentações em monitoramento de temperatura.

VI. PREVENÇÃO DE QUEDAS E ACIDENTES

1. Objetivo

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelece as diretrizes e passos necessários para prevenir quedas e outros acidentes envolvendo pacientes e funcionários na instituição de saúde, visando garantir a segurança e o bem-estar de todos.

2. Aplicação

- Equipe de Enfermagem
- Equipe de Fisioterapia
- Equipe de Limpeza e Manutenção
- Gerente de Qualidade ou Segurança do Paciente

3. Documento de Referência

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

4. Materiais Necessários

- Sinalização de áreas de risco
- Barreiras de proteção (corrimãos, grades, etc.)
- Material antiderrapante para pisos
- Equipamentos de auxílio à mobilidade (andadores, bengalas, cadeiras de rodas, etc.)
- Material educativo para orientação de pacientes e familiares

5. Descrição / Execução

1. Identificação de Fatores de Risco:

- Realiza-se uma avaliação de risco para identificar os fatores que podem contribuir para quedas e acidentes, considerando condições físicas, cognitivas e ambientais dos pacientes,

bem como as atividades realizadas.

2. Plano de Cuidados Individualizado:

- Desenvolve-se um plano de cuidados individualizado para cada paciente, levando em consideração seus fatores de risco específicos e as medidas preventivas necessárias.

3. Orientação e Educação:

- Orienta-se os pacientes e seus familiares sobre os riscos de queda e medidas preventivas, fornecendo informações sobre a importância de manter a mobilidade segura e utilizar dispositivos de auxílio quando necessário.

4. Ambiente Seguro:

- Mantém-se o ambiente de cuidados limpo, organizado e livre de obstáculos, com sinalização adequada de áreas de risco e instalação de barreiras de proteção quando necessário.

5. Monitoramento Contínuo:

- Realiza-se um monitoramento contínuo dos pacientes, observando sinais de instabilidade, desequilíbrio ou comportamento de risco, e intervindo prontamente para prevenir quedas.

6. Uso Adequado de Dispositivos de Auxílio:

- Incentiva-se o uso adequado de dispositivos de auxílio à mobilidade, como andadores, bengalas ou cadeiras de rodas, fornecendo orientações e treinamento quando necessário.

7. Assistência na Mobilidade:

- Oferece-se assistência na mobilidade para pacientes com dificuldades de locomoção, garantindo que sejam acompanhados durante as atividades de transferência, deambulação ou uso

do banheiro.

8. Avaliação e Intervenção Multidisciplinar:

- Realiza-se uma avaliação multidisciplinar para pacientes de alto risco, envolvendo profissionais de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e outros especialistas, para desenvolver estratégias de prevenção personalizadas.

9. Registro e Documentação:

- Todas as quedas e incidentes são registrados e documentados de acordo com os procedimentos estabelecidos, incluindo detalhes da ocorrência, medidas tomadas e consequências para o paciente.

10. Revisão e Aprimoramento Contínuo:

- O POP de Prevenção de Quedas e Acidentes é revisado periodicamente para incorporar novas evidências e melhores práticas, garantindo sua eficácia contínua na promoção da segurança dos pacientes e funcionários.

VII. GERENCIAMENTO DE EMERGÊNCIAS E DESASTRES

1. Objetivo

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelece as diretrizes e passos necessários para o gerenciamento eficaz de emergências e desastres na instituição de saúde, visando proteger a vida dos pacientes, funcionários e visitantes, além de preservar a infraestrutura e minimizar danos em situações de crise.

2. Aplicação

- Comitê de Crise
- Equipe de Segurança
- Equipe de Gestão de Riscos
- Gerente de Qualidade ou Segurança do Paciente

3. Documento de Referência

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

4. Materiais Necessários

- Plano de contingência e emergência
- Mapas de evacuação e rotas de fuga
- Equipamentos de segurança (extintores, kits de primeiros socorros, etc.)
- Sistema de comunicação de emergência (interfones, megafones, etc.)
- Lista de contatos de emergência (bombeiros, polícia, serviços de ambulância, etc.)

5. Descrição / Execução

1. Identificação e Avaliação de Riscos:

- Identificam-se os possíveis cenários de emergência e desastres que podem afetar a instituição de saúde, avaliando sua probabilidade de ocorrência e impacto potencial sobre os pacientes, funcionários e infraestrutura.

2. Elaboração do Plano de Contingência:

- Desenvolve-se um plano de contingência e emergência que estabelece os procedimentos a serem seguidos em caso de diferentes tipos de emergências, incluindo incêndios, terremotos, inundações, entre outros.

3. Treinamento e Capacitação da Equipe:

- Oferece-se treinamento e capacitação regular para todos os funcionários sobre os procedimentos de emergência, incluindo evacuação, primeiros socorros, uso de equipamentos de segurança e comunicação em situações de crise.

4. Simulações e Exercícios de Emergência:

- Realizam-se simulações e exercícios de emergência periodicamente para testar a eficácia do plano de contingência, identificar áreas de melhoria e preparar a equipe para responder de forma adequada e coordenada em situações reais.

5. Alerta e Acionamento do Comitê de Crise:

- Em caso de emergência, aciona-se imediatamente o comitê de crise, que é responsável por coordenar as ações de resposta, mobilizando recursos, tomando decisões estratégicas e mantendo a comunicação com as autoridades competentes.

6. Evacuação e Salvamento:

- Em situações que exigem evacuação, seguem-se as rotas de fuga pré-estabelecidas, garantindo a segurança e o salvamento de pacientes, funcionários e visitantes, conforme as orientações do plano de contingência.

7. Atendimento Médico de Emergência:

- Providencia-se o atendimento médico de emergência aos pacientes afetados pela situação de crise, garantindo o acesso a cuidados de saúde adequados e a coordenação com os serviços de resgate e ambulâncias, se necessário.

8. Comunicação e Informação:

- Mantém-se uma comunicação clara e atualizada com todos os envolvidos na resposta à emergência, fornecendo informações precisas sobre a situação, orientações de segurança e instruções de evacuação, conforme necessário.

9. Apoio Psicossocial:

- Oferece-se apoio psicossocial aos pacientes, funcionários e familiares afetados pela situação de emergência, fornecendo suporte emocional, informações claras e acesso a recursos de assistência.

10. Avaliação pós-emergência e Lições Aprendidas:

- Realiza-se uma avaliação pós-emergência para analisar a eficácia da resposta, identificar lições aprendidas e recomendações para melhorias futuras, garantindo aprimoramento contínuo do plano de contingência e do sistema de gerenciamento de emergências.

VIII. PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Objetivo

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelece as diretrizes e passos necessários para garantir a correta preparação e administração de medicamentos na instituição de saúde, visando assegurar a segurança e eficácia do tratamento medicamentoso dos pacientes.

2. Aplicação

- Equipe de Enfermagem
- Equipe Médica
- Farmacêutico
- Gerente de Qualidade ou Segurança do Paciente

3. Documento de Referência

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

4. Materiais Necessários

- Medicamentos prescritos
- Equipamentos de proteção individual (EPI)
- Bandejas de medicação
- Seringas, agulhas e dispositivos de administração
- Diluentes, se necessário
- Equipamentos de medição (se aplicável)
- Lista de verificação de administração de medicamentos

5. Descrição / Execução

1. Identificação do Paciente:

- Verifica-se a identidade do paciente utilizando dois identificadores, como nome completo e data de nascimento, conforme as diretrizes institucionais de segurança do paciente.

2. Confirmação da Prescrição Médica:

- Verifica-se a prescrição médica do medicamento a ser administrado, assegurando que esteja corretamente preenchida, assinada e dentro do prazo de validade.

3. Higienização das Mãos e Preparo do Ambiente:

- Realiza-se a higienização adequada das mãos e prepara-se o ambiente de trabalho para o preparo e administração dos medicamentos, garantindo a limpeza e organização necessárias.

4. Preparo do Medicamento:

- Segue-se rigorosamente as instruções de preparo do medicamento conforme as recomendações do fabricante e as diretrizes institucionais, utilizando os diluentes, concentrações e técnicas apropriadas.

5. Verificação Dupla:

- Realiza-se uma verificação dupla do medicamento preparado, comparando-se a prescrição médica com o rótulo do medicamento e envolvendo outro profissional de saúde para confirmar a precisão e exatidão da preparação.

6. Administração Segura:

- Administra-se o medicamento ao paciente de acordo com a via prescrita (oral, parenteral, tópica, etc.), utilizando as técnicas assépticas e dispositivos adequados para garantir a segurança e precisão do procedimento.

7. Registro da Administração:

- Registra-se todas as informações pertinentes à administração do medicamento, incluindo data, horário, dose administrada, via de administração, local, e assinatura do profissional responsável, assegurando uma documentação precisa e completa.

8. Monitoramento do Paciente:

- Monitora-se o paciente após a administração do medicamento, observando-se qualquer reação adversa, efeitos colaterais ou alterações na condição clínica, e tomando-se as medidas apropriadas conforme necessário.

9. Descarte Adequado de Materiais:

- Descartam-se adequadamente os materiais utilizados na preparação e administração do medicamento, seguindo as diretrizes de segurança e descarte de resíduos da instituição e regulamentações vigentes.

10. Educação e Orientação ao Paciente:

- Fornecem-se informações ao paciente sobre o medicamento administrado, incluindo nome, finalidade, posologia, possíveis efeitos colaterais e orientações de uso, promovendo o uso seguro e eficaz do tratamento medicamentoso.

IX. PLANEJAMENTO E GESTÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

1. Objetivo

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) estabelece as diretrizes e passos necessários para realizar o planejamento e a gestão eficaz dos procedimentos cirúrgicos na instituição de saúde, garantindo a segurança, qualidade e eficiência dos serviços prestados.

2. Aplicação

- Equipe de Cirurgia
- Gerente de Bloco Cirúrgico
- Anestesiologistas
- Enfermeiros de Centro Cirúrgico

3. Documento de Referência

- Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

4. Materiais Necessários

- Agendas cirúrgicas
- Prontuários médicos e registros de saúde do paciente
- Equipamentos cirúrgicos e instrumentais
- Material esterilizado
- Equipe de enfermagem e auxiliares cirúrgicos
- Protocolos e diretrizes operacionais

5. Descrição / Execução

1. Agendamento e Triagem de Pacientes:

- Realiza-se o agendamento dos procedimentos cirúrgicos de acordo com a disponibilidade de salas e equipe, garantindo a triagem pré-operatória adequada para avaliação do estado de saúde do paciente e preparação para o procedimento.

2. Preparação do Ambiente Cirúrgico:

- Prepara-se o ambiente cirúrgico conforme as normas e diretrizes estabelecidas, garantindo a limpeza, organização e disponibilidade dos equipamentos e materiais necessários para o procedimento.

3. Revisão Pré-operatória:

- Realiza-se uma revisão pré-operatória completa do prontuário médico do paciente, incluindo histórico de saúde, exames laboratoriais, resultados de imagem e avaliação anestésica, para garantir que todas as precauções e medidas de segurança sejam tomadas.

4. Preparação da Equipe Cirúrgica:

- Prepara-se a equipe cirúrgica, incluindo cirurgiões, anestesiologistas, enfermeiros e auxiliares, através de briefing pré-operatório, revisão dos procedimentos a serem realizados, distribuição de responsabilidades e esclarecimento de dúvidas.

5. Checklist de Segurança Cirúrgica:

- Realiza-se um checklist de segurança cirúrgica antes do início do procedimento, verificando a identificação do paciente, procedimento a ser realizado, consentimento informado, alergias conhecidas, disponibilidade de equipamentos e materiais, entre outros aspectos críticos.

6. Monitoramento durante o Procedimento:

- Monitora-se continuamente o paciente durante todo o procedimento cirúrgico, incluindo sinais vitais, resposta ao tratamento anestésico, e ocorrência de quaisquer complicações ou intercorrências, garantindo uma resposta rápida e eficaz em caso de emergências.

7. Gestão de Materiais e Equipamentos:

- Gerencia-se de forma eficiente os materiais e equipamentos utilizados durante o procedimento cirúrgico, garantindo sua disponibilidade, esterilização adequada, e utilização conforme as boas práticas de segurança e higiene.

8. Comunicação e Coordenação Interdisciplinar:

- Mantém-se uma comunicação eficaz e coordenada entre os membros da equipe cirúrgica e demais profissionais envolvidos no cuidado do paciente, incluindo enfermeiros, técnicos, radiologistas, para garantir uma abordagem integrada e multidisciplinar.

9. Registro e Documentação:

- Registram-se detalhadamente todas as etapas do procedimento cirúrgico, incluindo horários de início e término, intervenções realizadas, materiais utilizados, complicações ocorridas, e quaisquer outras observações relevantes, assegurando uma documentação precisa e completa.

10. Avaliação Pós-operatória e Seguimento:

- Realiza-se uma avaliação pós-operatória do paciente, monitorando seu estado de saúde, gerenciando a dor pós-operatória, e fornecendo orientações e cuidados de acompanhamento adequados, garantindo uma recuperação segura e eficaz após o procedimento cirúrgico.

X. SEGURANÇA DO PACIENTE: CIRURGIA SEGURA

Metodologia de Busca da Literatura

Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa a partir de publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Órgãos de Classe, Sociedades de Profissão, documentos de hospitais e artigos científicos.

Palavra(s) chaves(s)

Segurança do paciente; Lista de verificação; Sala cirúrgica.

Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, tomaram-se por base as publicações dos últimos anos e foram utilizados os seguintes documentos: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Órgãos de Classe, documentos de hospitais dissertações e artigos científicos, totalizando 15 publicações entre os anos de 2000a 2019.

Introdução

O panorama da segurança em saúde é preocupante e ganhou notoriedade mundial. A assistência à saúde tornou-se um processo que se desenvolve em ambientes mais dinâmicos e especializados, uma vez que esta área se encontra em constante evolução.1,2

A intervenção cirúrgica integra os cuidados de saúde e as complicações em procedimentos operatórios tornaram-se importantes causas de morte e invalidez, trazendo implicações significativas à saúde pública. Há uma estimativa mundial de 234 milhões de cirurgias realizadas anualmente, uma intervenção para cada vinte e cinco pessoas vivas, com uma taxa de complicações maiores de 3% a 17%.[3] Evidências anteriores apontam que sete milhões de pacientes sofreram complicaçõescirúrgicas anualmente, dos quais 50% eram evitáveis.[4]

A Organização Mundial de Saúde (OMS), atenta ao problema da segurança dopaciente,

publicou em 2007-2008 o segundo Desafio Global para a segurança do paciente, o programa "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" propondo a implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVCS), também conhecido por checklist,com diretrizes e critérios de identificação, cujo objetivo era garantir a segurança dos pacientes cirúrgicos, com vistas à redução da taxa das principais complicações cirúrgicas.[5]. No mesmo ano, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu à campanha "Cirurgias Seguras Salvam Vidas" com o intuito de ampliar a adesão dos hospitais da lista elaborada por especialista e assim contribuir com as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente.[6]

Para que um ambiente se torne seguro, são necessárias a elaboração e a implementação de estratégias bem como ferramentas como protocolos, checklists entre outros.[7] Faz-se necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, percepções atitudes que irão concentrar para o empenho com intuito em diminuir o risco de eventos indesejáveis.[8]

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como depolíticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente.[9,10]

Portanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho definiu-se este Protocolo de Segurança do Paciente Cirurgia Segura, que contribuirá diretamente para a efetivação da qulaidade nos serviços assistenciais.

Justificativa

O alto número de procedimentos cirúrgicos traz consigo dados preocupantes. Umestudo investigou 7.688 pacientes, sendo 3.733 antes da utilização do *checklist* e 3.955 após o preenchimento do *checklist,* evidenciando redução de 36% nas complicações cirúrgicas, 47% na taxa de mortalidade, 50% nas taxas de infecção e 25% na necessidade de nova intervenção cirúrgica. Concluiu-se que o uso do *checklist* praticamente dobrou a chance de os pacientes serem submetidos a tratamento cirúrgico com padrões seguros de cuidados.[3]

A assistência cirúrgica é um componente essencial da assistência em saúde com tendência a crescimento à medida que as incidências de injúrias traumáticas, cânceres e doenças cardiovasculares continuam a aumentar. Contudo a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar danos consideráveis, muito dos quais são considerados evitáveis .[11]

Monitorar a implantação de protocolos de Cirurgia Segura ajuda a garantir a segurança

nas intervenções cirúrgicas.

Na tentativa de reduzir sérias complicações levando a perda de vidas, a proposta inicial para implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVCS) preconizado pela OMS contempla 10 objetivos imprescindíveis relacionados à segurança do paciente cirúrgico,a saber:[5,12]

- A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo;
- A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor;
- A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para a perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida;
- A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas;
- A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente;
- A equipe usará, de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico;
- A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas;
- A equipe manterá seguro e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos;
- A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação;
- Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, o volume e os resultados cirúrgicos.

Nesse sentido, esse Protocolo deverá ser aplicado em todos os serviços de saúde de Unidades de Saúde Administrados pela ABEAS que realizem procedimentos cirúrgicos, sejam terapêuticos ou diagnósticos, com o objetivo de garantir uma assistência segura.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Não se aplica

Diagnóstico Clínico ou Situacional

O problema de segurança cirúrgica tem aumentado pelo mundo inteiro podendo ser imputado a falta de infraestrutura, de materiais, efetiva esterilização dos instrumentais cirúrgicos, a qualidade das medicações, problemas administrativos das instituições, dificuldade no controle das infecções que podem diminuir com o uso da profilaxia antimicrobiana adequada, educação em serviço e recursos financeiros. Desse modo, o movimento global realizado pela OMS tem como propósito estimular a assistência cirúrgica mais segura para salvar vidas de milhões de pessoas pelo mundo. [12] Em torno de 48% de eventos adversos (EA) ocorridos em um hospital, foram associados a procedimentos cirúrgicos e anestésicos que ocorreram em sala operatória, destes de 30% a 50% evitáveis.[13]

Critérios de Inclusão

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVCS) deverá ser aplicada em todos os estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde em pacientes admitidos para procedimento cirúrgico em regime de internação e regime ambulatorial nas unidades da ABEAS.

Critérios de Exclusão

Pacientes que não serão submetidos a procedimento cirúrgico em unidades de saúde.

Conduta

O protocolo tem como finalidade determinar medidas a serem implantadas para redução de ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, nolocal correto e no paciente correto, por meio do uso da LVCS.[14]

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVCS) foi elaborada com base na LVCS desenvolvida pela OMS e contribui para a percepção do risco e consiste no primeiro passo para a mudança prática efetiva de medidas preventivas, ajudando a recordar todas as tarefasde cada etapa da operação cirúrgica: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala cirúrgica.

Os fundamentos da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVCS) são estruturados em três princípios, a saber: simplicidade, ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração[12]. A Lista de Verificação ajudará a assegurar que as equipes sigam de maneira consistente as etapas críticas de segurança e, assim, minimizem os riscos evitáveis mais comuns, para a vida e o bem-estar dos pacientes cirúrgicos.

A LVCS deverá constar no prontuário do paciente **(Anexo I)**

As verificações de segurança devem estar completas com vista à confirmação da segurança do procedimento. A LVCS requer a presença de um condutor, preferencialmente que seja mantido o mesmo condutor do início ao fim do procedimento. Em casos de troca de plantão ou intercorrências com o condutor durante a cirurgia, o profissional que assumir o próximo turno dará continuidade à lista.

A LVCS poderá sofrer adaptações para os procedimentos eletivos ambulatoriais e procedimentos de emergência com risco iminente de morte a serem realizadas pelos Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) em parceria com as equipes assistenciais, respeitando-se os princípios da cirurgia segura.

Definições:

Lista de Verificação: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos;

Condutor da Lista de Verificação: profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde;

Equipe cirúrgica: equipe composta por cirurgiões, anestesiologistas, profissionais de enfermagem e todos os profissionais envolvidos na cirurgia;

Segurança anestésica: conjunto de ações realizadas pelo anestesiologista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico,

da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;

Termo de esclarecimento e responsabilidade (TER) – termo utilizado para informar ao paciente e/ou responsável os riscos e benefícios do procedimento cirúrgico a que será submetido, explicar aspectos relevantes da técnica que será utilizada, esclarecer dúvidas e confirmar a concordância com o procedimento por meio da obtenção da assinatura do paciente ou responsável, do cirurgião e do anestesiologista.(Anexo 1,2).

Competências:

Compete à Equipe de Saúde da Unidade Assistencial: realizar corretamente as práticas de cirurgia segura em todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, seguindo as orientações desse protocolo. Notificar eventos adversos ocorridos relacionados aos procedimentos cirúrgicos;

Compete ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP): coordenar o processo de implantação das práticas de cirurgia segura juntamente com o gerente e/ou supervisor do Centro Cirúrgico, de acordo com este protocolo. Realizar visitas a fim de supervisionar e acompanhar o processo. Fomentar a prática de notificação dos eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos pela equipe assistencial.

Etapas de realização do *checklist* cirúrgico:

Na Unidade de Internação / Unidade Ambulatorial

Equipe Médica (cirurgião principal e/ou assistente e anestesiologista):

Avaliar o paciente e preencher: anamnese e exame físico, consentimentos cirúrgicos e anestésicos, avaliação pré-anestésica. Esta avaliação deverá ocorrer, pelo menos, com 24 horas prévias ao procedimento cirúrgico.

Obter o consentimento do paciente através do preenchimento do TER por meio de uma linguagem de fácil compreensão pelo paciente. O TER deve ser assinado pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipecirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico. Pode-se abrir mão desta etapa em casos de emergência com ameaça a vida ou ao membro. O TER deve ser físico e arquivado por 20 anos além de serregistrado no prontuário do paciente. O local da intervenção deverá obrigatoriamente estarregistrado no TER.

Este termo deve ser preenchido em duas vias sendo uma delas arquivada no prontuário do paciente e a outra entregue ao paciente ou responsável. (ANEXO II e III).

Realizar a marcação do sítio cirúrgico: a demarcação do local (is) a ser(em) operado(s) deve ser feita de modo a permitir sua visualização após a colocação do campo operatóriocom caneta dermatológica permanente. Deve ser claramente visível, sem ambiguidades. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entredireita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) eníveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral), e deve ser realizada de acordo com a padronização descrita abaixo, e com os procedimentos

operacionais da cirurgia segura. Ressalta-se que a demarcação cirúrgica é de responsabilidade do médico cirurgião que realizará o procedimento ou estará presente no ato cirúrgico. O paciente deve ser envolvido na demarcação do sítio cirúrgico, sempre que possível.

Símbolo padronizado para a demarcação: o alvo, conforme exemplo abaixo. Devem-seevitar marcas ambíguas como "X".



Padronização da demarcação:

- Órgãos múltiplos: demarcar na pele exatamente na localização anatômica do órgão a seroperado: ex. pulmões, rins, suprarrenal, testículos e ovários;
- Coluna Vertebral: demarcar nível da coluna: ex. cervical, torácica, lombar e sacral;
- Estruturas múltiplas: orelha, dedos das mãos e dos pés, costelas: demarcar o local;

-Cirurgias Oftálmicas: demarcar a região frontal acima da sobrancelha do olho da intervenção.

Particularidades:

- Pacientes com imobilizadores: demarcar acima do imobilizador do membro da intervenção;

-Cirurgias Plásticas e Varizes: a demarcação deve ser específica, atendendo as necessidadesdo procedimento;

- Recusa de demarcação: anotar a recusa da demarcação no prontuário do paciente, informardocal da intervenção no TER e lateralidade (se aplicável). Assinalar o local de intervenção nos exames de imagem se possível;

Crianças com idade inferior a 30 dias e prematuros: informar o local da intervenção e lateralidade (se aplicável) no TER. Não demarcar a pele;

- Casos de emergência: a demarcação não é obrigatória, porém o médico responsável deve registrar o local de intervenção e lateralidade no prontuário;
- Cirurgias de buco-maxilo, odontológicas e neurológicas: demarcar o exame de imagem e descrever o local no TER;

- Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora.

Equipe de anestesia:

✓ Realizar avaliação pré-anestésica: a avaliação pré-anestésica (APA) é uma avaliação clínica que precede os cuidados anestésicos necessários à realização de cirurgia ou ao procedimento;

✓ Obter TER para anestesia e sedação, que deverá ser assinado pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico anestesiologista.

Atenção:

1. O paciente não deverá ser encaminhado para o Centro Cirúrgico ou à Sala de Operação sem o **TER devidamente preenchido e assinado pelo médico e paciente ou responsável**;

2. Todo procedimento cirúrgico, terapêutico invasivo não cirúrgico e anestésico deve ser explicado antecipadamente ao paciente ou ao seu representante quando tratar-se de incapaz (menores de idade, senilidade, estados confusionais, etc), pelo médico executor ou que participará do procedimento, salvo em risco iminente de morte. Conformidade ao artigo 22 do capítulo IV do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, resolução nº 2.222/2018 e 2.226/2019.[15] Artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº8.0780/90);

3. Nas amputações e transplante de órgãos, o **TER** deve constar também de assinaturas de testemunhas.

Equipe de enfermagem:

✓ Avaliar o paciente e preencher a avaliação inicial de Enfermagem;

✓ Orientar quanto à retirada órteses, próteses e adornos do paciente;

✓ Checar e registrar no prontuário do paciente a realização de jejum, preparos e medicamentos previamente prescritos;

✓ Encaminhar juntamente com o paciente os exames relevantes para a realização do procedimento cirúrgico;

Confirmar se o paciente apresenta o TER devidamente preenchido;

✓ Após todos os itens listados anteriormente estarem em conformidade, à equipe de enfermagem encaminha o paciente ao Centro Cirúrgico.

Na Chegada ao Centro Cirúrgico

Equipe cirúrgica:

✓ A equipe de enfermagem recebe o paciente na entrada do Centro Cirúrgico e realiza o acolhimento do paciente;

✓ Verificar a identificação do paciente. Todo paciente deverá portar pulseira de identificação de cor branca, conforme "Protocolo de Segurança: identificação do usuário";

✓ Verificar a assinatura do TER cirúrgico com lateralidade /sítio (quando aplicável). Estas etapas deverão ser realizadas checando registros e exames do paciente. Sempre quepossível, realizá-la envolvendo o paciente, acordado e consciente. Nos casos de menores deidade e incapazes, o responsável legal deverá participar do processo.

✓ Caso seja encontrada alguma não conformidade, **o paciente não poderá ser encaminhadoà sala de cirurgia**, devendo permanecer na sala de admissão do Centro Cirúrgico até que asnão conformidades sejam regularizadas.

Na Sala de Cirurgia

EXECUÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO

✓ A equipe da Sala Cirúrgica deverá designar o condutor da LVCS;

✓ O condutor deverá realizar a LVCS em 3 (três) momentos distintos;

✓ A condutor realiza todas as etapas em voz alta checando com as pessoas adequadas para assegurar que as ações-chave foram realizadas.

Primeira etapa - Checagem antes da Indução Anestésica:

✓ Identificação do paciente: o condutor confirma verbalmente com o paciente (quando possível) a sua identidade, o procedimento, o local e o consentimento para a cirurgia;

✓ TER: confirma se o consentimento para a cirurgia foi assinado;

✓ Procedimento previsto: confere se o procedimento previsto está correto;

✓ Local da cirurgia: confere se o local está correto, conferindo a lateralidade (quando aplicável);

✓ Demarcação do local da cirurgia: confirma visualmente a demarcação no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade,múltiplas estruturas ou múltiplos níveis;

✓ Materiais e equipamentos: verifica se os materiais e equipamentos necessários estão disponíveis em sala;

✓ Exames de imagem e laboratoriais: verifica a acessibilidade aos exames;

✓ Equipamentos da anestesiologia e medicação: confirmar com o anestesiologista se concluída a verificação dos equipamentos e medicação;

✓ Averiguar com a equipe quanto à existência de alergia conhecida, via aérea difícil ou risco de aspiração e risco de perda sanguínea >500ml que necessite reserva de hemocomponentes;

✓ Certificar quanto a reservas de hemocomponentes e acessos adequados (se necessário).

NOTA: Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função, respondendo as mesmas perguntas.

Segunda etapa - Antes da Incisão Cirúrgica:

O momento antes da incisão cirúrgica ocorre na presença do cirurgião principal e/ou assistente antes que ocorra a incisão da pele do paciente.

- O condutor realiza a checagem em voz alta conferindo com o cirurgião principal e/ouassistente antes todos os itens relativos antes da incisão cirúrgica.

✓ Apresentação de cada integrante da equipe pelo nome e função. Se já passaram metade do dia de cirurgia juntos, a equipe pode simplesmente confirmar se todos na sala se conhecem;

✓ A equipe deverá pausar imediatamente antes da incisão cirúrgica para confirmar em voz alta que estão realizando a cirurgia certa no paciente certo, no sítio cirúrgico certo;

✓ A revisão verbal, uns com os outros, da previsão de eventos críticos de seus planos para a cirurgia;

O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião,

anestesiologista e enfermagem a respeito de riscos graves e planejamentos operatórios. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc;

✓ Confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica: o condutor perguntará em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados nos últimos 60 minutos antes da incisão da pele. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesiologista) deverá realizar a confirmação verbal;

✓ Verificar os equipamentos, materiais e reservas e, em caso contrário, suspender a cirurgia.

Cirurgião

✓ Etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista?

Equipe de anestesiologista

✓ Alguma preocupação específica em relação ao paciente?

Equipe de enfermagem

✓ Materiais e equipamentos necessários disponíveis em sala;

✓ A confirmação verbal da revisão das condições de esterilização e materiais necessários para cirurgia incluindo resultados dos indicadores.

NOTA: Na presença de qualquer não conformidade, o condutor tem autonomia para parar oprocesso até que ocorra a regularização da mesma.

Terceira etapa - Antes do Término do Procedimento:

Antes do término do procedimento, o condutor juntamente com toda a equipe em sala, realiza essa etapa antes do paciente sair da sala de cirurgia.

✓ Contagem de instrumentais, compressas e materiais pérfuro-cortantes: o profissional de enfermagem circulante ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas, gazes e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta a contagem deve ser verificada antes da sutura. A conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada. Os materiais utilizados no procedimento cirúrgico devem ser radiopacos para confirmação, em casode necessidade. No caso de utilização de materiais de OPME, deve conferir todo o material utilizado;

✓ Confirmar se todos os espécimes cirúrgicos estejam corretamente rotulados/identificados com nome completo do paciente, data de nascimento, registro SES, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem, data da coleta e quaisquer outras indicações orientadoras. Para confirmação é necessário queum membro da equipe leia em voz alta o rotulo e outro confirme verbalmente as informações;

Benefícios Esperados

Reduzir a ocorrência de eventos adversos ocasionados devido a não implantação da LVCS nas unidades da Rede.

Elevar os padrões de qualidade em serviços de assistência à saúde por meio de práticas seguras para uma cirurgia segura

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

O objetivo do TER é informar ao paciente e/ou seu responsável sobre o procedimento cirúrgico e anestésico ao qual será submetido, seus riscos e benefícios. O paciente, ou responsável deve ter tempo hábil para ler atentamente e ter oportunidade para esclarecer dúvidas. Ao final deve assinar e datar, tanto o paciente como o médico.

A realização do procedimento estará sujeita ao aceite do paciente ou responsável, e ao preenchimento do Termo de Consentimento Esclarecido completo. (ANEXO II).

Regulação/Controle/Avaliação pelo GestorINDICADORES MENSAIS

1) Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura

$$\frac{Número\ de\ adesão\ da\ LVCS}{}$$

$$Número\ de\ procedimentos\ \ cirúrgicos \text{ x100}$$

Relação percentual entre o número de procedimentos cirúrgicos realizados com a execução da Lista de Verificação em uma unidade de saúde no período de um mês e o número total deprocedimentos cirúrgicos realizados nesta unidade no mesmo período.

- ✓ Periodicidade: Mensal

2 – Taxa de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico

$$\frac{Número\ de\ eventos\ adveros\ relacionados\ ao\ procedimento\ cirúrgico}{Número\ total\ de\ eventos\ adversos} \text{ x100}$$

Relação percentual entre o número de eventos adversos relacionados aos procedimentos cirúrgicos notificados em uma unidade de saúde no período de um mês e o número total de eventos adversos notificados nesta unidade no mesmo período.

- ✓ Periodicidade: mensal

3- Taxa de pacientes que receberam o antibiótico profilático corretamente no Intra Operatório(medicamento e tempo)

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pacientes que receberam corretamente o antibiótico x 100}}{\text{Total de pacientes com indicação de profilaxia antimicrobiana}}$$

- ✓ Periodicidade: mensal

Os resultados dos indicadores deverão ser realizados análise do processo assistenciale divulgação dos dados.

NOTIFICAÇÕES

Em caso de ocorrência de não conformidades ou quase erros, de acordo com a lista de verificação das etapas da cirurgia, as mesmas devem ser notificadas às coordenações do Centro Cirúrgico.

Caso ocorra um evento adverso grave (ex: cirurgia em parte errada do corpo ou cirurgia em paciente errado), o evento deve ser relatado de Notificação de Eventos AdversosGraves

–) e encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Referências Bibliográficas

1- SOUZA, L. P.; BEZERRA, L. L, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; CARNEIRO, F. S.;

2- PARANAGUÁ, T. T. B.; LEMOS, L. F. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Revista Enfermagem, v. 19, n. 1, p. 127-133, jan./mar. 2011.

3- MAFRA CR, Rodrigues MCS. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar.; 10(1):268-275. DOI: http://dx.doi.org/ 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275

4- HAYNES, A.B *et al*. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a globalpopulation. The New England Journal of Medicine, n. 360, p. 491- 499, 2009. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1914493

5- WEISER, T. G.; REGENBOGEN, S. E.; THOMPSON, K. D.; HAYNES, A. B.; LIPSITZ, S. R.; BERRY, W. R. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy basedon available data. The Lancet, v. 372, n. 9633, 2008. p. 139-144.

6- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. World Alliance for Patient Safety. Forward Programe 2008-2009. Geneva: WHO, 2008.

7- BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RDC 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2013

8- Böhmer AB, Wappler F, Tinschmann T, Kindermann P, RixenD, Bellendir M, et al. The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. Acta Anaesthesiol Scand [Internet]. 2012 [cited 2018 15 Mai];56:332- 338. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22188 135

9- KOHN, LT; CORRIGAN, JM; DONALDSON, MS. To err is human: building a safer health

system. Washington, DC (US): National Academy Press, 2000.

10- WHO. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO, 2009.

11- WHO -ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conceptual Framework for the InternationalClassification of Patient Safety: final technical report, 2009.

12- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde- Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática – 2017 Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/.../Livro1-ssistencia_Segura.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

13- WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. Implementation manual: who surgical safetychecklist. 2009. Disponível em: Acesso em: 07 mai. 2018.

14- FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, v. 10, p. 17-26, 2010. Disponível em: Acesso em: 14 mai. 2018.

15- SHEKELLE PG, PRONOVOST PJ, WACHTER RM, MCDONALD KM, SCHOELLES K, DY SM, ET AL. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Annals of Internal Medicine. 2013;158(5_Part_2):365-8

16- 15 Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificadapelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

ANEXO I - TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

Eu,_____, inscrito no CPF nº _____ autorizo o (a) Dr (a) _____ e seus assistentes a realizar a cirurgia como forma de tratamento para _____.

Autorizo também qualquer outro procedimento,exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possamocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Declaro que recebi todas as informações necessárias pelo médico quanto aos possíveis riscos, benefícios diante da natureza da (s) enfermidade diagnosticada (s).

Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Compreendo que durante o(s) procedimento(s):__para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas.

Confirmo que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Nome;____RG:__ Data de nasc :__Grau de parentesco :____

Brasília ,___de de 20.

_____

Assinatura do paciente/representante legal

ANEXO II -TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER PARA PROCEDIMENTO ANÉSTESICO

Paciente: _____ CPF: _____

Autorizo a equipe anestésica a executar em mim ou para o paciente pelo qual estou responsável o seguinte procedimento anestésico _____.

O procedimento anestésico/sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Eu reconheço que não exista nenhuma garantia sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado.

Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Paciente Assinatura:_____ xxxxxxxxxxx :__/__/__.

Nome legível:_____ Assinatura:_____

Grau de parentesco:____Doc. Identidade nº_ xxxxxx :__/__/__.

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Expliquei sobre o procedimento anestésico ou de sedação, assim como os benefícios, riscos e alternativas ao paciente acima identicado(a) e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas satisfatoriamente. Sob meu ponto de vista, o(a) paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi transmitido.

Médico:_____ CRM:__Assinatura:__

Brasília:__/__/__.

XI. NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NAS ENFERMARIAS DA CLÍNICA MÉDICA E CLÍNICA CIRÚRGICA

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º. O Documento tem por objetivo dispor sobre as Normas e Rotinas do Serviço de Fisioterapia nas enfermarias da Clínica Médica e Clínica Cirúrgica: composição da equipe de fisioterapeutas, seu funcionamento, bem como estabelecer as atribuições dos Fisioterapeutas lotados junto àsestas unidades.

Art. 2º. Fisioterapeuta é um Profissional de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço (COFFITO, definição de fisioterapeuta).

Art. 3º. O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil (Resolução COFFITO nº 424, de 08 de Julho de 2013, Art. 4º**)**.

Art. 4º. Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, definição de fisioterapia).

CAPITULO II COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO

Art. 5º. Trata-se de um serviço vinculado à área assistencial, as Divisões de Gestão do Cuidado e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e à Gerência de Atenção à Saúde, com funcionamento de segunda a sexta-feira, com cobertura mínima de 12 horas diárias, nos períodos matutino e vespertino.

Art. 6º. O Serviço de Fisioterapia é composto por profissionais que realizam atendimento aos usuários, inclusive atuando juntamente aos familiares e acompanhantes, ministrando treinamento e orientando os mesmos quanto aos cuidados no pós-alta.

Art 7º. O fisioterapeuta cumpre a rotina de passagem de plantão, avaliação e reavaliação, intervenções Fisioterapêuticas, visita Multiprofissional, evolução e registros em prontuários, informações e orientações a familiares e pacientes, e demais membros da equipe.

Parágrafo Único: Em caso de Licenças e Afastamentos, férias ou ausência do profissional responsável pela respectiva Unidade, a chefia imediata, juntamente com a chefia da Unidade Multiprofissional e do Responsável Técnico do Serviço de Fisioterapia, decidirá sobre tais casos.

CAPÍTULO III
DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Art. 8°. As atribuições e competências do(a) Fisioterapeuta, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas(os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras. De acordo com as Resoluções do COFFITO e com a Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos dos Hospitais, na área assistencial (Novembro/2014), segue atribuições do fisioterapeuta nas ClínicasCirúrgica e Clínica Médica:

- Avaliar o estado funcional do cliente, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.

- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar os projetos fisioterapêuticos, a sua eficácia, a sua resolutividade e as condições de alta do cliente submetido a estas práticas de saúde.

- Estabelecer rotinas para a assistência fisioterapêutica, fazendo sempre as adequações necessárias.

- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do quadro funcional do cliente, sempre que necessário e justificado.

- Recorrer a outros profissionais de saúde e/ou solicitar pareceres técnicos especializados, quando necessário.

- Reformular o programa terapêutico sempre que necessário.

- Registrar no prontuário do cliente, as prescrições fisioterapêuticas, sua evolução, as intercorrências e as condições de alta da assistência fisioterapêutica.

- Integrar a equipe multiprofissional de saúde, sempre que necessário, com participação plena na atenção prestada ao cliente.

IV - Desenvolver estudos e pesquisas relacionados a sua área de atuação.

- Colaborar na formação e no aprimoramento de outros profissionais de saúde, orientando estágios e participando de programas de treinamento em serviço.

- Efetuar controle periódico da qualidade e da resolutividade do seu trabalho.

- Elaborar pareceres técnicos especializados sempre que solicitados (COFFITO, atribuições).

- Atender pacientes para prevenção, habilitação e reabilitação, utilizando protocolose procedimentos específicos de fisioterapia;

- Prescrever órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico (Portaria SAS/MS Nº 661, de 02 de dezembro de 2010);

- Desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida; XVI - Participação em comissões e conselhos;

XVII - Realizar ações de promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação; XVIII - Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

CAPÍTULO IV DAS ROTINAS

Art. 9°. O fisioterapeuta, enquanto participante da equipe multidisciplinar da instituição e visando praticar o exercício de sua profissão de forma interdisciplinar, deve colaborar com os seus conhecimentos na assistência ao ser humano, devendo envidar todos os esforços para o desenvolvimento de um trabalho harmônico na equipe. Para tanto, as condutas devem ser sistematizadas, baseadas em evidências científicas e nas boas práticas. Sendo assim, são procedimentos rotineiros na atuação dos fisioterapeutas das unidades Clínica Cirúrgica e Clínica Médica:

– Identificar-se e apresentar-se perante a equipe multidisciplinar, os clientes/pacientes/usuários e seus familiares/cuidadores;

– Participar das visitas multidisciplinares e discussões interdisciplinares, a fim de conhecer o quadro clínico dos clientes/pacientes/usuários e proporcionar uma assistência de maior qualidade;

– Discutir o caso dos clientes/pacientes/usuários, sempre que julgar necessário e pertinente;

– Verificar, sistematicamente, no início de cada turno de trabalho, as solicitações de interconsulta fisioterapêutica;

– Documentar todas as condutas efetuadas no prontuário dos clientes/pacientes/usuários;– Coletar de forma sistemática indicadores sobre a qualidade do atendimento e da evolução do quadro funcional dos clientes/pacientes/usuários;

- Informar ao cliente/paciente/usuário quanto à consulta fisioterapêutica, diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos, objetivos do tratamento, condutas e procedimentos a serem adotados, esclarecendo-o ou o seu responsável legal (Resolução COFFITO nº 424, de 08 de Julho de 2013, Art. 14º, inciso V**);**

– Atuar, quando solicitado pela instituição e desde de que respeitados o Código de Ética e Deontologia da fisioterapia, as atribuições do profissional fisioterapeuta e as legislações pertinentes à profissão, como preceptor ou orientador na formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação;

No exercício da docência, preceptoria, pesquisa e produção científica, o fisioterapeuta deverá nortear sua prática de ensino, pesquisa e extensão nos princípios deontológicos, éticos e bioéticos da profissão e da vida humana, observando:

- que é responsável por intervenções e trabalhos acadêmicos executados por alunos sob sua supervisão;
- que é responsável por ações realizadas por residentes sob sua preceptoria;
- que deve primar pelo respeito à legislação atinente aos estágios, denunciando ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional qualquer fato que caracterize o exercício ilegal da profissão pelo acadêmico ou sujeição do acadêmico a situações que não garantam a qualificação técnico-científica do mesmo (Resolução COFFITO nº 424, de 08 de Julho de 2013, Art. 41º, incisos II, IV e VI**);**

X - Prescrever órteses e próteses não-relacionadas ao ato cirúrgico, retirando as medidas antropométricas do cliente/paciente/usuário necessárias à confecção das mesmas.

CAPÍTULO V DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10º. Os casos omissos serão resolvidos pelas Chefias das Unidades das Clínicas Cirúrgica e Médica, Unidade Multiprofissional, em conjunto com o Responsável Técnicodo Serviço de Fisioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424, de 08 de julho de 2013).

II. Portaria SAS/MS Nº 661, de 02 de dezembro de 2010, o Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece a competência dos profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais naprescrição de órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico.

III. COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

IV. EBSERH; Descrição sumária das atribuições dos cargos dos Hospitais Universitários Federais. Nov. 2014.

XII. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO CLÍNICA AMBULATORIAL

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo estabelecer normas e rotinas do Serviço de Fisioterapia na Reabilitação Clínica Ambulatorial, proporcionando um atendimento de qualidade e segurança para os pacientes. Visa orientar os profissionais da fisioterapia e garantir um tratamento individualizado, eficiente e em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela unidade de saúde.

2. OBJETIVOS

- Proporcionar reabilitação funcional aos pacientes com condições clínicas que comprometam o movimento e a funcionalidade corporal.
- Prevenir complicações, promover a recuperação e maximizar a independência funcional.
- Estabelecer critérios de avaliação, tratamento e monitoramento dos pacientes atendidos no ambulatório de fisioterapia.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes encaminhados para fisioterapia ambulatorial, com diagnóstico clínico que indique a necessidade de reabilitação física, como:

- Lesões ortopédicas (fraturas, luxações, entorses, etc.);
- Doenças neurológicas (AVC, Parkinson, esclerose múltipla, etc.);
- Doenças respiratórias crônicas (DPOC, fibrose cística, etc.);
- Doenças cardíacas (reabilitação cardíaca pós-cirúrgica ou infarto);
- Pacientes pós-operatórios de cirurgias ortopédicas ou neurológicas.

4. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A equipe de fisioterapia ambulatorial deverá trabalhar em integração com outros

profissionais de saúde, incluindo:

- Médicos fisiatras e ortopedistas;
- Enfermeiros;
- Nutricionistas;
- Psicólogos;
- Assistentes sociais;
- Terapeutas ocupacionais;
- Outros profissionais de saúde conforme a necessidade do paciente.

Essa abordagem multidisciplinar visa garantir uma reabilitação abrangente, focando na recuperação física, emocional e social do paciente.

5. AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA INICIAL

A avaliação inicial deve ser realizada na primeira consulta do paciente e incluir:

I. Histórico clínico detalhado: Identificação de queixas principais, diagnóstico médico, histórico de doenças anteriores, cirurgias, tratamentos anteriores e uso de medicamentos.
II. Exame físico e funcional: Avaliação da amplitude de movimento, força muscular, postura, equilíbrio, coordenação, padrão de marcha e função respiratória, se aplicável.
III. Avaliação de dor: Localização, intensidade (Escala Visual Analógica - EVA), fatores agravantes e atenuantes.
IV. Definição de metas terapêuticas: Com base nas necessidades individuais e no diagnóstico do paciente, estabelecem-se metas de curto, médio e longo prazo para o tratamento.
V. Planejamento terapêutico: Elaboração de um plano de tratamento específico, incluindo as técnicas fisioterapêuticas a serem aplicadas, frequência e duração das sessões.

6. PLANO TERAPÊUTICO

O plano terapêutico deve ser baseado nas seguintes modalidades, de acordo com as necessidades do paciente:

I. Cinesioterapia: Exercícios terapêuticos para melhorar a mobilidade, força e flexibilidade, adequados ao quadro clínico do paciente.
II. Eletroterapia: Aplicação de corrente elétrica (TENS, FES, ultrassom) para controle da dor e estimulação muscular.
III. Termoterapia e Crioterapia: Uso de calor ou frio para aliviar dores musculares e articulares e promover relaxamento ou redução da inflamação.
IV. Alongamento: Técnicas de alongamento muscular para melhorar a flexibilidade e prevenir retrações.
V. Treino de marcha e equilíbrio: Intervenções para reeducação da marcha e melhora da estabilidade, especialmente em pacientes neurológicos e pós-operatórios.
VI. Treinamento funcional: Exercícios voltados à melhoria das atividades diárias e do desempenho funcional do paciente.

7. FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DAS SESSÕES

I. As sessões de fisioterapia ambulatorial terão duração de 45 a 60 minutos, conforme a complexidade do quadro clínico.
II. A frequência das sessões será determinada após avaliação inicial, podendo variar de 1 a 5 vezes por semana, de acordo com a gravidade e fase da reabilitação.
III. O período total de tratamento será revisado a cada 4 semanas, com reavaliações regulares para ajuste do plano terapêutico.

8. ACOMPANHAMENTO E REAVALIAÇÃO

I. A cada 4 semanas, os pacientes devem ser submetidos a uma reavaliação para verificar a evolução do quadro, ajustando as técnicas e metas terapêuticas conforme necessário.
II. O fisioterapeuta deve monitorar continuamente os sinais e sintomas durante o tratamento, registrando qualquer alteração relevante no prontuário do paciente.
III. Caso o paciente não apresente melhora após três meses de tratamento, a equipe multidisciplinar será acionada para revisão do caso.

9. ALTA FISIOTERAPÊUTICA

A alta do paciente será indicada quando:

I. As metas terapêuticas estabelecidas no plano de tratamento forem atingidas.
II. O paciente atingir independência funcional ou o máximo de recuperação possível dentro das limitações clínicas.
III. Em casos de não adesão ou abandono do tratamento, após tentativa de contato com o paciente e familiares.

10. REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO

Todos os atendimentos devem ser registrados em prontuário, contendo:

I. Data da sessão;
II. Técnicas e exercícios aplicados;
III. Avaliação da evolução clínica do paciente;
IV. Alterações no plano terapêutico, se houver;
V. Assinatura e carimbo do fisioterapeuta responsável.

Relatórios periódicos devem ser elaborados para atualização do médico solicitante e da equipe multidisciplinar.

11. MEDIDAS DE SEGURANÇA E BIOSSEGURANÇA

I. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) como luvas, máscaras e aventais é obrigatório sempre que houver risco de contato com fluidos corporais ou materiais biológicos.
II. Higienização das mãos antes e após cada atendimento.
III. Limpeza e desinfecção dos equipamentos de fisioterapia antes e após o uso por cada paciente.
IV. Garantir um ambiente seguro, com prevenção de quedas, posicionamento adequado do paciente e ergonomia correta durante o tratamento.

12. INDICADORES DE QUALIDADE

Para garantir a qualidade do serviço prestado, os seguintes indicadores serão monitorados:

I. Taxa de satisfação dos pacientes;
II. Adesão ao tratamento (percentual de faltas);
III. Número de reavaliações e ajustes no plano terapêutico;
IV. Taxa de alta por recuperação funcional.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Fisioterapia na Reabilitação Clínica Ambulatorial deve garantir que todos os profissionais estejam atualizados em relação às diretrizes e protocolos de atendimento, participando de capacitações regulares. A assistência fisioterapêutica deve ser centrada no paciente, buscando sempre uma abordagem humanizada e integrativa, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Este protocolo poderá ser revisado e atualizado conforme novas diretrizes ou necessidades específicas da instituição.

XIII. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR

1. INTRODUÇÃO

O presente protocolo tem como objetivo estabelecer normas e rotinas para a atuação do Serviço de Psicologia em ambiente hospitalar, oferecendo suporte psicológico aos pacientes, familiares e equipe de saúde.

A assistência psicológica hospitalar visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes durante o processo de hospitalização, minimizando o sofrimento emocional e promovendo o bem-estar psicológico.

2. OBJETIVOS

- Proporcionar atendimento psicológico especializado a pacientes hospitalizados, visando promover a adaptação ao ambiente hospitalar e ao tratamento.
- Oferecer apoio emocional aos familiares dos pacientes, ajudando-os a enfrentar o adoecimento e o processo de tratamento.
- Apoiar a equipe multiprofissional no manejo das situações de estresse e no cuidado emocional dos pacientes.
- Contribuir para a humanização do cuidado hospitalar e a melhoria da qualidade de vida durante a internação.

3. EQUIPE DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

O serviço de Psicologia será composto por psicólogos especializados em atendimento clínico hospitalar, com formação em Psicologia da Saúde e/ou Psicologia Hospitalar.

A equipe poderá contar com psicólogos generalistas e especialistas em áreas como oncologia, cardiologia, cuidados paliativos, entre outros.

4. ESTRUTURA DE ATENDIMENTO

O atendimento psicológico no hospital será organizado em três principais modalidades:

I. Atendimento individual ao paciente: Intervenções psicoterapêuticas para manejo do estresse, ansiedade, depressão, medo da morte, enfrentamento da doença, entre outros fatores.
II. Atendimento à família: Apoio emocional aos familiares para ajudá-los a lidar com o sofrimento, medo e luto, além de proporcionar informações sobre o quadro clínico do paciente quando solicitado.
III. Atendimento à equipe de saúde: Suporte emocional e psicoeducacional aos profissionais de saúde que lidam com situações estressantes e desgaste emocional no cotidiano hospitalar.

5. CRITÉRIOS DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

O atendimento psicológico será indicado para:

I. Pacientes em sofrimento emocional relacionado à internação, diagnóstico grave, terminalidade ou dificuldades no processo de tratamento.
II. Pacientes em situações de internação prolongada ou com dificuldade de adesão ao tratamento médico.
III. Pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI) ou em cuidados paliativos.
IV. Familiares de pacientes que apresentem sofrimento emocional devido ao processo de adoecimento ou iminência de perda.
V. Profissionais de saúde que apresentem sinais de esgotamento emocional, estresse ocupacional ou dificuldade no manejo de situações complexas.

6. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL

A avaliação inicial do paciente será realizada na primeira visita, incluindo:

I. Anamnese psicológica: Coleta de informações sobre a história de vida do paciente, histórico de saúde mental, contexto familiar e social.
II. Avaliação emocional e comportamental: Identificação de sintomas emocionais como ansiedade, depressão, medo, raiva, além de comportamentos relacionados ao enfrentamento da doença e da hospitalização.

III. Estabelecimento de metas terapêuticas: Definição de objetivos de curto, médio e longo prazo para o atendimento psicológico, conforme as necessidades emocionais do paciente.
IV. Planejamento terapêutico: Criação de um plano de atendimento psicológico que aborde as demandas emocionais identificadas, com intervenções adaptadas ao contexto hospitalar.

7. PLANO TERAPÊUTICO

O plano terapêutico será elaborado de acordo com as necessidades específicas do paciente e poderá incluir as seguintes intervenções:

I. Psicoterapia breve: Foco em técnicas que ajudem o paciente a lidar com questões emergentes, como o impacto emocional do diagnóstico, medos e preocupações com o futuro.
II. Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Intervenções que visam reestruturar pensamentos disfuncionais e ajudar no enfrentamento positivo da doença e da hospitalização.
III. Intervenções de manejo da ansiedade e estresse: Técnicas de relaxamento, respiração e visualização, auxiliando o paciente a reduzir os níveis de estresse e ansiedade.
IV. Apoio em situações de crise: Intervenções rápidas para situações emergenciais, como pânico, angústia aguda ou notícia de agravamento do quadro clínico.
V. Suporte emocional em cuidados paliativos: Intervenções focadas na qualidade de vida, aceitação do processo de terminalidade e apoio no manejo de questões relacionadas à morte.

8. FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS

A frequência dos atendimentos psicológicos será determinada conforme a avaliação inicial e a complexidade emocional do caso:

I. Pacientes em internação prolongada ou com diagnósticos graves: de 2 a 5 atendimentos por semana.

II. Pacientes com demandas de apoio pontual: 1 a 2 atendimentos semanais, com reavaliação contínua.
III. Familiares: atendimento conforme necessidade emocional apresentada, podendo ser realizado em conjunto com o paciente ou individualmente.

9. REAVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A cada semana, a evolução do paciente será monitorada e registrada em prontuário. Serão utilizados indicadores clínicos e emocionais para avaliar a efetividade das intervenções e, se necessário, ajustar o plano terapêutico. A reavaliação visa:

I. Verificar a redução dos níveis de estresse e ansiedade.
II. Avaliar o engajamento do paciente no tratamento e seu enfrentamento emocional.
III. Analisar a melhoria na interação do paciente com a equipe e seus familiares.

10. ALTA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA

A alta do serviço de Psicologia será indicada quando:

I. O paciente atingir estabilidade emocional ou desenvolver mecanismos saudáveis de enfrentamento da internação e do tratamento.
II. As metas terapêuticas definidas no início do atendimento forem atingidas.
III. A alta médica do paciente for realizada.
IV. O paciente ou seus familiares expressarem o desejo de encerramento do acompanhamento.

11. ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

I. Cuidados paliativos: O atendimento psicológico em cuidados paliativos focará em questões de terminalidade, luto antecipatório, suporte emocional ao paciente e familiares e na promoção da dignidade e qualidade de vida até o fim da vida.
II. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Intervenções curtas e focadas no enfrentamento da situação crítica, oferecendo suporte imediato ao paciente e sua

família.

III. Pacientes pediátricos: O acompanhamento será adaptado à idade e ao desenvolvimento cognitivo da criança, com técnicas lúdicas e apoio especializado aos pais.

12. REGISTRO E DOCUMENTAÇÃO

Todos os atendimentos realizados devem ser registrados em prontuário, com informações sobre:

I. Data e horário do atendimento;
II. Sintomas psicológicos e emocionais observados;
III. Técnicas e intervenções utilizadas;
IV. Evolução do paciente;
V. Assinatura e carimbo do psicólogo responsável.

Relatórios periódicos serão elaborados para comunicação com a equipe médica, garantindo uma abordagem integrada e multiprofissional.

13. BIOSSEGURANÇA

I. O psicólogo deve seguir rigorosamente as normas de biossegurança hospitalares, utilizando EPI (máscara, luvas, avental) quando necessário.
II. Higienização das mãos antes e após cada atendimento.
III. Evitar contatos físicos desnecessários e manter o ambiente de atendimento seguro e limpo.

14. ATENDIMENTO À EQUIPE DE SAÚDE

O serviço de Psicologia também será responsável por prestar apoio emocional aos profissionais de saúde, oferecendo grupos de suporte e atendimento individual para manejo de estresse e exaustão emocional.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo será revisado periodicamente para adaptação às necessidades da unidade hospitalar e atualização conforme novas práticas e evidências científicas no campo da Psicologia Hospitalar. A atuação do Serviço de Psicologia deverá sempre prezar pela ética, humanização do cuidado e respeito às individualidades dos pacientes, familiares e equipe.

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballone, G. J. (2005). Psicossomática: Adoecer é Possível. Psiquiatria Geral e Psicossomática. Porto Alegre: Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Braz, M. I. S., & Ortega, P. B. (2021). Psicologia Hospitalar: Uma Abordagem Integrada. São Paulo: Vetor Editora.

Figueiredo, L. C., & Carvalhaes, M. L. C. A. (2005). Psicologia em Hospitais: Aspectos Teóricos e Práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kubler-Ross, E. (1969). Sobre a Morte e o Morrer. Editora Martins Fontes.

Lima, M. A. (2011). Atendimento Psicológico Hospitalar: Estudos de Casos. São Paulo: Vetor Editora.

Mello Filho, J., & Burd, M. (Org.). (2010). Psicologia, Psicossomática e Psicologia Hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Perestrello, D. L., & Santos, M. A. (2018). Psicologia Hospitalar: Contextos e Intervenções. Rio de Janeiro: Editora Appris.

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. American Journal of Nursing, 108(Supplement), 23-27.

Weisman, A. D., & Worden, J. W. (1977). The Existential Plight in Cancer: Significance of the First 100 Days. International Journal of Psychiatry in Medicine, 7(1), 1-15.

XIV. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA EM AMBIENTE AMBULATORIAL

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo regulamentar as normas e rotinas do Serviço de Psicologia em ambiente ambulatorial, visando oferecer atendimento psicológico qualificado, seguro e humanizado aos pacientes. O serviço ambulatorial de Psicologia busca promover o bem-estar emocional e a saúde mental por meio de diagnósticos e intervenções psicológicas, além de fornecer suporte a familiares e orientar a equipe multidisciplinar sobre questões psicossociais.

2. OBJETIVOS

I. Oferecer atendimento psicológico preventivo e terapêutico, voltado para a saúde mental dos pacientes.
II. Avaliar e diagnosticar transtornos mentais, emocionais e comportamentais.
III. Promover o desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de crises, estresse, conflitos e dificuldades emocionais.
IV. Auxiliar na reabilitação psicológica de pacientes que apresentam problemas crônicos de saúde ou condições agudas.
V. Integrar o trabalho psicológico às outras áreas da saúde dentro do contexto ambulatorial, garantindo a interdisciplinaridade no cuidado ao paciente.

3. EQUIPE DE PSICOLOGIA AMBULATORIAL

A equipe de Psicologia ambulatorial deve ser composta por psicólogos habilitados, com formação em Psicologia Clínica e especialização em áreas específicas da saúde mental (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental, psicanálise, terapia de família, etc.). Todos os profissionais deverão estar devidamente registrados no Conselho Regional de Psicologia.

4. POPULAÇÃO-ALVO

O serviço de Psicologia ambulatorial atenderá:

I. Pacientes com transtornos mentais, emocionais ou comportamentais diagnosticados.
II. Pacientes com doenças crônicas que necessitam de apoio psicológico para lidar com as condições de saúde.
III. Pacientes em crise emocional ou que apresentam dificuldades em lidar com eventos de vida estressores.
IV. Familiares de pacientes que necessitem de orientação e suporte emocional.

5. MODALIDADES DE ATENDIMENTO

O Serviço de Psicologia Ambulatorial oferecerá as seguintes modalidades de atendimento:

I. Atendimento individual: Sessões de psicoterapia individual voltadas à avaliação e tratamento de questões emocionais e comportamentais, como depressão, ansiedade, estresse, conflitos pessoais, entre outros.
II. Atendimento em grupo: Grupos terapêuticos focados em temas como controle de estresse, técnicas de relaxamento, suporte emocional para pacientes com doenças crônicas, entre outros.
III. Atendimento familiar: Psicoterapia voltada à dinâmica familiar, para abordar questões que afetam a estrutura familiar e que impactam a saúde mental dos seus membros.
IV. Atendimento de emergência/crise: Atendimento de curto prazo para crises emocionais agudas, como ideação suicida, ataques de pânico ou episódios de desregulação emocional intensa.

6. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INICIAL

Na primeira consulta, o psicólogo realizará uma avaliação detalhada do paciente, abrangendo:

I. Anamnese psicológica: História de vida, histórico familiar, traumas, hábitos de vida, situações de risco e outros fatores psicossociais relevantes.

II. Avaliação clínica: Identificação de sintomas emocionais ou comportamentais, diagnóstico preliminar de transtornos mentais e possíveis fatores desencadeantes.
III. Avaliação psicométrica (se aplicável): Aplicação de testes psicológicos e escalas de avaliação para auxiliar no diagnóstico e planejamento terapêutico.
IV. Estabelecimento de metas terapêuticas: Definição conjunta das metas de curto, médio e longo prazo, conforme o quadro emocional e as expectativas do paciente.

7. PLANO TERAPÊUTICO

O plano terapêutico será construído com base nas necessidades do paciente e poderá incluir as seguintes abordagens e técnicas:

I. Psicoterapia breve: Intervenções terapêuticas de curto prazo para lidar com situações específicas, focadas em resultados rápidos e práticos.
II. Terapia cognitivo-comportamental (TCC): Intervenção voltada à modificação de pensamentos disfuncionais e comportamentos, ajudando o paciente a desenvolver estratégias mais saudáveis de enfrentamento.
III. Psicanálise e abordagens psicodinâmicas: Terapia focada em explorar conflitos inconscientes e padrões repetitivos de comportamento e pensamento.
IV. Terapia de família e casais: Abordagem para tratar conflitos familiares e conjugais, visando melhorar a comunicação e o relacionamento entre os membros.
V. Terapia de grupo: Sessões em grupo para desenvolvimento de habilidades emocionais, redução de isolamento e fortalecimento da rede de suporte social.
VI. Psicoeducação: Orientação e informação ao paciente e seus familiares sobre transtornos mentais e emocionais, a fim de promover o autocuidado e o entendimento do processo terapêutico.

8. FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS

A frequência das sessões de psicoterapia ambulatorial será definida de acordo com a gravidade do quadro clínico e as necessidades individuais do paciente:

I. Atendimento regular: Sessões semanais de 50 minutos para psicoterapia individual.
II. Atendimento intensivo: Em casos mais graves, poderão ser realizadas até duas sessões semanais.
III. Reavaliação periódica: O progresso será monitorado a cada 4 a 6 semanas, com ajustes no plano terapêutico quando necessário.

9. ALTA TERAPÊUTICA

A alta do paciente será indicada quando:

I. As metas terapêuticas forem alcançadas e o paciente demonstrar evolução emocional e comportamental satisfatória.
II. O paciente atingir estabilidade psicológica e demonstrar habilidades suficientes de enfrentamento para lidar com as adversidades emocionais.
III. O paciente interromper voluntariamente o tratamento ou não comparecer às sessões após tentativas de contato para retorno.
IV. Em casos de encaminhamento para outro serviço de saúde mental ou internamento, se necessário.

10. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

O acompanhamento será realizado com base em reavaliações contínuas, utilizando indicadores de melhora emocional e comportamental. A evolução será documentada no prontuário do paciente. As metas serão revisadas a cada 6 sessões ou conforme o progresso do paciente, garantindo a adaptação do plano terapêutico às suas necessidades.

11. ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇOS

O psicólogo ambulatorial poderá encaminhar o paciente para outras especialidades ou níveis de atendimento quando necessário, como:

I. Psiquiatria para avaliação medicamentosa ou em casos de transtornos psiquiátricos graves.

II. Terapia ocupacional para reabilitação cognitiva e funcional.
III. Psicoterapia em grupos especializados (ex.: dependência química, luto).
IV. Serviços de urgência/emergência psiquiátrica em situações de crise intensa.

12. DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS

Todo atendimento psicológico ambulatorial deve ser registrado em prontuário, contendo:

I. Data e hora do atendimento;
II. Queixa principal e sintomas apresentados;
III. Técnicas terapêuticas aplicadas e evolução do paciente;
IV. Planejamento de novas intervenções;
V. Assinatura e carimbo do psicólogo responsável.

Relatórios periódicos poderão ser solicitados pelos médicos ou demais profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, sempre respeitando a confidencialidade e a ética profissional.

13. ÉTICA E SIGILO PROFISSIONAL

O atendimento psicológico em ambiente ambulatorial seguirá rigorosamente o Código de Ética Profissional do Psicólogo, garantindo o sigilo absoluto das informações compartilhadas pelo paciente. O compartilhamento de informações com outros profissionais de saúde será feito apenas com o consentimento prévio e informado do paciente.

14. NORMAS DE BIOSSEGURANÇA

Para garantir a segurança de todos os envolvidos, o psicólogo deve seguir as normas de biossegurança da unidade, que incluem:

I. Higienização das mãos antes e após cada atendimento;
II. Uso de máscara (quando necessário, em conformidade com as políticas de saúde pública);
III. Limpeza e desinfecção do ambiente e materiais utilizados;
IV. Manutenção do distanciamento físico quando recomendado.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Psicologia Ambulatorial visa promover o bem-estar emocional dos pacientes e seus familiares, oferecendo um atendimento humanizado, centrado no indivíduo e em suas necessidades psicológicas. Este protocolo poderá ser revisado e atualizado periodicamente, de acordo com novas diretrizes de saúde e avanços na área de Psicologia.

15. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association (APA). (2013). Guidelines for Psychological Practice in Health Care Delivery Systems.

Bolsoni-Silva, A. T. (2012). Avaliação Psicológica: Protocolo de Atendimento e Casos Clínicos. São Paulo: Pearson.

Campos, F. C., & Christofari, F. (2017). Manual de Psicologia Clínica em Ambientes Ambulatoriais. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). Intervenções Psicossociais e Psicológicas em Saúde Mental: Manual para Profissionais de Saúde.

Rocha, M. L., & Dias, A. F. (2020). Práticas Clínicas no Ambulatório: Intervenções Psicológicas Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed.

Silveira, D. X., & Nascimento, A. (Orgs.). (2019). Psicologia da Saúde: Práticas e Reflexões. São Paulo: Editora Unesp.

XV. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo visa regulamentar as normas e rotinas do Serviço de Assistência Social em unidades de saúde, com o objetivo de prestar suporte social aos pacientes e seus familiares. A atuação do Assistente Social é fundamental para garantir o acesso a direitos sociais e colaborar na integralidade do cuidado à saúde, minimizando os impactos do adoecimento sobre a vida pessoal, social e familiar dos indivíduos.

2. OBJETIVOS

I. Garantir que os pacientes e seus familiares tenham acesso aos seus direitos sociais e aos recursos disponíveis na rede de assistência social.
II. Auxiliar na superação de barreiras econômicas, sociais e familiares que possam interferir no tratamento de saúde do paciente.
III. Contribuir para a promoção da saúde e a prevenção de agravos por meio de intervenções sociais.
IV. Atuar em conjunto com a equipe multiprofissional para promover a integralidade e a humanização do atendimento.

3. POPULAÇÃO-ALVO

O Serviço Social atenderá a todos os pacientes da unidade de saúde que apresentem necessidades sociais decorrentes do processo de adoecimento e tratamento. Incluem-se:

I. Pacientes em situação de vulnerabilidade social;
II. Pacientes em situação de risco (violência doméstica, abuso, negligência, abandono);
III. Pacientes e familiares com dificuldades de acesso aos recursos públicos de assistência;
IV. Pacientes com doenças crônicas ou prolongadas que demandam

acompanhamento social contínuo;

V. Pacientes e familiares em processos de luto, adoecimento grave ou terminalidade.

4. ESTRUTURA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

O Serviço de Assistência Social nas unidades de saúde funcionará nas seguintes modalidades de atendimento:

I. Atendimento individual: Orientação e acompanhamento social ao paciente e/ou seus familiares para questões relacionadas aos direitos sociais, benefícios, inclusão na rede de assistência social, além do apoio em situações de vulnerabilidade ou risco.
II. Atendimento em grupo: Grupos de orientação para pacientes e familiares sobre temas como benefícios sociais, direitos do usuário do SUS, enfrentamento de doenças crônicas, cuidados domiciliares e outros temas de interesse.
III. Visitas domiciliares: Para acompanhamento social de pacientes em situação de vulnerabilidade ou com dificuldades de deslocamento, podendo envolver articulação com a rede de assistência social e saúde pública.
IV. Encaminhamentos e articulação com a rede externa: Encaminhamento para serviços da rede socioassistencial, justiça, proteção e outros recursos comunitários, visando atender às demandas sociais identificadas.

5. AVALIAÇÃO SOCIAL INICIAL

A avaliação inicial deve ser realizada na primeira consulta ou no momento da identificação da necessidade de acompanhamento social. Esta avaliação deve incluir:

I. Levantamento socioeconômico: Coleta de informações sobre a situação financeira, condições de moradia, trabalho, renda, acesso a recursos sociais, composição familiar e dependências econômicas.
II. Histórico social: Relação do paciente com a família e a comunidade, histórico de acesso aos serviços de saúde e assistência social.
III. Necessidades identificadas: Mapeamento de demandas relacionadas a benefícios

sociais (BPC, aposentadoria, auxílio-doença), acesso a medicamentos, transporte, moradia, alimentação, apoio familiar, entre outras.

IV. Planejamento de intervenção social: Elaboração de um plano de ação com base nas necessidades identificadas, definindo os recursos a serem acessados e os encaminhamentos a serem feitos.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

O plano de intervenção social deve ser construído com base nas informações colhidas na avaliação inicial e ajustado conforme a evolução do caso. Este plano deve incluir:

I. Orientações e informações: Oferecer orientações ao paciente e/ou familiares sobre direitos e recursos disponíveis, tais como benefícios assistenciais, transporte gratuito, programas sociais (Bolsa Família, CRAS, CREAS), aposentadoria, etc.
II. Encaminhamentos para serviços sociais: Realizar encaminhamentos para a rede de serviços públicos e sociais conforme necessário (ex.: Conselho Tutelar, Defensoria Pública, CREAS, CAPS, ONGs, etc.).
III. Apoio no acesso ao tratamento: Facilitar o acesso a medicamentos, tratamentos fora do domicílio (TFD), transporte gratuito ou apoio logístico quando necessário.
IV. Intervenção em situações de risco: Em casos de violência, abuso ou negligência, acionar os órgãos competentes e garantir a proteção e segurança do paciente.
V. Acompanhamento contínuo: Monitoramento periódico do caso social, com revisões e adequações do plano de ação conforme necessário.

7. ENCAMINHAMENTOS E PARCERIAS

O Serviço Social deverá articular-se com as redes de serviços internos e externos à unidade de saúde. Entre as parcerias e encaminhamentos possíveis, destacam-se:

- Saúde Pública: Encaminhamentos para unidades básicas de saúde, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), e demais serviços de saúde, de acordo com as necessidades do paciente.
- Assistência Social: Encaminhamentos para CRAS (Centro de Referência de

Assistência Social) para inclusão em programas sociais, ou para CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) em situações de violação de direitos.

- Justiça e Direitos Humanos: Articulação com Defensoria Pública, Ministério Público, Vara de Família e Conselho Tutelar em casos de violação de direitos, tutela, guarda, e situações de risco social.
- Organizações não governamentais (ONGs): Contato com ONGs ou associações comunitárias para apoio material, voluntariado ou serviços de apoio às famílias.

8. FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO SOCIAL

O acompanhamento social será contínuo e ajustado conforme a necessidade do paciente e/ou família, com periodicidade estabelecida de acordo com a complexidade do caso. A equipe social deverá:

I. Agendar consultas de acompanhamento conforme a evolução das necessidades identificadas;
II. Realizar visitas domiciliares quando necessário;
III. Monitorar o cumprimento dos encaminhamentos realizados;
IV. Reavaliar o caso periodicamente para ajustar o plano de ação social.

9. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

Cada caso será revisado periodicamente para verificar a evolução das ações sociais propostas. A equipe de Serviço Social deverá:

I. Atualizar as informações sobre a situação socioeconômica do paciente e sua família;
II. Verificar o cumprimento dos encaminhamentos e acessos aos benefícios;
III. Reajustar o plano de intervenção social conforme a evolução do quadro do paciente e novas demandas identificadas;
IV. Verificar se as metas condicionais no plano de intervenção social estão sendo cumpridas e realizar alterações, se necessário;
V. Mantenha contato com a rede de serviços (internos e externos) para garantir que

o paciente e sua família recebam o suporte adequado.

10. ALTA SOCIAL

A alta do Serviço de Assistência Social ocorrerá quando:

I. As demandas sociais do paciente foram resolvidas ou mitigadas;
II. O paciente ou família atinge estabilidade social que permite a continuidade do tratamento sem intervenção social ativa;
III. Não há necessidade de continuidade do acompanhamento social, com a concordância do paciente e da equipe multidisciplinar;
IV. Em casos de óbito ou alta médica definitiva, salvo situações que necessitem de apoio social contínuo pós-alta (como encaminhamentos para serviços de saúde e assistência domiciliária).

11. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

Todos os atendimentos e intervenções realizados pelo Serviço de Assistência Social deverão ser registrados em prontuário, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações. O registro deve conter:

I. Dados e horário do atendimento;
II. Queixa principal e demanda identificada;
III. Intervenções realizadas e orientações fornecidas;
IV. Encaminhamentos realizados e instituições contatadas;
V. Evolução do caso;
VI. Planejamento das próximas ações;
VII. Assinatura e carimbo do Assistente Social responsável.

12. INTERVENÇÕES EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SOCIAL

Em situações de urgência ou emergência social, como casos de violência doméstica, abandono de invalidez, negligência ou situações de risco iminente, o Serviço Social deverá:

I. Acionar imediatamente os órgãos competentes, como Conselho Tutelar, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia da Mulher, entre outros, conforme o caso;
II. Garantir que o paciente esteja protegido, utilizando medidas de proteção legal, como abrigo, se necessário;
III. Coordenar com a equipe médica e multidisciplinar para garantir que o tratamento e suporte ao paciente sejam adequados;
IV. Registra todos os procedimentos adotados, garantindo o cumprimento das normas éticas e legais.

13. TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O Serviço de Assistência Social deve atuar em parceria com uma equipe multidisciplinar da unidade de saúde, colaborando no planejamento do cuidado integral ao paciente. As rotinas de integração incluem:

I. Participação em reuniões clínicas e discussão de caso para planejar as orientações sociais adequadas;
II. Comunicação frequente com médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais para garantir uma abordagem integral e humanizada;
III. Acompanhamento conjunto de casos complexos que envolvem diversas necessidades, como pacientes específicos, terminais ou com transtornos mentais.

14. BIOSSEGURANÇA E CUIDADOS NO ATENDIMENTO SOCIAL

O Assistente Social deve seguir as normas de biossegurança da unidade de saúde, especialmente durante atendimentos em ambientes clínicos ou visitas domiciliares. Isso inclui:

I. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) quando necessário;
II. Higienização das mãos antes e após os atendimentos;
III. Garantir que o ambiente de atendimento seja adequado e seguro, tanto para o profissional quanto para o paciente;
IV. Manutenção do distanciamento social, em conformidade com as diretrizes vigentes de saúde pública.

15. NORMAS ÉTICAS E DE SIGILO

O Serviço de Assistência Social seguirá rigorosamente o Código de Ética Profissional do Assistente Social, especialmente no que tange ao sigilo profissional. As informações obtidas durante o atendimento serão compartilhadas apenas com os profissionais de saúde envolvidos no caso e quando necessário, respeitando a privacidade e a dignidade do paciente.

16. INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL

]Para monitorar e melhorar a qualidade do serviço prestado, os seguintes indicadores serão avaliados periodicamente:

I. Taxa de resolução das demandas sociais;
II. Número de encaminhamentos bem sucedidos para a rede de serviços;
III. Grau de satisfação dos pacientes e familiares com o atendimento social;
IV. Frequência de reavaliações e monitoramento contínuo dos casos;
V. Percentual de integração e participação do Serviço Social nas reuniões multiprofissionais.

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Assistência Social em unidades de saúde desempenha um papel crucial na garantia dos direitos sociais e no suporte a pacientes em situações de vulnerabilidade. Este protocolo será revisado periodicamente para se adaptar às novas demandas sociais, políticas públicas e inovações no campo da assistência social, garantindo sempre o atendimento humanizado e eficaz.

Este documento orienta os profissionais de Assistência Social e garante que as intervenções sejam pautadas pela ética, dignidade humana e eficiência no cuidado integral à saúde dos pacientes.

XVI. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo padronizar as normas e rotinas do Serviço de Fonoaudiologia em unidades de saúde, garantindo o atendimento adequado aos pacientes que necessitam de reabilitação e tratamento fonoaudiológico. O Serviço de Fonoaudiologia abrange a prevenção, avaliação, diagnóstico, orientação e tratamento de distúrbios relacionados à comunicação, audição, voz, motricidade orofacial, deglutição e outras áreas afins.

2. OBJETIVOS

I. Realizar a avaliação, diagnóstico e tratamento de distúrbios fonoaudiológicos nos pacientes atendidos pela unidade de saúde.
II. Promover a reabilitação de funções da comunicação oral e escrita, audição, voz, motricidade orofacial e deglutição.
III. Orientar pacientes, familiares e cuidadores sobre cuidados preventivos e técnicas de manutenção da saúde fonoaudiológica.
IV. Colaborar com a equipe multidisciplinar para um atendimento integral e humanizado ao paciente.

3. POPULAÇÃO-ALVO

O Serviço de Fonoaudiologia é destinado a pacientes de todas as faixas etárias (neonatal, pediátrica, adulta e geriátrica) que apresentem distúrbios ou alterações nas áreas de atuação fonoaudiológica, como:

I. Distúrbios da comunicação (afasia, disartria, apraxia, transtornos do desenvolvimento da linguagem, entre outros);
II. Distúrbios de voz (disfonias, rouquidão, nódulos vocais, entre outros);
III. Alterações da motricidade orofacial (dificuldades na mastigação, respiração oral, articulação de fala, entre outros);

IV. Distúrbios de deglutição (disfagia);
V. Alterações auditivas e vestibulares;
VI. Distúrbios na comunicação escrita (dislexia, disgrafia).

4. ESTRUTURA DO ATENDIMENTO FONOAUDIOLÓGICO

O Serviço de Fonoaudiologia será organizado em diferentes modalidades de atendimento, de acordo com as necessidades dos pacientes:

I. Atendimento individual: Avaliação e tratamento fonoaudiológico específico para cada paciente, de acordo com a queixa apresentada e o diagnóstico.
II. Atendimento em grupo: Grupos terapêuticos para reabilitação de voz, comunicação ou motricidade orofacial, conforme necessidade identificada.
III. Atendimento domiciliar: Quando necessário, em casos de dificuldade de locomoção ou em pacientes com comprometimento grave que demandem acompanhamento em casa.
IV. Atendimento interdisciplinar: Em conjunto com outras especialidades, como fisioterapia, psicologia e nutrição, quando a condição clínica do paciente demandar atuação multiprofissional.

5. AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA INICIAL

Na primeira consulta, o fonoaudiólogo realizará uma avaliação abrangente, que deverá incluir:

I. Anamnese detalhada: Coleta de informações sobre o histórico médico, queixas relacionadas à comunicação, audição, voz, motricidade orofacial ou deglutição, e fatores ambientais ou hereditários.
II. Exame clínico fonoaudiológico: Avaliação da função auditiva, motora oral, deglutição, voz, linguagem oral e escrita, dependendo da queixa do paciente.
III. Testes específicos: Aplicação de testes e exames clínicos, quando necessários, para diagnóstico preciso das alterações fonoaudiológicas (audiometria, videofluoroscopia, nasofibroscopia, etc.).
IV. Definição do diagnóstico e prognóstico: Com base nos dados coletados e nos

exames realizados, o diagnóstico será formulado, estabelecendo as metas terapêuticas.

V. Planejamento terapêutico: Elaboração do plano de intervenção fonoaudiológica, especificando a frequência e o tipo de abordagem a ser utilizada.

6. PLANO TERAPÊUTICO

O plano terapêutico fonoaudiológico será individualizado para cada paciente, levando em consideração a gravidade da alteração e os objetivos definidos. Ele poderá incluir:

I. Terapia de voz: Exercícios específicos para a melhora da qualidade vocal, orientação sobre cuidados com a voz e técnicas para prevenir lesões vocais.
II. Terapia de motricidade orofacial: Exercícios de fortalecimento dos músculos faciais, língua e lábios para melhorar a articulação, mastigação e respiração.
III. Reabilitação auditiva: Treinamento auditivo e adaptação de aparelhos auditivos para pacientes com perda auditiva, além de orientação ao paciente e familiares sobre o uso e manutenção dos dispositivos.
IV. Reabilitação de linguagem: Intervenções para desenvolvimento ou recuperação da comunicação oral e escrita, em casos de atraso no desenvolvimento da fala, dislexias ou afasias.
V. Terapia de deglutição (disfagia): Treinamento para reabilitação de pacientes com dificuldade de deglutição, ajustando técnicas de alimentação e oferecendo orientações para evitar aspirações.
VI. Reabilitação de fala: Exercícios para aprimorar a articulação dos fonemas e corrigir distúrbios de fala como dislalias, disartria, e apraxia de fala.
VII. Educação e orientação aos familiares e cuidadores: Treinamentos e orientações sobre como apoiar o tratamento fonoaudiológico em casa.

7. FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS

A frequência dos atendimentos será estabelecida conforme a necessidade do paciente e o tipo de distúrbio identificado:

I. Pacientes com distúrbios leves: Sessões de 1 a 2 vezes por semana, com revisão

periódica a cada 30 dias.

II. Pacientes com distúrbios moderados ou graves: Sessões de 2 a 3 vezes por semana, com reavaliação quinzenal.

III. Casos de intervenção emergencial (ex.: disfagia aguda): Atendimento diário ou conforme a necessidade clínica do paciente.

8. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

Os pacientes deverão ser reavaliados periodicamente, conforme a evolução clínica e os objetivos do plano terapêutico. As reavaliações podem incluir:

I. Aplicação de novos testes para verificar a evolução do quadro;

II. Reajustes no plano terapêutico, caso seja necessária uma nova abordagem ou modificação das técnicas aplicadas;

III. Monitoramento da adesão ao tratamento, fornecendo reforço e orientações adicionais aos pacientes e cuidadores.

9. ALTA FONOAUDIOLÓGICA

A alta será indicada quando:

I. As metas terapêuticas estabelecidas no plano inicial forem atingidas;

II. O paciente atingir o nível funcional esperado para sua condição ou atingir o máximo de recuperação possível;

III. Não houver mais necessidade de acompanhamento fonoaudiológico, após decisão da equipe interdisciplinar ou em comum acordo com o paciente e familiares.

10. ENCAMINHAMENTOS

O fonoaudiólogo pode realizar encaminhamentos para outros profissionais de saúde ou serviços complementares quando necessário, tais como:

I. Otorrinolaringologistas e neurologistas: Para avaliações complementares em casos de distúrbios de audição, voz ou neurológicos.

II. Nutricionistas: Em casos de disfagia, para adequação da dieta e orientações alimentares.
III. Psicólogos e terapeutas ocupacionais: Para suporte emocional ou desenvolvimento de habilidades funcionais complementares à reabilitação fonoaudiológica.

11. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

Todos os atendimentos deverão ser documentados em prontuário, com registros detalhados que incluam:

I. Data e horário do atendimento;
II. Queixa principal do paciente;
III. Procedimentos e terapias aplicadas;
IV. Evolução clínica observada;
V. Planejamento de intervenções futuras;
VI. Assinatura e carimbo do fonoaudiólogo responsável.

12. INTEGRIDADE E BIOSSEGURANÇA

O fonoaudiólogo deve seguir rigorosamente as normas de biossegurança estabelecidas pela unidade de saúde. Isso inclui:

I. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) quando necessário;
II. Higienização de mãos antes e após cada atendimento;
III. Limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos utilizados;
IV. Garantir a segurança do ambiente de trabalho, prevenindo contaminações e infecções.

13. NORMAS ÉTICAS E DE CONFIDENCIALIDADE

O Serviço de Fonoaudiologia deverá atuar de acordo com as diretrizes éticas da profissão, garantindo a confidencialidade e privacidade dos pacientes. Todas as informações obtidas durante as consultas e tratamentos serão mantidas em sigilo, sendo compartilhadas apenas com a

equipe multidisciplinar, quando necessário, e com o consentimento do paciente.

14. INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO

Para garantir a qualidade do atendimento fonoaudiológico, serão monitorados os seguintes indicadores:

I. Taxa de adesão ao tratamento;
II. Evolução funcional dos pacientes tratados;
III. Taxa de satisfação dos pacientes e familiares;
IV. Número de altas por recuperação bem-sucedida;
V. Taxa de encaminhamentos realizados para outras especialidades.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Fonoaudiologia em unidades de saúde é essencial para a reabilitação e promoção da saúde dos pacientes com distúrbios de comunicação, audição, voz, deglutição e outras áreas. Este protocolo será revisado periodicamente, com o objetivo de atualizar as práticas e garantir a aplicação de novos conhecimentos científicos e tecnologias, mantendo sempre o compromisso com a humanização do atendimento e a qualidade dos serviços prestados.

XVII. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo definir as normas e rotinas para o Serviço de Odontologia nas unidades de saúde, assegurando um atendimento odontológico humanizado, seguro e de qualidade. O Serviço de Odontologia visa prevenir, diagnosticar e tratar doenças bucais, além de promover a saúde oral e a qualidade de vida dos pacientes.

2. OBJETIVOS

I. Prevenir, diagnosticar e tratar doenças bucais, como cáries, periodontites, lesões de mucosa, maloclusões e disfunções temporomandibulares.
II. Promover a saúde bucal por meio de orientação, educação em saúde e medidas preventivas.
III. Integrar o cuidado odontológico com as demais áreas de saúde para garantir a atenção integral ao paciente.
IV. Garantir o acesso ao atendimento odontológico para todas as faixas etárias e grupos populacionais, com foco em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

3. POPULAÇÃO-ALVO

O Serviço de Odontologia atenderá pacientes de todas as idades, com foco em:

I. Crianças e adolescentes para prevenção e tratamento de cáries, orientação em higiene bucal e aplicação de flúor.
II. Adultos e idosos para tratamento de doenças periodontais, restaurações, extrações e reabilitação oral.
III. Gestantes, pacientes com necessidades especiais e pacientes com doenças crônicas, com atendimento especializado.

4. MODALIDADES DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

O Serviço de Odontologia será estruturado para oferecer diferentes modalidades de atendimento, de acordo com as necessidades de cada paciente:

I. Atendimento individual: Consultas odontológicas para prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais, como restaurações, raspagem, extrações, profilaxia e tratamento de disfunções da ATM.
II. Atendimento de urgência/emergência: Atendimento para situações de dor aguda, infecções, traumas e outras emergências odontológicas.
III. Atendimento preventivo: Orientação em higiene bucal, aplicação tópica de flúor, selantes e realização de profilaxias regulares.
IV. Atendimento especializado: Serviços como endodontia (tratamento de canal), periodontia avançada, cirurgia bucal menor, próteses dentárias e atendimento a pacientes com necessidades especiais.
V. Acompanhamento domiciliar: Atendimento a pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, que necessitam de intervenção odontológica, em articulação com a equipe de atenção domiciliar.

5. ESTRUTURA DO ATENDIMENTO

O atendimento odontológico nas unidades de saúde deverá seguir as seguintes etapas:

I. Triagem inicial: Durante a primeira consulta, o paciente será submetido à triagem, na qual será feita a coleta de dados clínicos e informações sobre o histórico odontológico.
II. Avaliação clínica: Exame clínico minucioso da cavidade oral, identificando sinais de cárie, doença periodontal, lesões de mucosa e outras alterações. A anamnese também incluirá questionamentos sobre hábitos de higiene bucal, alimentação e uso de medicamentos.
III. Exames complementares: Quando necessário, o dentista poderá solicitar exames complementares, como radiografias, para um diagnóstico mais preciso.
IV. Elaboração do plano de tratamento: Com base nos achados clínicos e nos exames complementares, será elaborado um plano de tratamento individualizado,

contemplando as necessidades do paciente.

V. Execução do tratamento: A intervenção será realizada de acordo com o plano de tratamento, que pode incluir procedimentos preventivos, restauradores, cirúrgicos ou reabilitadores.

VI. Acompanhamento e alta: O paciente será monitorado periodicamente, e a alta será concedida quando o tratamento for concluído e o paciente estiver com a saúde bucal restabelecida.

6. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL

A prevenção é um dos pilares do Serviço de Odontologia. As ações preventivas incluirão:

I. Educação em saúde bucal: Orientação sobre higiene bucal, com instruções de escovação, uso de fio dental e cuidados alimentares para prevenir cáries e doenças periodontais.

II. Aplicação de flúor: Aplicação tópica de flúor para crianças e adultos em risco de cárie.

III. Selantes dentários: Aplicação de selantes nos dentes de crianças e adolescentes para proteger contra cáries em áreas de maior risco.

IV. Ações de saúde pública: Participação em campanhas de saúde bucal, ações comunitárias e promoção da saúde bucal em escolas e grupos de risco.

7. PLANO TERAPÊUTICO ODONTOLÓGICO

O plano terapêutico odontológico será individualizado para cada paciente e poderá incluir:

I. Tratamento de cárie dentária: Restaurações em resina composta ou amálgama, dependendo da extensão da lesão.

II. Tratamento periodontal: Profilaxia, raspagem e alisamento radicular para remover cálculos dentários e tratar a doença periodontal.

III. Cirurgias orais menores: Extrações de dentes inclusos, removíveis e procedimentos cirúrgicos menores (ex.: frenectomia).

IV. Tratamento endodôntico: Tratamento de canal radicular em dentes com lesões

de cárie profundas ou necrose pulpar.

V. Reabilitação protética: Prótese total ou parcial para reabilitação de pacientes edêntulos (sem dentes) ou com perdas dentárias parciais.

8. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

O atendimento de urgência odontológica será oferecido para pacientes com:

I. Dor aguda causada por abscessos dentários, cáries profundas ou inflamações periodontais.
II. Fraturas dentárias ou traumas orofaciais.
III. Hemorragias orais.
IV. Infecções agudas ou complicações pós-operatórias.
V. Exodontias (extrações) de dentes com indicação de remoção imediata.

9. FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS

A frequência dos atendimentos será determinada com base no plano terapêutico elaborado:

I. Consultas de rotina e prevenção: Sessões de profilaxia e avaliação a cada 6 meses ou conforme a necessidade clínica.
II. Consultas de tratamento: Sessões semanais ou quinzenais para tratamento de cáries, canal, periodontite ou cirurgias dentárias, conforme o planejamento estabelecido.
III. Urgências: Atendimento imediato ou agendamento em curto prazo, conforme a gravidade do quadro.

10. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

Após cada etapa do tratamento, o paciente será monitorado para verificar a evolução e a eficácia das intervenções:

I. Reavaliação periódica: Revisão a cada 6 meses para pacientes em manutenção,

incluindo exame clínico, profilaxia e aplicação de flúor.

II. Acompanhamento pós-cirúrgico: Reavaliação de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, com monitoramento do processo de cicatrização e controle de possíveis complicações.

III. Avaliação de sucesso terapêutico: Ao final do tratamento, verificar se os objetivos terapêuticos foram alcançados e decidir se o paciente está apto para alta ou se necessita de continuidade de cuidados.

11. ALTA ODONTOLÓGICA

A alta odontológica será concedida quando:

I. O paciente atingir as metas estabelecidas no plano terapêutico, como a eliminação de cáries, controle da doença periodontal e resolução de alterações bucais.

II. Não houver necessidade de novas intervenções e o paciente receber orientações para manutenção da saúde bucal.

III. O paciente for encaminhado para outro serviço especializado, quando necessário, ou concluir seu tratamento de reabilitação.

12. ENCAMINHAMENTOS

O dentista poderá encaminhar o paciente para outros serviços especializados, conforme a complexidade do caso:

I. Cirurgia bucomaxilofacial: Em casos de fraturas, disfunções graves da ATM ou tumores orais.

II. Ortodontia: Para pacientes com maloclusões e necessidades de correção ortodôntica.

III. Odontopediatria: Atendimento especializado para crianças com necessidades de tratamento mais complexo.

IV. Serviços de reabilitação oral especializada: Quando o paciente necessita de próteses mais complexas ou implantes dentários.

13. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

Todo atendimento odontológico deve ser documentado em prontuário, contendo:

I. Data e hora do atendimento;
II. Queixa principal e histórico do paciente;
III. Diagnóstico odontológico;
IV. Procedimentos realizados;
V. Plano terapêutico proposto;
VI. Assinatura e carimbo do profissional responsável.

14. BIOSSEGURANÇA E CUIDADOS NO ATENDIMENTO

O dentista deve seguir rigorosamente as normas de biossegurança da unidade de saúde para garantir a segurança dos pacientes e da equipe. Isso inclui:

I. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como luvas, máscaras, gorros, aventais e protetores oculares.
II. Esterilização de instrumentos odontológicos após cada uso.
III. Limpeza e desinfecção da cadeira odontológica e de superfícies de trabalho entre os atendimentos.
IV. Higienização das mãos antes e após cada atendimento.
V. Descarte adequado de resíduos biológicos, conforme normas de biossegurança.

15. NORMAS ÉTICAS E CONFIDENCIALIDADE

O Serviço de Odontologia seguirá o Código de Ética Odontológica, garantindo a confidencialidade das informações dos pacientes. As informações serão compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde apenas quando estritamente necessário para o cuidado integral do paciente.

16. INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Para garantir a qualidade do atendimento odontológico, serão monitorados os seguintes

indicadores:

I. Taxa de adesão ao tratamento preventivo e curativo;
II. Taxa de resolução de queixas odontológicas;
III. Taxa de satisfação dos pacientes;
IV. Número de casos de urgência atendidos com sucesso;
V. Número de encaminhamentos para serviços especializados.

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Odontologia em unidades de saúde desempenha um papel crucial na promoção da saúde bucal e na prevenção de agravos bucais. Este protocolo será revisado e atualizado periodicamente para garantir a qualidade e segurança dos serviços prestados, de acordo com as melhores práticas odontológicas e as diretrizes de saúde pública.

XVIII. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo padronizar as normas e rotinas do Serviço de Farmácia em unidades de saúde, visando garantir o uso seguro, eficaz e racional dos medicamentos. A farmácia em unidades de saúde é responsável pelo gerenciamento de medicamentos, fornecimento de orientações, controle de estoques e apoio à equipe de saúde na prescrição e administração de fármacos.

2. OBJETIVOS

I. Assegurar a disponibilidade e a distribuição correta dos medicamentos aos pacientes, conforme prescrição médica.
II. Garantir o uso racional de medicamentos, promovendo a eficácia terapêutica e minimizando riscos de eventos adversos.
III. Contribuir para a promoção da saúde por meio de orientação e educação dos pacientes sobre o uso correto dos medicamentos.
IV. Acompanhar e monitorar os estoques de medicamentos, garantindo a reposição oportuna e a conservação adequada dos insumos.
V. Apoiar a equipe de saúde nas práticas de prescrição, oferecendo suporte técnico-farmacêutico.

3. POPULAÇÃO-ALVO

O Serviço de Farmácia atenderá:

I. Pacientes da unidade de saúde que necessitam de medicamentos para tratamento ambulatorial, hospitalar, ou em nível domiciliar.
II. Profissionais de saúde, oferecendo suporte técnico e assistência farmacêutica no manejo de medicamentos.

4. ESTRUTURA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

O Serviço de Farmácia deve ser estruturado para atender às necessidades da unidade de saúde, compreendendo as seguintes atividades:

I. Dispensação de medicamentos: Entrega de medicamentos aos pacientes ou à equipe de enfermagem para administração aos internados, conforme prescrição médica.
II. Atenção farmacêutica: Orientação aos pacientes sobre o uso correto de medicamentos, esclarecimento de dúvidas, monitoramento de reações adversas e interações medicamentosas.
III. Controle de estoques: Gestão de estoques, incluindo a previsão de demanda, controle de validade, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos.
IV. Aquisição de medicamentos: Organização de processos de compras e reposição de medicamentos, seguindo as normas da instituição e as leis sanitárias vigentes.
V. Farmacovigilância: Monitoramento e registro de eventos adversos, erros de medicação e falhas terapêuticas, com comunicação à equipe de saúde e aos órgãos reguladores quando necessário.

5. ROTINAS E PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

5.1. Dispensação de Medicamentos

I. A dispensação de medicamentos será realizada mediante apresentação da prescrição médica devidamente assinada.
II. O farmacêutico deve conferir os dados da prescrição, incluindo nome do paciente, medicamento, dose, via de administração e duração do tratamento, antes de realizar a dispensação.
III. O farmacêutico ou assistente deve registrar no sistema informatizado o fornecimento do medicamento, garantindo o controle adequado do estoque.
IV. Antes de entregar o medicamento, o farmacêutico deve oferecer orientações claras ao paciente ou à equipe de enfermagem sobre o modo de uso, horário, duração do tratamento, efeitos colaterais e possíveis interações.

5.2. Orientação aos Pacientes (Atenção Farmacêutica)

I. O farmacêutico deve prestar orientações detalhadas sobre o uso correto dos medicamentos, como horários de administração, jejum ou ingestão com alimentos, cuidados com armazenamento e os cuidados com o descarte adequado de medicamentos vencidos ou em desuso.
II. Em caso de dúvidas ou dificuldades com o uso de medicamentos, o farmacêutico deve esclarecer os pacientes e sugerir alternativas que facilitem a adesão ao tratamento.
III. O farmacêutico deve instruir sobre os sinais e sintomas de possíveis reações adversas, solicitando que os pacientes relatem qualquer ocorrência para monitoramento e ajustes no tratamento.

5.3. Controle de Estoques

I. O controle de estoque deve ser feito regularmente, com a atualização do sistema informatizado de gestão de medicamentos.
II. A organização do estoque deve ser feita por ordem de validade dos produtos, adotando a política "primeiro que vence, primeiro que sai" (PEPS).
III. O farmacêutico deve monitorar as condições de armazenamento, assegurando que medicamentos que exigem controle de temperatura sejam mantidos em locais apropriados (ex.: geladeiras).
IV. As auditorias de estoque devem ser realizadas periodicamente para verificar a quantidade de medicamentos disponíveis e evitar desabastecimentos.
V. Medicamentos próximos da data de validade devem ser priorizados na dispensação, e aqueles vencidos devem ser imediatamente segregados para descarte adequado, conforme legislação vigente.

5.4. Aquisição de Medicamentos

I. O planejamento da aquisição de medicamentos deve ser baseado no consumo médio mensal e nas necessidades da unidade, considerando os protocolos assistenciais e o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos.

II. A compra de medicamentos deve seguir as normas e diretrizes da unidade de saúde, com processos de cotação, licitação ou compras diretas, conforme a legislação vigente.
III. O farmacêutico deve garantir que os medicamentos adquiridos possuam registro válido na ANVISA, e que estejam dentro do prazo de validade mínimo exigido.

5.5. Armazenamento de Medicamentos

I. Os medicamentos devem ser armazenados em locais apropriados, com controle de temperatura e umidade, de acordo com as normas de boas práticas de armazenamento.
II. Produtos termolábeis devem ser mantidos em refrigeradores adequados, e a temperatura deve ser monitorada diariamente, com registro em planilhas.
III. Medicamentos controlados, sujeitos à Portaria 344/1998 da ANVISA, devem ser armazenados em local separado, com controle rigoroso de entrada e saída.
IV. Os insumos e produtos devem ser dispostos de forma organizada, com identificação clara e separação por categorias (sólidos, líquidos, injetáveis).

5.6. Farmacovigilância e Monitoramento de Eventos Adversos

I. O farmacêutico deve monitorar e registrar todas as reações adversas observadas ou relatadas pelos pacientes durante o uso dos medicamentos.
II. Eventos adversos graves, erros de medicação e problemas com qualidade dos medicamentos devem ser reportados à autoridade sanitária competente, conforme regulamentação da ANVISA.
III. O farmacêutico deve trabalhar junto à equipe de saúde para evitar ou minimizar os riscos de interações medicamentosas, ajustando as prescrições quando necessário.

6. FREQUÊNCIA E ROTINAS DO ATENDIMENTO

I. A farmácia deve estar disponível para atendimento de pacientes ambulatoriais e internados durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde.
II. O atendimento aos pacientes deve ser contínuo, com prioridade para casos de

urgência e emergência.

III. O acompanhamento e revisão das prescrições devem ser realizados diariamente pelo farmacêutico, que também deve fornecer suporte à equipe de saúde no esclarecimento de dúvidas sobre terapias medicamentosas.

7. SEGURANÇA NO TRABALHO E BIOSSEGURANÇA

I. Os profissionais de farmácia devem utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como jaleco, luvas e máscara, em conformidade com as normas de biossegurança da unidade.
II. Todos os medicamentos de alto risco (ex.: quimioterápicos, insulinas, anticoagulantes) devem ser manipulados com cautela e armazenados em locais específicos, devidamente sinalizados.
III. Medicamentos de controle especial (como os psicotrópicos e antibióticos) devem ser mantidos sob supervisão rigorosa, com controle de entradas e saídas por meio de registro manual e informatizado.

8. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

Todos os processos relacionados ao Serviço de Farmácia devem ser devidamente registrados, incluindo:

I. Recebimento de medicamentos: Nota fiscal, verificação de quantidade, validade e conformidade com o pedido.
II. Dispensação de medicamentos: Registro no sistema informatizado, com dados do paciente e prescrição médica.
III. Controle de estoque: Registro das movimentações de entrada e saída de medicamentos, bem como auditorias periódicas.
IV. Farmacovigilância: Registro de eventos adversos, falhas terapêuticas, reações medicamentosas e encaminhamentos para investigação.

9. INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO

Para garantir a qualidade do Serviço de Farmácia, serão monitorados os seguintes

indicadores:

I. Taxa de disponibilidade de medicamentos essenciais.
II. Taxa de adesão às orientações farmacêuticas pelos pacientes.
III. Número de eventos adversos e erros de medicação relatados.
IV. Percentual de medicamentos vencidos ou desperdiçados.
V. Nível de satisfação dos pacientes e da equipe de saúde com o atendimento farmacêutico.

10. NORMAS ÉTICAS E CONFIDENCIALIDADE

O Serviço de Farmácia seguirá os princípios éticos da profissão farmacêutica, assegurando a confidencialidade das informações dos pacientes. Dados sensíveis sobre a saúde dos pacientes, tratamentos e uso de medicamentos serão mantidos em sigilo e divulgados apenas quando necessário e com o consentimento do paciente.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Farmácia em unidades de saúde desempenha um papel crucial no cuidado integral ao paciente, garantindo o uso seguro e eficaz dos medicamentos. Este protocolo será revisado periodicamente para assegurar a conformidade com as atualizações nas diretrizes técnicas, regulamentações e melhores práticas da farmácia hospitalar e comunitária.

XIX. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

O presente protocolo tem como objetivo padronizar as normas e rotinas do Serviço de Nutrição em unidades de saúde, assegurando o atendimento nutricional adequado e seguro aos pacientes. O Serviço de Nutrição é responsável por planejar, implementar e monitorar a assistência nutricional, visando a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação nutricional dos pacientes, com foco em uma alimentação equilibrada e adaptada às suas condições clínicas.

2. OBJETIVOS

I. Oferecer atendimento nutricional individualizado, atendendo às necessidades de cada paciente, de acordo com seu estado clínico e nutricional.
II. Promover a saúde por meio de orientações dietéticas e intervenções nutricionais, garantindo a recuperação e manutenção do estado nutricional dos pacientes.
III. Garantir a segurança alimentar e a qualidade das refeições servidas na unidade de saúde, com base nas normas sanitárias vigentes.
IV. Integrar o Serviço de Nutrição com a equipe multidisciplinar, colaborando na elaboração de planos de cuidado integral ao paciente.

3. POPULAÇÃO-ALVO

O Serviço de Nutrição atenderá:

I. Pacientes internados e ambulatoriais que necessitem de acompanhamento nutricional.
II. Pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI), em reabilitação ou com necessidades nutricionais específicas, como diabetes, hipertensão, doenças renais, entre outros.
III. Grupos especiais, como gestantes, crianças, idosos e pacientes com necessidades especiais.

4. MODALIDADES DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL

O Serviço de Nutrição nas unidades de saúde será estruturado nas seguintes modalidades de atendimento:

I. Avaliação nutricional individual: Realização de diagnóstico nutricional com base em exames físicos, antropométricos e laboratoriais, avaliação do consumo alimentar e histórico clínico.
II. Acompanhamento nutricional contínuo: Monitoramento do estado nutricional e ajuste do plano alimentar conforme evolução do paciente.
III. Terapia nutricional enteral e parenteral: Planejamento e prescrição de dietas enterais ou parenterais para pacientes com dificuldades de alimentação oral, em conformidade com as normas de terapia nutricional.
IV. Orientação nutricional preventiva: Educação nutricional para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase em hábitos alimentares saudáveis.
V. Controle de qualidade das refeições: Monitoramento da produção e distribuição das refeições na unidade de saúde, garantindo segurança alimentar e adequação às necessidades nutricionais dos pacientes.

5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL INICIAL

Na primeira consulta, o nutricionista realizará uma avaliação abrangente, incluindo:

I. Anamnese alimentar e clínica: Coleta de informações sobre os hábitos alimentares, histórico de saúde, uso de medicamentos, alergias alimentares, intolerâncias e condições clínicas específicas.
II. Avaliação antropométrica: Medidas de peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, pregas cutâneas, entre outras.
III. Avaliação bioquímica: Análise de exames laboratoriais relacionados ao estado nutricional, como glicemia, colesterol, triglicerídeos, hemoglobina, entre outros, quando disponíveis.
IV. Avaliação do consumo alimentar: Análise qualitativa e quantitativa da dieta habitual do paciente, para identificar carências ou excessos alimentares.

V. Diagnóstico nutricional: Com base nas informações coletadas, será estabelecido um diagnóstico nutricional, identificando os desvios nutricionais e as necessidades específicas de cada paciente.

6. PLANO TERAPÊUTICO NUTRICIONAL

Com base na avaliação inicial, o nutricionista desenvolverá um plano terapêutico nutricional personalizado, que incluirá:

I. Plano alimentar individualizado: Elaboração de uma dieta específica para o paciente, considerando suas necessidades energéticas, restrições alimentares, patologias associadas e preferências alimentares.
II. Terapia nutricional enteral/parenteral (se necessário): Prescrição de fórmulas nutricionais e a definição de via de administração (oral, sonda enteral ou parenteral), volumes, frequência e monitoramento da eficácia da terapia.
III. Orientação nutricional e educação alimentar: Orientações claras e detalhadas sobre a dieta prescrita, com ênfase na promoção de hábitos alimentares saudáveis e no autocuidado.
IV. Monitoramento e ajustes periódicos: O acompanhamento do estado nutricional será contínuo, com revisões frequentes do plano alimentar para ajustá-lo conforme a evolução clínica e nutricional do paciente.

7. TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL

Para pacientes que não conseguem se alimentar adequadamente pela via oral, o Serviço de Nutrição será responsável pela:

I. Prescrição de dieta enteral: Definição da composição da fórmula enteral, volume, frequência de administração e método de infusão (gravidade ou bomba de infusão), conforme as necessidades metabólicas e condições clínicas do paciente.
II. Monitoramento contínuo da terapia enteral: Avaliação diária da tolerância à dieta enteral, checando sinais de complicações como diarreia, constipação, distensão abdominal ou refluxo.
III. Prescrição de terapia parenteral (em conjunto com a equipe médica): Nos casos

em que a nutrição enteral é inviável, o nutricionista colaborará na prescrição da nutrição parenteral, assegurando o aporte de nutrientes adequados por via intravenosa.

IV. Acompanhamento rigoroso dos parâmetros clínicos e laboratoriais: Monitoramento contínuo do paciente em terapia nutricional, verificando parâmetros como glicemia, eletrólitos, albumina, entre outros, para ajustes adequados.

8. CONTROLE DE QUALIDADE DAS REFEIÇÕES

O Serviço de Nutrição será responsável por garantir a qualidade e segurança das refeições servidas na unidade de saúde, seguindo as seguintes diretrizes:

I. Planejamento de cardápios: Elaboração de cardápios balanceados, atendendo às necessidades nutricionais dos pacientes internados, considerando restrições alimentares, condições clínicas e preferências individuais.

II. Supervisão da produção de refeições: Acompanhamento da preparação das refeições, garantindo a higiene, segurança alimentar e conformidade com as normas de boas práticas de manipulação de alimentos.

III. Distribuição adequada das refeições: Garantia de que as refeições sejam servidas em horários regulares, em temperaturas adequadas e em condições higiênicas, evitando contaminações.

IV. Controle de porções e nutrientes: Verificação da adequação das porções servidas, garantindo que os pacientes recebam as quantidades adequadas de calorias, proteínas, carboidratos, lipídeos, vitaminas e minerais.

V. Auditorias e controle microbiológico: Realização de auditorias internas para verificar a conformidade dos processos de produção de alimentos, além da análise microbiológica periódica dos alimentos.

9. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL E ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

Além do acompanhamento nutricional clínico, o nutricionista deverá realizar ações de educação em saúde, orientando os pacientes sobre:

I. Hábitos alimentares saudáveis: Incentivo ao consumo de alimentos in natura, como frutas, verduras e legumes, e à redução de alimentos ultraprocessados.
II. Prevenção de doenças crônicas: Orientação sobre dietas adequadas para prevenção e controle de doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemias e obesidade.
III. Orientação específica para condições clínicas: Para pacientes com condições específicas (ex.: nefropatias, hepatopatias, alergias alimentares), o nutricionista deve fornecer orientações detalhadas sobre os alimentos permitidos e proibidos.
IV. Promoção do autocuidado: Empoderamento dos pacientes para que mantenham os hábitos alimentares saudáveis após a alta hospitalar.

10. FREQUÊNCIA DOS ATENDIMENTOS NUTRICIONAIS

A frequência dos atendimentos será determinada de acordo com a gravidade do quadro clínico e as necessidades do paciente:

I. Pacientes estáveis: Revisão do plano alimentar a cada 7 a 15 dias, dependendo da evolução.
II. Pacientes críticos (UTI, pós-operatório, etc.): Avaliação diária e ajuste constante do plano terapêutico nutricional, com supervisão da terapia nutricional enteral ou parenteral.
III. Pacientes ambulatoriais: Acompanhamento mensal ou trimestral, conforme a complexidade do caso.

11. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO NUTRICIONAL

O acompanhamento do estado nutricional do paciente será contínuo, com reavaliações periódicas:

I. Monitoramento clínico e laboratorial: Avaliação dos parâmetros clínicos e exames laboratoriais relevantes, como albumina, glicemia, lipidograma e eletrólitos, para ajustes no plano alimentar.
II. Reavaliação do estado nutricional: Medidas antropométricas e avaliação da evolução do peso, IMC e composição corporal.

III. Ajuste do plano nutricional: Conforme a evolução clínica do paciente, o plano alimentar será revisado e ajustado para atender às novas necessidades nutricionais.

12. DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS

Todos os atendimentos e intervenções nutricionais deverão ser devidamente registrados, incluindo:

I. Data e hora da consulta;
II. Diagnóstico e histórico nutricional;
III. Plano alimentar prescrito e intervenções realizadas;
IV. Evolução do estado nutricional;
V. Monitoramento da terapia nutricional (enteral ou parenteral);
VI. Assinatura e carimbo do nutricionista responsável.

13. BIOSSEGURANÇA E SEGURANÇA ALIMENTAR

O Serviço de Nutrição deverá seguir rigorosamente as normas de biossegurança e segurança alimentar, incluindo:

I. Higienização adequada de alimentos e utensílios: Implementação das boas práticas de manipulação e higienização de alimentos, utensílios e equipamentos, prevenindo contaminações.
II. Uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual): O uso de jalecos, toucas, luvas e máscaras será obrigatório para os manipuladores de alimentos durante a preparação e distribuição das refeições.
III. Armazenamento correto dos alimentos: Monitoramento rigoroso das condições de armazenamento dos alimentos, garantindo a temperatura adequada para a conservação e a integridade dos insumos.

14. INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

Para monitorar e garantir a qualidade do Serviço de Nutrição, serão observados os

seguintes indicadores:

I. Taxa de adesão dos pacientes ao plano alimentar;
II. Evolução positiva dos parâmetros antropométricos e laboratoriais dos pacientes;
III. Taxa de satisfação dos pacientes com as refeições e o atendimento nutricional;
IV. Número de eventos adversos relacionados à terapia nutricional (complicações enterais, intolerâncias alimentares);
V. Taxa de não conformidades nas auditorias de segurança alimentar.

15. NORMAS ÉTICAS E CONFIDENCIALIDADE

O Serviço de Nutrição seguirá os princípios éticos da profissão, garantindo a confidencialidade dos dados dos pacientes e o sigilo das informações nutricionais e clínicas. As informações sobre o estado nutricional dos pacientes serão compartilhadas apenas com a equipe multiprofissional envolvida no cuidado.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Nutrição em unidades de saúde desempenha um papel essencial na promoção da saúde e recuperação dos pacientes. Este protocolo será revisado periodicamente para garantir a conformidade com as novas diretrizes de nutrição clínica, saúde pública e segurança alimentar, sempre visando a qualidade e a humanização do atendimento nutricional.

XX. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo padronizar as normas e rotinas do Serviço de Enfermagem em unidades de saúde, garantindo a qualidade e a segurança no atendimento aos pacientes. A equipe de enfermagem é responsável pela assistência integral ao paciente, desde a prevenção de agravos até a reabilitação e promoção da saúde, atuando em parceria com a equipe multiprofissional.

2. OBJETIVOS

I. Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem de forma humanizada, ética e técnica, atendendo às necessidades dos pacientes de forma integral.
II. Promover a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, através de práticas assistenciais e educacionais.
III. Garantir a segurança do paciente e da equipe, prevenindo eventos adversos e complicações decorrentes da assistência.
IV. Facilitar a comunicação e a colaboração entre os profissionais da equipe de saúde, visando um atendimento interdisciplinar e centrado no paciente.

3. POPULAÇÃO-ALVO

O Serviço de Enfermagem atenderá pacientes de todas as faixas etárias e condições clínicas, incluindo:

I. Pacientes internados: Assistência integral, incluindo cuidados básicos, terapêuticos e de monitoramento.
II. Pacientes ambulatoriais: Atendimento em consultas de enfermagem, curativos, vacinas e orientações de saúde.
III. Pacientes em serviços de urgência e emergência: Assistência imediata em situações de risco de vida.

IV. Pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI): Monitoramento contínuo e suporte vital a pacientes críticos.

4. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

O serviço de enfermagem será composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que terão as seguintes atribuições:

I. Enfermeiro: Responsável pelo planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem. Realiza avaliação clínica, procedimentos invasivos, prescrição de cuidados de enfermagem e supervisão da equipe.
II. Técnico e auxiliar de enfermagem: Auxilia na execução dos cuidados de enfermagem prescritos pelo enfermeiro, como administração de medicamentos, realização de curativos, controle de sinais vitais e cuidados com higiene e conforto do paciente.

5. ESTRUTURA DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

O Serviço de Enfermagem nas unidades de saúde será estruturado conforme as seguintes modalidades:

I. Atendimento individualizado ao paciente: Prestação de cuidados diretos ao paciente, como administração de medicamentos, curativos, assistência ventilatória, hidratação e nutrição parenteral.
II. Atendimento em grupo: Grupos de educação em saúde, voltados para temas como controle de diabetes, hipertensão e prevenção de doenças infectocontagiosas.
III. Atendimento ambulatorial: Realização de procedimentos como aplicação de vacinas, curativos, retirada de pontos e consultas de enfermagem.
IV. Atendimento de urgência e emergência: Identificação precoce de situações de risco e intervenção imediata para estabilização clínica dos pacientes.

6. ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

6.1. Administração de Medicamentos

I. A administração de medicamentos deve seguir rigorosamente a prescrição médica, observando o horário, dosagem, via de administração e possíveis interações medicamentosas.
II. Antes de administrar o medicamento, a equipe de enfermagem deve verificar os 5 certos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e horário certo.
III. Registrar no prontuário a administração de cada dose de medicamento, incluindo o horário e possíveis reações adversas.
IV. Monitorar sinais de possíveis reações alérgicas ou adversas e comunicar imediatamente ao médico qualquer evento.

6.2. Monitoramento de Sinais Vitais

I. Os sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio) devem ser monitorados conforme a necessidade clínica do paciente e a prescrição médica.
II. Registros frequentes devem ser realizados no prontuário, permitindo o acompanhamento da evolução do quadro clínico.
III. Em casos de alterações significativas nos sinais vitais, a equipe de enfermagem deve comunicar imediatamente o médico e tomar medidas para estabilizar o paciente.

6.3. Realização de Curativos

I. A troca de curativos deve ser realizada conforme a prescrição médica ou de acordo com a avaliação do enfermeiro, observando técnicas assépticas para evitar infecções.
II. Verificar e registrar a evolução da cicatrização, observando sinais de infecção, como vermelhidão, edema, calor e presença de secreções.
III. Orientar o paciente e/ou familiares quanto ao cuidado com feridas em casa, fornecendo instruções detalhadas sobre higiene e sinais de complicações.

6.4. Cuidados com Pacientes Acamados

I. A equipe de enfermagem deve garantir o conforto, higiene e prevenção de complicações como úlceras por pressão (escaras) e infecções em pacientes acamados.
II. Realizar mudanças de decúbito a cada 2 horas ou conforme necessidade, para prevenir lesões de pele.
III. Garantir a hidratação e a alimentação adequada, observando o estado nutricional e a ingestão hídrica.
IV. Cuidar da higiene íntima e oral, além de auxiliar nas atividades de autocuidado, quando necessário.

6.5. Assistência Ventilatória

I. Pacientes com necessidade de suporte ventilatório (máscaras de oxigênio, CPAP, BIPAP ou ventilação mecânica) devem ser monitorados regularmente, verificando o funcionamento adequado dos equipamentos.
II. Controlar a oxigenação e a ventilação do paciente, verificando a frequência respiratória, saturação de oxigênio e os parâmetros ventilatórios ajustados pelo médico.
III. Manter a via aérea livre, realizando aspiração quando necessário e observando a higiene das vias aéreas superiores.

6.6. Assistência em Procedimentos Invasivos

I. Procedimentos invasivos como sondagem vesical, inserção de cateteres, punção venosa e coleta de exames laboratoriais devem ser realizados com técnica asséptica e conforme a prescrição médica.
II. Registrar todos os procedimentos realizados no prontuário do paciente, detalhando o procedimento, hora e técnica utilizada.
III. Monitorar o paciente para sinais de complicações após o procedimento, como infecções, dor ou sangramentos.

7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

A equipe de enfermagem deve atuar na educação em saúde, orientando os pacientes e familiares sobre temas como:

I. Higiene e autocuidado: Ensinar práticas de higiene adequadas, especialmente para pacientes acamados ou com limitações físicas.
II. Administração de medicamentos em casa: Explicar o uso correto de medicamentos prescritos para pacientes em tratamento ambulatorial ou em alta hospitalar.
III. Prevenção de complicações: Orientar sobre sinais de alerta para infecções, tromboses, escaras, entre outros problemas que podem surgir.
IV. Alimentação saudável e estilo de vida: Educação em saúde sobre hábitos alimentares, exercícios físicos e prevenção de doenças crônicas.

8. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO DO PACIENTE

A equipe de enfermagem deve realizar um acompanhamento contínuo do estado clínico do paciente, revisando diariamente a evolução e ajustando os cuidados conforme necessário. Isso inclui:

I. Monitorar a resposta ao tratamento e relatar qualquer mudança no quadro clínico à equipe médica.
II. Realizar reavaliações diárias do plano de cuidados, ajustando intervenções conforme a condição do paciente.
III. Documentar a evolução do paciente no prontuário de forma clara, detalhada e precisa.

9. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Em situações de urgência ou emergência, a equipe de enfermagem deve estar preparada para:

I. Realizar a triagem inicial, identificando o grau de gravidade do paciente (classificação de risco).
II. Implementar medidas imediatas para estabilização do paciente, como

reanimação cardiopulmonar (RCP), administração de oxigênio, punção venosa e monitoramento de sinais vitais.

III. Comunicar o médico responsável imediatamente e auxiliar na execução de procedimentos emergenciais.

IV. Manter o controle e organização dos equipamentos de emergência, garantindo que estejam prontos para uso.

10. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

Todos os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem devem ser documentados no prontuário do paciente, incluindo:

I. Data, hora e descrição dos procedimentos realizados.

II. Medicamentos administrados e a resposta do paciente.

III. Sinais vitais e monitoramento contínuo.

IV. Evolução clínica do paciente e intervenções realizadas.

V. O registro adequado e detalhado é essencial para garantir a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

11. NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

A equipe de enfermagem deve seguir rigorosamente as normas de biossegurança para prevenir infecções hospitalares, incluindo:

I. Higienização das mãos antes e após cada procedimento.

II. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como luvas, máscaras, aventais e óculos de proteção, quando indicado.

III. Descarte correto de resíduos hospitalares, conforme classificação e legislação vigente.

IV. Limpeza e desinfecção adequada de superfícies e equipamentos utilizados no atendimento aos pacientes.

12. ÉTICA E CONFIDENCIALIDADE

Os profissionais de enfermagem devem seguir o Código de Ética da Enfermagem, respeitando a dignidade, privacidade e confidencialidade dos pacientes. As informações sobre o estado de saúde dos pacientes devem ser compartilhadas apenas com os profissionais diretamente envolvidos no cuidado.

13. INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Para garantir a qualidade do serviço de enfermagem, os seguintes indicadores devem ser monitorados:

I. Taxa de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
II. Incidência de eventos adversos, como quedas e lesões de pele.
III. Satisfação dos pacientes e familiares com os cuidados prestados.
IV. Adesão às práticas de higiene das mãos e uso correto de EPIs.
V. Frequência de reavaliações e ajustes no plano de cuidados de enfermagem.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Enfermagem desempenha um papel essencial na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes. Este protocolo será revisado periodicamente para garantir a conformidade com as novas diretrizes de saúde e as melhores práticas de enfermagem, sempre com foco na qualidade e humanização do atendimento.

XXI. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA EM CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo estabelece as normas e rotinas do Serviço de Odontologia em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com o objetivo de padronizar o atendimento especializado, garantindo a qualidade e a segurança do tratamento odontológico. Os CEOs são unidades de referência para tratamentos especializados em odontologia, atuando de forma integrada com a Atenção Básica em Saúde Bucal e focando na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais.

2. OBJETIVOS

I. Garantir o atendimento especializado em odontologia para os pacientes encaminhados pela Atenção Básica, assegurando o tratamento adequado e humanizado.
II. Promover a reabilitação da saúde bucal, com foco na prevenção de agravos, tratamento curativo e manutenção da saúde bucal.
III. Oferecer diagnóstico e tratamento especializado nas diferentes áreas da odontologia, incluindo ortodontia, periodontia, endodontia, cirurgia bucomaxilofacial, prótese dentária, entre outras.
IV. Integrar o Serviço de Odontologia com as demais especialidades e a rede de atenção à saúde, promovendo um atendimento integral e resolutivo ao paciente.

3. POPULAÇÃO-ALVO

I. O Serviço de Odontologia nos CEOs atenderá pacientes encaminhados pelas unidades de Atenção Básica que necessitam de tratamento odontológico especializado, incluindo:

II. Pacientes com necessidades de tratamentos endodônticos (tratamento de canal), periodontais (doenças gengivais), cirúrgicos, ortodônticos ou reabilitação

protética.

III. Pacientes com condições clínicas especiais que necessitam de atendimento odontológico diferenciado.

IV. Crianças, adultos e idosos que apresentam necessidades complexas de tratamento odontológico.

4. MODALIDADES DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO CEO

O atendimento nos Centros de Especialidades Odontológicas será estruturado nas seguintes modalidades:

I. Endodontia (tratamento de canal): Tratamento especializado de dentes com lesões na polpa dental (nervos e vasos), por meio de procedimentos de remoção da polpa inflamada ou necrosada, desinfecção dos canais radiculares e selamento.

II. Periodontia (tratamento de gengivas): Tratamento de doenças periodontais, como gengivite e periodontite, visando controlar a inflamação e prevenir a perda de dentes.

III. Cirurgia bucomaxilofacial: Realização de cirurgias para remoção de dentes inclusos (sisos), cistos, tumores benignos, correção de fraturas faciais e outros procedimentos cirúrgicos de média complexidade.

IV. Ortodontia: Diagnóstico e tratamento de más oclusões e alterações de posicionamento dos dentes, com o uso de aparelhos ortodônticos fixos ou removíveis.

V. Prótese dentária: Reabilitação da função mastigatória e estética por meio de próteses totais ou parciais (fixas ou removíveis), atendendo pacientes com perdas dentárias.

VI. Diagnóstico e detecção de lesões bucais: Avaliação de lesões suspeitas na cavidade bucal (leucoplasias, eritroplasias, etc.) e biópsias para diagnóstico precoce de câncer bucal.

5. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE ODONTOLÓGICA

A equipe odontológica do CEO será composta por:

I. Cirurgião-dentista especialista: Responsável por realizar o diagnóstico, planejamento e execução do tratamento especializado, além de prescrever cuidados pós-operatórios.
II. Auxiliar ou técnico em saúde bucal: Atua auxiliando o cirurgião-dentista durante os procedimentos odontológicos, realizando a esterilização de materiais, orientação aos pacientes sobre cuidados bucais e controle dos materiais e equipamentos.

6. ROTINAS DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA NOS CEOs

6.1. Avaliação Inicial e Planejamento do Tratamento

I. O atendimento no CEO será realizado mediante encaminhamento da Atenção Básica, com uma triagem inicial para definir a prioridade de atendimento.
II. Na primeira consulta, será realizada uma avaliação clínica completa, incluindo anamnese, exame clínico bucal e, se necessário, exames complementares como radiografias.
III. O cirurgião-dentista responsável pelo caso deve elaborar um plano de tratamento individualizado, considerando a condição clínica do paciente, suas necessidades e as opções terapêuticas disponíveis.

6.2. Tratamento Endodôntico

I. O tratamento de canal será indicado para dentes com lesões pulpares irreversíveis (polpa inflamada ou necrosada).
II. Procedimento: isolamento absoluto do dente, remoção da polpa, desinfecção dos canais radiculares com irrigantes adequados, instrumentação mecânica dos canais e selamento com material obturador específico.
III. A evolução do tratamento será monitorada e registrada em prontuário, incluindo o controle radiográfico pré e pós-operatório.

6.3. Tratamento Periodontal

I. O tratamento de doenças periodontais (como gengivite e periodontite) inclui a remoção de biofilme e tártaro por meio de raspagem, alisamento radicular e polimento.
II. Nos casos avançados de periodontite, podem ser indicadas cirurgias periodontais para correção de defeitos ósseos ou gengivais.
III. O acompanhamento periódico será realizado para controle da progressão da doença periodontal e manutenção da saúde bucal.

6.4. Cirurgia Bucomaxilofacial

I. Cirurgias de remoção de dentes inclusos ou impactados (como os terceiros molares – dentes do siso), biópsias de lesões, excisão de cistos e tumores benignos da cavidade bucal serão realizadas conforme indicação clínica.
II. O cirurgião deve seguir protocolos de biossegurança e adotar técnicas minimamente invasivas, quando possível.
III. O pós-operatório será monitorado com controle da dor e prevenção de infecções, com orientações claras aos pacientes sobre cuidados em casa.

6.5. Tratamento Ortodôntico

I. O tratamento ortodôntico será oferecido prioritariamente para casos de má oclusão severa ou que interferem na saúde bucal e no bem-estar do paciente.
II. O tratamento deve incluir avaliação inicial com exames clínicos e radiográficos (como cefalometria), planejamento do tipo de aparelho a ser utilizado (fixo ou removível) e monitoramento periódico para ajustes.
III. O tratamento deve seguir um plano definido, com acompanhamento periódico e orientações ao paciente sobre a importância da higienização adequada durante o uso do aparelho ortodôntico.

6.6. Prótese Dentária

I. Pacientes com ausência de dentes poderão ser reabilitados com próteses totais, parciais removíveis ou fixas, conforme indicação.
II. O planejamento da prótese inclui a moldagem inicial, prova da estrutura e ajustes

finais para garantir o conforto e a função mastigatória adequada.

III. As orientações para o paciente incluem cuidados com a prótese, manutenção de hábitos de higiene e retorno periódico para ajustes.

7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL E ORIENTAÇÕES AOS PACIENTES

O serviço de odontologia dos CEOs deve promover ações de educação em saúde bucal, abordando temas como:

I. Higiene bucal: Orientações sobre escovação adequada, uso do fio dental, higienização de próteses e cuidados específicos para pacientes em tratamento ortodôntico.

II. Prevenção de doenças bucais: Informar sobre os fatores de risco para cárie, doenças periodontais e câncer bucal, incentivando o autocuidado e a prevenção.

III. Cuidados pós-operatórios: Orientações sobre os cuidados após procedimentos cirúrgicos, como dieta adequada, controle da dor e sinais de complicações.

IV. Uso correto de próteses: Orientações sobre adaptação e cuidados com próteses dentárias, evitando lesões bucais e aumentando a durabilidade do dispositivo.

8. BIOSSEGURANÇA E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

O Serviço de Odontologia nos CEOs deve seguir rigorosamente os protocolos de biossegurança, garantindo a proteção de pacientes e profissionais:

I. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI): Profissionais devem utilizar jalecos, luvas, máscaras, toucas e óculos de proteção durante os procedimentos.

II. Esterilização de materiais e equipamentos: Todos os instrumentos odontológicos reutilizáveis devem ser devidamente esterilizados conforme normas vigentes.

III. Desinfecção de superfícies: A cadeira odontológica, bandejas e outros equipamentos devem ser desinfectados entre os atendimentos, minimizando o risco de contaminação cruzada.

IV. Higienização das mãos: O protocolo de higienização das mãos deve ser seguido rigorosamente antes e após o contato com o paciente.

9. DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS

Todos os procedimentos realizados no CEO devem ser documentados no prontuário do paciente, incluindo:

I. Data e descrição detalhada do procedimento realizado.
II. Plano de tratamento, com as etapas a serem seguidas.
III. Exames clínicos e radiográficos, quando aplicáveis.
IV. Evolução do paciente e orientações pós-operatórias.
V. Assinatura e carimbo do cirurgião-dentista responsável.

10. MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

I. O acompanhamento dos pacientes deve ser contínuo, com reavaliações periódicas para monitorar a evolução do tratamento.
II. A equipe odontológica deve garantir que o paciente siga o plano de tratamento e faça os retornos regulares para manutenção, ajustes de próteses, aparelhos ortodônticos ou controle de doenças periodontais.

11. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Os CEOs também devem oferecer atendimento odontológico de urgência, atendendo pacientes com:

I. Dor aguda causada por abscessos dentários, inflamações periodontais ou cáries profundas.
II. Fraturas dentárias ou traumas orofaciais.
III. Hemorragias e complicações pós-operatórias.

12. INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

Para garantir a qualidade do serviço prestado, os seguintes indicadores serão monitorados:

I. Taxa de conclusão de tratamentos endodônticos e ortodônticos.
II. Satisfação dos pacientes com os atendimentos.
III. Incidência de complicações pós-operatórias.
IV. Adesão às orientações de higiene bucal e cuidados pós-tratamento.
V. Taxa de sucesso na reabilitação protética e cirúrgica.

13. NORMAS ÉTICAS E CONFIDENCIALIDADE

O serviço de odontologia deve seguir rigorosamente o Código de Ética Odontológica, garantindo a confidencialidade das informações dos pacientes e preservando sua privacidade.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Odontologia nos Centros de Especialidades Odontológicas tem como foco oferecer atendimento especializado e de qualidade à população, integrando-se com a rede de atenção básica e promovendo a saúde bucal de forma eficiente e resolutiva. Este protocolo será revisado periodicamente, visando melhorias e atualização das práticas conforme as novas evidências e diretrizes de saúde pública.

XXII. PROTOCOLO DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo padronizar as normas e rotinas para o atendimento em saúde mental nas unidades de saúde, proporcionando assistência integral, humanizada e segura para os pacientes com transtornos mentais e necessidades psicológicas. O cuidado em saúde mental deve ser centrado no acolhimento, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação psicossocial, com atuação integrada da equipe multidisciplinar.

2. OBJETIVOS

I. Proporcionar assistência qualificada e humanizada aos pacientes com transtornos mentais e sofrimento psíquico.
II. Promover o acesso ao cuidado em saúde mental no âmbito das unidades de saúde, integrando o atendimento às redes de apoio psicossocial e familiar.
III. Prevenir internações psiquiátricas por meio de intervenções precoces e contínuas.
IV. Garantir a reintegração social e o fortalecimento da autonomia dos pacientes.
V. Facilitar o acesso ao acompanhamento e tratamento psicológico, psiquiátrico e psicossocial, atuando de forma interdisciplinar.

3. POPULAÇÃO-ALVO

O atendimento de saúde mental nas unidades de saúde é voltado para:

I. Pacientes com transtornos mentais leves a moderados, como depressão, ansiedade, transtornos de humor e distúrbios comportamentais.
II. Pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, como esquizofrenia, transtorno bipolar e transtornos psicóticos.
III. Pacientes com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).
IV. Crianças, adolescentes, adultos e idosos que necessitam de acompanhamento

psicossocial.

V. Pacientes com ideação suicida, comportamento autolesivo ou em crise psiquiátrica.

4. MODALIDADES DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

4.1. Acolhimento e Triagem

I. O acolhimento é a primeira abordagem do paciente na unidade de saúde. A equipe de saúde deve estar preparada para escutar e acolher o paciente de forma humanizada, identificando sinais de sofrimento mental e comportamental.

II. A triagem deve avaliar o estado emocional, identificar riscos iminentes (como risco de suicídio ou agressividade) e classificar o grau de urgência do atendimento.

III. Pacientes com sinais de urgência em saúde mental, como ideação suicida, agressividade ou crise aguda, devem ser atendidos imediatamente.

4.2. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental

I. A consulta de enfermagem em saúde mental deve incluir uma avaliação do estado emocional, comportamental e social do paciente, considerando sua história de saúde mental, rede de apoio e contexto familiar.

II. O enfermeiro deve realizar a escuta qualificada, identificar fatores de risco e fatores de proteção e orientar o paciente quanto aos serviços disponíveis.

III. Em casos de necessidade, o enfermeiro pode encaminhar o paciente para atendimento psicológico ou psiquiátrico especializado.

4.3. Atendimento Psicológico

I. O atendimento psicológico é oferecido para pacientes que apresentam sofrimento psíquico, transtornos de humor (depressão, ansiedade) e conflitos emocionais.

II. O tratamento pode ser realizado por meio de psicoterapia breve, terapia cognitivo-comportamental (TCC), psicanálise ou outras abordagens conforme o caso.

III. O psicólogo deve desenvolver um plano terapêutico individualizado, com sessões semanais ou quinzenais, e acompanhar a evolução do quadro ao longo do tempo.

IV. Em casos de crise emocional ou comportamento autolesivo, o psicólogo deve realizar intervenções imediatas e encaminhar o paciente para acompanhamento psiquiátrico, se necessário.

4.4. Atendimento Psiquiátrico

I. O atendimento psiquiátrico deve ser oferecido aos pacientes que necessitam de avaliação médica para diagnóstico e tratamento farmacológico de transtornos mentais.

II. A consulta psiquiátrica inclui avaliação clínica, diagnóstico psiquiátrico e prescrição de medicamentos, como antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor ou ansiolíticos, quando necessário.

III. O psiquiatra deve monitorar a adesão ao tratamento medicamentoso e possíveis efeitos colaterais, ajustando a medicação conforme a evolução clínica do paciente.

IV. Pacientes em risco de suicídio ou com transtornos graves devem ser acompanhados de perto e, quando necessário, encaminhados para internação em unidade psiquiátrica.

4.5. Acompanhamento Psicossocial

I. O acompanhamento psicossocial é fundamental para promover a reintegração do paciente à vida social, familiar e comunitária.

II. O assistente social deve atuar na identificação de vulnerabilidades socioeconômicas e familiares, orientando e encaminhando os pacientes para programas de assistência social, reabilitação e educação continuada.

III. Em casos de abandono ou negligência familiar, o assistente social pode articular-se com outras redes de apoio, como o Conselho Tutelar, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e serviços de reabilitação psicossocial.

5. ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL

5.1. Atendimento de Emergência Psiquiátrica

I. Em casos de crise psiquiátrica, como ideação suicida, tentativa de suicídio, agressividade ou descompensação de transtornos mentais graves, a equipe deve realizar atendimento emergencial.
II. A estabilização do paciente inclui intervenções medicamentosas rápidas, contenção física ou química (quando indicado) e monitoramento contínuo dos sinais vitais.
III. A equipe de saúde deve acionar o suporte psiquiátrico ou, se necessário, encaminhar o paciente para internação em um hospital especializado em saúde mental.

5.2. Intervenção em Crises Suicidas

I. Pacientes em crise suicida devem ser tratados com extrema prioridade. A equipe de saúde deve manter uma escuta ativa, evitando julgamentos e proporcionando um ambiente de acolhimento seguro.
II. O paciente em risco de suicídio deve ser monitorado de forma intensiva e não pode ser deixado sozinho até que haja uma intervenção segura.
III. O encaminhamento para acompanhamento psiquiátrico ou internação, se necessário, deve ser feito de forma ágil, garantindo a continuidade do cuidado.

6. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

6.1. Ações Preventivas e Promoção de Saúde Mental

I. As unidades de saúde devem desenvolver atividades educativas e preventivas voltadas à promoção da saúde mental, incluindo campanhas sobre autocuidado, prevenção de suicídio, combate ao uso de drogas e fortalecimento da resiliência emocional.
II. As ações podem incluir palestras, grupos terapêuticos, oficinas de expressão artística e atividades que promovam o fortalecimento da rede de apoio social e familiar.
III. Os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar precocemente

sinais de transtornos mentais e promover o encaminhamento adequado aos serviços especializados.

6.2. Grupos de Apoio Psicossocial

I. A criação de grupos de apoio para pacientes com transtornos mentais, dependência química e suas famílias é uma estratégia eficaz de promoção da saúde mental e fortalecimento do apoio mútuo.
II. Os grupos devem ser coordenados por profissionais da saúde mental (psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras) e focar em temas como reabilitação psicossocial, controle de crises, enfrentamento de dependências e reintegração social.

7. ACOMPANHAMENTO CONTÍNUO E REAVALIAÇÃO

I. O acompanhamento contínuo dos pacientes com transtornos mentais deve ser realizado por meio de consultas regulares com a equipe de saúde mental (psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais).
II. A reavaliação periódica do quadro clínico e da adesão ao tratamento é essencial para garantir a eficácia das intervenções.
III. Nos casos de evolução positiva, o plano terapêutico pode ser ajustado, reduzindo a frequência das consultas ou modificando as abordagens terapêuticas.

8. DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS

Todos os atendimentos realizados no âmbito da saúde mental devem ser devidamente registrados em prontuário, garantindo a continuidade do cuidado. O registro deve incluir:

I. Data e descrição do atendimento;
II. Avaliação clínica, psicológica e psiquiátrica;
III. Diagnósticos e intervenções realizadas;
IV. Evolução do paciente;
V. Plano terapêutico e encaminhamentos.

9. BIOSSEGURANÇA E CUIDADOS ESPECÍFICOS

Os profissionais que atuam no cuidado em saúde mental devem seguir as normas de biossegurança, garantindo a proteção contra contaminações e infecções:

I. Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI): Máscaras, luvas e demais EPIs são obrigatórios, especialmente em atendimentos de emergência ou com pacientes em crise.
II. Higienização das mãos: Deve ser realizada antes e após cada atendimento.
III. Ambiente seguro: As unidades de saúde devem estar equipadas para atender pacientes em crise com segurança, dispondo de salas de atendimento adequadas e ambientes livres de objetos perigosos.

10. ÉTICA E CONFIDENCIALIDADE

Os profissionais devem seguir as normas éticas do cuidado em saúde mental, respeitando a confidencialidade das informações e a privacidade dos pacientes. O sigilo das informações só deve ser quebrado em situações que envolvam risco à vida do paciente ou de terceiros.

11. INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE MENTAL

Para garantir a qualidade do atendimento, os seguintes indicadores devem ser monitorados:

I. Taxa de adesão ao tratamento psicológico e psiquiátrico.
II. Taxa de internações evitadas por intervenções precoces.
III. Número de atendimentos em crises e evolução positiva dos casos.
IV. Nível de satisfação dos pacientes e familiares com o atendimento.
V. Monitoramento de casos de ideação suicida e ações preventivas realizadas.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo de cuidados em saúde mental em unidades de saúde visa garantir a integralidade e a continuidade do atendimento a pacientes com transtornos mentais, assegurando

uma abordagem humanizada, ética e resolutiva. O protocolo deve ser revisado periodicamente, com o objetivo de atualizar as práticas conforme as evidências científicas e as diretrizes de políticas públicas em saúde mental.

13 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, P. (2014). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Barros, S. & Prates, F. (2017). Atenção Psicossocial: O Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental. São Paulo: Manole.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2015). Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtorno Mental e Comportamento com Necessidade de Atenção Integral à Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Cadernos de Atenção Básica.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2015). Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Pitta, A. (2011). Reabilitação Psicossocial no Brasil: Diretrizes e Estratégias. São Paulo: Hucitec.

World Health Organization (WHO). (2019). Guidelines on Mental Health at Primary Health Care.

XXIII. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CUIDADO PARA O SUICÍDIO EM UNIDADES DE SAÚDE

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo padronizar a avaliação e o cuidado para pacientes em risco de suicídio nas unidades de saúde, garantindo que o atendimento seja rápido, eficaz e humanizado. O suicídio é um problema de saúde pública e sua prevenção envolve o reconhecimento precoce dos sinais de risco, intervenção adequada e acompanhamento contínuo.

2. OBJETIVOS

I. Identificar precocemente pacientes com risco de suicídio e oferecer atendimento imediato e contínuo.
II. Proporcionar uma avaliação completa do risco de suicídio, com base em fatores de risco, sinais de alerta e história clínica.
III. Estabelecer intervenções de cuidado imediato, incluindo medidas de segurança, acompanhamento psicológico, psiquiátrico e psicossocial.
IV. Promover o acompanhamento e a prevenção do suicídio a longo prazo, integrando as redes de apoio e os serviços de saúde mental.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Este protocolo será aplicado a qualquer paciente que apresente:

I. Ideação suicida (pensamentos ou planejamento sobre suicídio).
II. Comportamento autolesivo ou tentativas anteriores de suicídio.
III. Sinais e sintomas de sofrimento emocional grave, como depressão severa, transtornos de ansiedade ou transtornos psicóticos.
IV. Comportamento de risco associado ao uso de substâncias psicoativas.
V. Fatores de risco específicos, como perdas recentes, luto, isolamento social, doenças crônicas ou terminais, histórico familiar de suicídio.

4. FATORES DE RISCO E SINAIS DE ALERTA PARA O SUICÍDIO

Os fatores de risco e sinais de alerta são fundamentais para a identificação de pacientes em risco. A equipe de saúde deve estar atenta a:

4.1. Fatores de Risco

I. Histórico pessoal: Tentativas anteriores de suicídio, diagnóstico de transtornos mentais (depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline).
II. Histórico familiar: Suicídio ou transtornos mentais graves na família.
III. Uso de substâncias: Abuso de álcool ou outras drogas.
IV. Fatores psicossociais: Isolamento social, perdas recentes (morte de entes queridos, separações), violência doméstica, bullying.
V. Doenças crônicas e incapacitantes: Diagnósticos de doenças graves ou crônicas, dores intensas, doenças terminais.
VI. Fatores econômicos ou legais: Desemprego, problemas financeiros graves, questões legais pendentes.

4.2. Sinais de Alerta

I. Fala sobre morte ou suicídio, como "Eu preferia estar morto" ou "Eu não vejo saída".
II. Expressão de desesperança, sentimentos de vazio, inutilidade ou falta de sentido na vida.
III. Afastamento de amigos e família, perda de interesse por atividades antes apreciadas.
IV. Mudanças drásticas de humor ou comportamento, como agitação ou apatia.
V. Despedidas, doações de bens pessoais ou arranjos relacionados à morte.
VI. Aumento do consumo de álcool ou drogas.
VII. Ações autodestrutivas ou de automutilação.

5. AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

A avaliação do risco de suicídio é um passo crítico e deve ser conduzida com sensibilidade e profissionalismo, garantindo uma abordagem empática.

5.1. Escuta Ativa e Acolhimento

I. A equipe de saúde deve proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para que o paciente possa falar abertamente sobre seus sentimentos e pensamentos suicidas, sem julgamentos.
II. Realizar perguntas diretas e claras sobre o suicídio, como: "Você tem pensado em acabar com sua vida?" ou "Você já planejou como faria isso?"

5.2. Avaliação dos Fatores de Risco e de Proteção

I. Fatores de risco: Identificar os fatores mencionados no item 4.1.
II. Fatores de proteção: Identificar fatores que possam reduzir o risco, como apoio familiar, adesão ao tratamento, crenças religiosas ou culturais que desestimulam o suicídio, relações interpessoais positivas.

5.3. Avaliação da Ideação e Planejamento Suicida

Durante a avaliação, deve-se verificar:

I. Intensidade e frequência dos pensamentos suicidas: "Com que frequência você pensa em tirar a própria vida?"
II. Existência de um plano: "Você já pensou em como faria isso?"
III. Acesso aos meios para cometer o suicídio: "Você tem acesso aos meios para realizar o plano?" (ex.: armas, medicamentos).
IV. Intenção de realizar o ato: "Você acredita que realmente cometeria o suicídio?"

5.4. Classificação do Risco de Suicídio

Após a avaliação, o risco de suicídio pode ser classificado como:

I. Baixo risco: Ideação suicida sem plano definido, presença de fatores de proteção,

baixa intenção de realizar o ato.

II. Moderado risco: Ideação suicida com plano indefinido, fatores de risco presentes, mas com alguns fatores de proteção.

III. Alto risco: Ideação suicida com plano definido, acesso aos meios, forte intenção de realizar o ato, fatores de risco significativos, ausência de fatores de proteção.

6. INTERVENÇÕES IMEDIATAS EM CASO DE RISCO DE SUICÍDIO

6.1. Pacientes de Baixo a Moderado Risco

I. Intervenção psicológica imediata: Iniciar acompanhamento psicológico e orientações sobre prevenção do suicídio.

I. Criação de um plano de segurança: Desenvolver junto ao paciente uma estratégia de manejo de crises, incluindo a criação de um plano de segurança, que inclua:
   a. Contatos de emergência para momentos de crise (família, amigos, profissionais de saúde).
   b. Identificação de gatilhos que possam agravar o sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento para evitá-los ou minimizá-los.
   c. Estabelecimento de um ambiente seguro, removendo ou restringindo o acesso a meios letais (armas, medicamentos em excesso, objetos cortantes).

II. Encaminhamento para atendimento especializado: Pacientes em risco moderado devem ser encaminhados para acompanhamento regular com psicólogo e psiquiatra, sendo estabelecido um plano terapêutico contínuo.

III. Monitoramento frequente: O paciente deve ser reavaliado periodicamente para verificar a evolução do quadro e ajuste do plano terapêutico.

6.2. Pacientes de Alto Risco

I. Atendimento emergencial: Pacientes com risco de suicídio iminente devem receber atendimento imediato. A equipe deve garantir que o paciente não fique sozinho até que as medidas de segurança estejam implementadas.

II. Avaliação psiquiátrica urgente: O paciente deve ser avaliado por um psiquiatra de forma emergencial, considerando a necessidade de hospitalização.

III. Contenção e monitoramento contínuo: Se houver comportamento agressivo ou de risco, pode ser necessária contenção física ou química (medicamentos sedativos) de forma controlada e ética, garantindo a segurança do paciente.

IV. Internação psiquiátrica: Pacientes com risco elevado de suicídio, plano concreto e intenção clara de executar o ato devem ser encaminhados para internação em uma unidade de saúde mental com supervisão contínua.

V. Notificação e envolvimento da família: A família deve ser informada sobre a gravidade da situação e orientada a participar ativamente do processo de acompanhamento e suporte ao paciente.

7. PLANO DE ACOMPANHAMENTO A LONGO PRAZO

7.1. Monitoramento Psicológico e Psiquiátrico Contínuo

I. Pacientes que apresentaram risco de suicídio, independentemente da gravidade, devem ser acompanhados a longo prazo por uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais.

II. As consultas de acompanhamento devem ser frequentes, especialmente nas primeiras semanas após o atendimento emergencial ou internação.

III. O paciente deve ser monitorado quanto à adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterapêutico, observando sinais de agravamento ou melhora do quadro.

7.2. Plano Terapêutico Individualizado

I. Psicoterapia: Técnicas de psicoterapia, como terapia cognitivo-comportamental (TCC), devem ser aplicadas para ajudar o paciente a desenvolver mecanismos de enfrentamento e modificar pensamentos disfuncionais que podem contribuir para o risco de suicídio.

II. Tratamento medicamentoso: O psiquiatra deve avaliar a necessidade de prescrição de medicamentos, como antidepressivos, estabilizadores de humor ou antipsicóticos, dependendo do quadro clínico.

III. Revisão periódica do plano terapêutico: O plano de tratamento deve ser revisado regularmente para garantir que o paciente esteja evoluindo positivamente e para ajustar a abordagem conforme necessário.

7.3. Envolvimento da Família e Rede de Apoio

I. A família deve ser orientada e capacitada para identificar sinais de risco e prestar apoio emocional ao paciente.
II. A rede de apoio (família, amigos, profissionais de saúde) deve ser envolvida no cuidado, garantindo que o paciente tenha suporte em momentos de crise e durante o processo de recuperação.

7.4. Reinserção Social e Acompanhamento Psicossocial

Pacientes com risco de suicídio podem apresentar dificuldades de reinserção social e funcional. O serviço social deve atuar para facilitar o retorno às atividades diárias, como trabalho e estudos, e promover a integração em grupos sociais e comunitários que possam oferecer suporte emocional e social. O fortalecimento das redes sociais e comunitárias é uma medida importante para a recuperação da saúde mental e a prevenção de novas crises.

7.5. Prevenção de Recidivas

I. Pacientes que já apresentaram ideação suicida ou tentativas de suicídio devem ser monitorados continuamente para prevenir recidivas.
II. É importante reforçar as orientações sobre os sinais de alerta e o plano de segurança, assegurando que o paciente e a família saibam como agir em momentos de crise.
III. Envolver o paciente em atividades que promovam a melhoria da autoestima, a ocupação saudável do tempo e a integração social, como participação em grupos de apoio, terapias ocupacionais ou atividades de lazer.

8. PLANO DE SEGURANÇA INDIVIDUALIZADO

O plano de segurança é uma estratégia fundamental para pacientes em risco de suicídio e deve ser elaborado com a participação ativa do paciente. Ele deve incluir:

8.1. Identificação de Gatilhos e Sinais de Alerta

I. O paciente deve ser orientado a reconhecer os sinais precoces de uma crise suicida, como sentimentos de desesperança, isolamento social ou aumento do consumo de substâncias.
II. Identificar fatores ou situações que aumentam o sofrimento emocional (ex.: conflitos familiares, perdas, questões financeiras) e evitar a exposição a esses gatilhos, sempre que possível.

8.2. Estratégias de Enfrentamento

I. O paciente deve ser encorajado a adotar estratégias saudáveis para lidar com o estresse e a angústia, como exercícios físicos, técnicas de relaxamento, prática de hobbies, busca de suporte emocional de amigos ou familiares.
II. Utilizar técnicas de respiração, meditação ou atividades que promovam o bem-estar emocional como formas de controle de crises emocionais.

8.3. Redes de Apoio e Contatos de Emergência

I. O paciente deve ter acesso a uma lista de contatos de emergência, incluindo familiares, amigos próximos e profissionais de saúde (psicólogo, psiquiatra, equipe de apoio) para acionar em momentos de crise.
II. Garantir que o paciente saiba a quem recorrer e tenha facilidade de contato com essas pessoas em caso de agravamento da situação emocional.

8.4. Restrição de Acesso a Meios Lethais

I. A equipe de saúde deve orientar o paciente e seus familiares a remover ou limitar o acesso a meios letais, como armas de fogo, medicamentos em excesso, cordas ou objetos cortantes.
II. A família deve ser envolvida na supervisão dessas medidas, garantindo um ambiente seguro e protegido durante o processo de recuperação.

9. EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

9.1. Treinamento da Equipe

I. Todos os profissionais de saúde devem receber capacitação contínua sobre a identificação, manejo e prevenção do suicídio. Isso inclui treinamento para reconhecer sinais de alerta, realizar intervenções iniciais e atuar em situações de emergência.
II. A equipe deve estar apta a oferecer um atendimento humanizado, respeitoso e não estigmatizante, favorecendo a criação de uma relação de confiança com o paciente.

9.2. Supervisão e Apoio aos Profissionais

A atuação em situações de crise suicida pode ser desgastante para os profissionais de saúde. Por isso, deve-se garantir suporte emocional e supervisão regular para a equipe que atua diretamente com pacientes em risco de suicídio, prevenindo o desgaste emocional e o estresse ocupacional.

10. DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

Todos os atendimentos relacionados ao risco de suicídio devem ser documentados de forma clara e detalhada no prontuário do paciente, incluindo:

I. Anamnese detalhada com a avaliação do risco de suicídio.
II. Fatores de risco e proteção identificados.
III. Planos de segurança estabelecidos e orientações fornecidas ao paciente e à família.
IV. Intervenções realizadas, tanto no atendimento de urgência quanto no acompanhamento subsequente.
V. Monitoramento da evolução do quadro clínico e ajustes no plano terapêutico.

11. ÉTICA E CONFIDENCIALIDADE

O atendimento de pacientes em risco de suicídio deve seguir rigorosamente os princípios éticos, incluindo:

I. Respeito à autonomia do paciente, desde que não coloque sua vida ou de terceiros em risco.
II. Confidencialidade das informações, com compartilhamento restrito à equipe de saúde envolvida no cuidado. A quebra de sigilo deve ser considerada apenas em situações de risco iminente.
III. Acolhimento sem julgamentos, oferecendo suporte emocional adequado ao paciente e sua família.

12. INDICADORES DE QUALIDADE DO PROTOCOLO

Para garantir a eficácia do protocolo, os seguintes indicadores devem ser monitorados:

I. Taxa de identificação precoce de pacientes com risco de suicídio.
II. Número de atendimentos emergenciais relacionados a crises suicidas e evolução dos casos.
III. Taxa de adesão dos pacientes ao plano terapêutico e ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico.
IV. Satisfação dos pacientes e familiares com o atendimento prestado.
V. Taxa de recidivas e eventos adversos relacionados ao suicídio.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo visa garantir uma abordagem integral, humanizada e eficaz na prevenção e manejo de casos de suicídio em unidades de saúde. O sucesso do cuidado depende da atuação coordenada entre a equipe de saúde, o paciente e sua rede de apoio. O protocolo deverá ser revisado periodicamente para se adequar a novas evidências científicas e diretrizes de saúde pública relacionadas à prevenção do suicídio.

XXIV. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA

OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via gástrica e entérica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutição.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

I. MATERIAL
II. Prescrição médica
III. Bandeja
IV. Medicamento
V. Recipiente descartável
VI. 2 seringas 20mL
VII. Luvas de procedimentos
VIII. Estetoscópio

PROCEDIMENTO

I. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
II. Verificar a prescrição médica;
III. Explicar o procedimento ao usuário;
IV. Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
V. Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição,

carimboe assinatura do prescritor;

VI. É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;

VII. Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável; no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água devido ao risco de incompatibilidade físico-química;

VIII. Dissolver o medicamento em água, se necessário recomenda-se o uso de macerador de vidro ou cerâmica;

IX. Usar dispositivos adequados de medida ao entornar os líquidos e verificar a quantidade de medicamento ao nível dos olhos;

X. Limpar a borda do frasco com toalha de papel após dispensação;

XI. Aspirar o medicamento em seringa;

XII. Calçar luvas de procedimentos;

XIII. Verificar o posicionamento da Sonda Mickey ou Tubo de gastrostomia/jejunostomia;

XIV. Se estiver em infusão de dieta, antes de passar o medicamento, interromper a dieta;

XV. Lavar a sonda/tubo com 15 a 30 Ml de água;

XVI. Conectar a seringa na ponta da sonda/tubo certificando que está realmente no localadequado;

XVII. Administrar o medicamento lentamente;

XVIII. Administrar água 15 a 30Ml para lavar a sonda/tubo após a administração domedicamento;

XIX. No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá serlavado com 5 a 15 Ml de água;

XX. Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco;

XXI. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;

XXII. Registrar o procedimento.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem
II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, verificação de posicionamento da sonda/tubo, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento Ambulatorial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. **BIT** - **Boletim Informativo de Técnovigilância**, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400**, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito doSistema Únicode Saúde-SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em: 20 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 453/2014**, de 16 de janeiro de 2014. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação da equipe deenfermagem em terapia nutricional. Disponível em: http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=264977. Acesso em: 21 fev. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010**, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf . Acesso em: 20 fev. 2018.

HOEFLER, R.; VIDAL, J. S. Administração de medicamento por sonda. **Farmacoterapêutica**, Brasília, ano 14, n. 3-4, p. 1-4, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/063a068_farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em: 16 mai 2019.

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

XXV. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SNG/SNE

OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente pela via gástrica e entérica a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias, em usuários impossibilitados de deglutição.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Prescrição médica
II. Bandeja
III. Medicamento
IV. Recipiente descartável
V. 2 seringas 20mL
VI. Luvas de procedimentos
VII. Estetoscópio

PROCEDIMENTO

I. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
II. Verificar a prescrição médica;
III. Explicar o procedimento ao usuário;
IV. Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
V. Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição,

carimboe assinatura do prescritor;

VI. É recomendado abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;

VII. Retirar cada medicamento(s) da embalagem para preparar em um copo descartável; no caso de múltiplos medicamentos, triturá-los e diluí-los separadamente em água devido ao risco de incompatibilidade físico-química;

VIII. Dissolver o medicamento em água, se necessário recomenda-se o uso de maceradorde vidro ou cerâmica;

IX. Usar dispositivos adequados de medida ao entornar os líquidos e verificar a quantidade de medicamento ao nível dos olhos;

X. Limpar a borda do frasco com toalha de papel após dispensação;

XI. Aspirar o medicamento em seringa;

XII. Calçar luvas de procedimentos;

XIII. Verificar o posicionamento da SNG ou SNE conforme procedimento operacional padrão;

XIV. Se estiver em infusão de dieta, antes de passar o medicamento, interromper a dieta;

XV. Lavar a sonda com 15 a 30 mL de água;

XVI. Conectar a seringa na ponta da sonda certificando que está realmente no localadequado;

XVII. Administrar o medicamento lentamente;

XVIII. Administrar água 15 a 30mL para lavar a sonda após a administração do medicamento;

XIX. No caso de múltiplos medicamentos, entre um medicamento e outro deverá serlavado com 5 a 15 mL de água;

XX. Medicamentos líquidos mantidos em geladeira, verificar a data de abertura do frasco.

XXI. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;

XXII. Registrar o procedimento.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem

II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, incluindo testes de verificação de posicionamento da sonda, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo eassinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de Atendimento Ambulatorial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Luvas cirúrgicas e luvas de procedimentos: considerações sobre seu uso. **BIT** - **Boletim Informativo de Técnovigilância**, Brasília, DF, n. 2, abr./maio/jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400**, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbitodo Sistema Únicode Saúde-SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.> Acesso em: 20 fev. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO-SP. **Parecer COREN-SP 045/2012 – CT**, de 31 de janeiro de 2013. Troca de sonda de gastrostomia, jejunostomia. Respaldo legal e competência do Enfermeiro. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Parecer%20045-2012.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010**, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

HOEFLER, R.; VIDAL, J. S..Administração de medicamento por sonda. **Farmacoterapêutica**, Brasília, ano 14, n. 3-4, p. 1-4, mai./ago. 2009. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/122/063a068_farmacoterapeutica.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

XXVI. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS TÓPICOS

OBJETIVO

Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Bandeja
II. Medicamento (pós, cremes, óleos, loções, adesivos transdérmicos)
III. Luvas de procedimento

PROCEDIMENTO

I. Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
II. Verificar a prescrição;
III. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;
IV. Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;
V. Preparar o medicamento para um usuário de cada vez;
VI. Conferir o nome do usuário data de validade, posologia, data da prescrição, carimbo eassinatura do prescritor;
VII. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e viaprescrita;
VIII. Somente abrir o medicamento diante do usuário;
IX. Calçar luvas de procedimento ou luvas estéreis (avaliar o local de aplicação);
X. Verificar se o local de aplicação está limpo e proceder limpeza com Solução

Fisiológica0,9% ou água e sabão (se necessário);

XI. Proceder a aplicação do de uma fina camada do medicamento no local prescrito de maneira asséptica, espalhando-o uniformemente com auxílio de uma espátula, aplicador e/ou gaze;

XII. Quando se tratar de adesivos, proceder a aplicação conforme a orientação do fabricante;

XIII. Retirar as luvas;

XIV. Higienizar as mãos conforme procedimento de fricção antisséptica das mãos ouhigienização simples das mãos;

XV. Checar o medicamento na prescrição médica.

OBSERVAÇÃO

I. Avaliar a necessidade de oclusão local, com gaze e/ou faixa, a fim de evitar que o contatocom roupas remova o medicamento;

II. Em caso de loções e cremes espalhe-os suavemente, pois a fricção pode causarirritações;

III. Em caso de adesivos transcutâneos, remover o anterior antes de aplicar o novo.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem

II. Técnico de enfermagem

III. Enfermeiro

IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

REFERÊNCIA

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

XXVII. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR

OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Bandeja
II. Medicamento
III. Luvas de procedimento (se necessário)
IV. Gaze estéril
V. Solução Fisiológica 0,9% 10 mL

PROCEDIMENTO

I. Higienizar aas mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
II. Verificar a prescrição;
III. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;
IV. Avaliar o histórico de alergias a medicamentos;
V. Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
VI. Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimboe assinatura do prescritor;

VII. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e viaprescrita;

VIII. Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador, se possível;

IX. Colocar luvas de procedimento (se houver secreção), e limpar a orelha externa comgaze embebida com Solução Fisiológica 0,9%;

X. Colocar o usuário deitado sobre o lado não afetado ou sentado com a cabeça bem inclinada para o lado, para que a orelha afetada fique em posição superior;

XI. Deixar reto o canal auditivo, puxando a porção cartilagínea do pavilhão auditivo paracima e para traz, no adulto, e para traz no caso de crianças em idade escolar. Puxarpara baixo e para traz no caso de bebês e crianças menores de 3 anos;

XII. Instilar o medicamento sobre a lateral do canal auditivo, sem contaminar o conta-gotas/frasco (fica desconfortável para o usuário se o medicamento cair diretamente na membrana timpânica). Aguardar de dois a três minutos na posição para após realizar o procedimento na outra orelha, se prescrito;

XIII. Com delicadeza, pressionar o trago (pequena saliência na entrada do ouvido externo), algumas vezes para ajudar a movimentação do medicamento;

XIV. Se prescrito, inserir um chumaço de algodão na região mais externa do canal, sem comprimir, deixar por 15 minutos e após retirá-lo;

XV. Retirar as luvas;

XVI. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

XVII. Checar o medicamento na prescrição médica.

OBSERVAÇÃO

Não se aplica.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem

II. Técnico de enfermagem

III. Enfermeiro

IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem:** a arte e a ciência do cuidado deenfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

XXVIII. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)

OBJETIVO

Geralmente é utilizada para realizar teste de hipersensibilidade, PPD (Derivado Proteico Purificado), processo de dessensibilidade, imunização BCG e para administrações de anestésicos locais.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Prescrição médica
II. Bandeja
III. Medicamento
IV. Recipiente de material perfurocortante
V. Seringa 1mL
VI. Agulha 13x0,45mm
VII. Algodão
VIII. Álcool a 70%
IX. Luvas de procedimento

PROCEDIMENTO

I. Higiene das mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
II. Identificar o usuário, perguntando seu nome completo;
III. Verificar a prescrição e certificar-se de que está completa: verificar o nome do

usuário, o medicamento, a dose, a via e o horário;

IV. Questionar o usuário ou familiares sobre histórico de alergias;

V. Preparar o medicamento para um usuário de cada vez, conferir a sua data de validade, identificar a seringa com o medicamento, organizar o material na bandejae transportá-lo até o usuário;

VI. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento. Nesse momento, quando possível, comunicar ao usuário qual o medicamento está sendo administrado e quala sua ação.

VII. Somente preparar o medicamento diante o usuário;

VIII. Escolher o local de aplicação preferencialmente na parte anterior do antebraço, quenão seja pigmentado ou tenha muitos pelos;

IX. Calçar as luvas de procedimento e colocar óculos de proteção (para teste tuberculínico);

X. Solicitar ao usuário que estenda o cotovelo e apoie o antebraço sobre uma superfície plana;

XI. Delimitar o local de acordo com o a finalidade do procedimento: três a quatro centímetros abaixo da fossa antecubital e um palmo acima do punho (terço médio da face anterior do antebraço) para testes de sensibilidade, processo de dessensibilização e teste tuberculínico;

XII. Realizar antissepsia no local da injeção utilizando bola de algodão embebida em álcool 70%, com movimento circular, firme e único, de dentro pra fora. Após, deixar secar completamente (30 segundos);

XIII. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios deassepsia;

XIV. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;

XV. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;

XVI. Usar a mão não dominante para esticar as dobras da pele no local da injeção;

XVII. Colocar a agulha com bisel para cima formando com a pele um ângulo de 5 a 15°, colocando a agulha quase paralela à superfície da pele;

XVIII. Em seguida avance o bisel da agulha através da epiderme aproximadamente 3mm abaixo da superfície da pele. A extremidade da agulha poderá ser vista embaixo da pele;

XIX. Injetar o líquido lentamente, ao mesmo tempo em que observa o surgimento de

uma pápula pálida de aproximadamente 6mm. Normalmente a resistência é sentida. Quando não, a agulha está muito profunda; remova e recomece o procedimento;

XX. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção e não fazer compressão no local. Caso seja necessário enxugar alguma gota de solução do local, utilizar gaze seca;

XXI. Colocar o usuário em posição confortável;

XXII. Recompor a unidade;

XXIII. Descartar os perfurocortantes em recipiente rígido e os demais materiais em local adequado;

Retirar as luvas;

I. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;

II. Checar o medicamento administrado na prescrição médica;

III. Registrar o procedimento.

OBSERVAÇÕES

I. A via ID suporta um volume máximo de 0,5mL por injeção.

II. Lembrar-se da importância de identificar os nove certos para administração de medicamentos: usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.

III. Não administrar a injeção se a pele do usuário não estiver completamente seca, poisa presença de água, álcool ou umidade na pele pode inativar o antígeno. Não injetara solução até que o bisel tenha sido introduzido completamente, evitando possível extravasamento.

IV. Não é necessária a troca de agulhas no momento da aplicação.

V. A região superior do tórax, abaixo das escápulas, também pode ser utilizada comoalternativa de aplicação.

VI. Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programade Imunização.

VII. Para realização de PPD seguir POP específico.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem
II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.** Brasília, DF: ANVISA, 2017. (Série segurança do usuário e qualidade em serviços de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095**, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Anexo 3: protocolo de segurança naprescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Uso seguro de medicamentos:** guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: COREN-SP, 2017.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administration: an overview. **British Journal of Nursing**, London, v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010.

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

XXIX. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)

OBJETIVO

Administrar medicamentos por via intramuscular.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Prescrição médica
II. Álcool a 70%
III. Bandeja
IV. Medicamento
V. Curativo bandagem s/n
VI. Recipiente para descarte de material perfurocortante
VII. Algodão
VIII. Seringa de 3 ou 5mL
IX. Agulha para aspiração (40x1,2 / 30x0,8 / 25x0,8mm)
X. Agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20x0,55mm)
XI. Luvas de procedimento

PROCEDIMENTO

I. Acolher o usuário e se apresentar;
II. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
III. Verificar a prescrição e certificar-se que está completa: o nome do usuário,

omedicamento, a dose, a via e o horário;

IV. Questionar o usuário e família sobre histórico de alergias;

V. Preparar o medicamento para um usuário de cada vez, conferir sua data de validade;

VI. Abrir a embalagem da seringa e colocar a agulha, mantendo os princípios deassepsia;

VII. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;

VIII. Trocar a agulha por uma compatível com o medicamento e as condições da musculatura do usuário;

IX. Organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;

X. Explicar o procedimento ao usuário. Nesse momento, quando possível, comunicarao usuário qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação;

XI. Identificar o usuário (perguntando o nome completo), orientar o procedimento ecomunicar o início do mesmo;

XII. Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.

XIII. Selecionar a região apropriada para a injeção;

XIV. Inspecionar o local da pele avaliando existência de equimose, inflamação, edemaentre outros;

XV. Observar a integridade e o tamanho do músculo;

XVI. Posicionar o usuário dependendo da posição escolhida (ortostática, sentada, sims oupronada);

XVII. Calçar as luvas de procedimento;

XVIII. Delimitar a área intramuscular de escolha.

Região Ventroglútea:

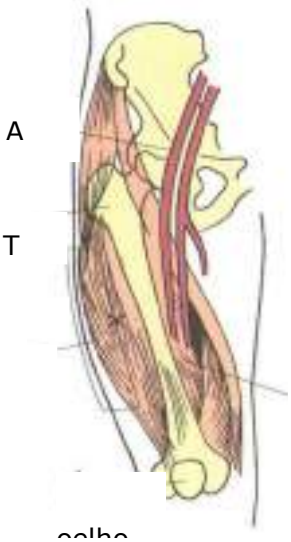
Posicionar o dedo médio da mão contrária ao lado selecionado (mão direita em região ventroglútea esquerda e mão esquerda em região ventroglútea direita) sobre crista ilíaca, deixar a palma da mão cair naturalmente sobre o trocânter maior do fêmur, afastar o dedo indicador apontando-o para a espinha ilíaca anterossuperior e fazer a aplicação no centrodo triângulo formado pelos dedos médio e indicador, com a agulha ligeiramente voltada à crista ilíaca em um ângulo aproximado de 72º (volume máximo 4mL).



Fonte: Potter et al. (2018)

Região da face anterolateral da coxa (músculo vasto lateral):

Traçar uma linha média na parte anterior e uma linha média na parte lateral da coxa, dividiro espaço entre o trocânter e o joelho em três partes iguais e fazer a aplicação no terço médio, introduzindo a agulha na direção podálica num ângulo aproximado de 60° (volumemáximo 4mL). Em RN (até 28 dias), lactente (de 28 dias até 24 meses) e crianças (de 24 meses a 10 anos), introduzir a agulha com ângulo de 45° a 60° e em adolescentes (11 a 17 anos), ângulo de 60° a 90°.



Fonte: Potter et al. (2018)

Região deltoidea (músculo deltoide):

Solicitar que o usuário relaxe o braço ao lado do corpo e flexione o cotovelo. Localizar o acrômio e traçar uma linha horizontal 3,5 a 5,0 cm abaixo do mesmo. Identificar a inserçãoinferior do deltoide e, a partir daí, traçar duas linhas diagonais formando um triângulo imaginário com a linha horizontal. Fazer a aplicação na região central do triângulo,introduzindo a agulha num ângulo de 90º (volume máximo 1mL).



Fonte: Potter et al. (2018)

Região dorsoglútea:

Este local está associado a injeções inadvertidas, em muitas pessoas; injetar neste tecidoaltera a absorção do fármaco e causa irritação tissular. Mais importante ainda, o local está associado a lesão significativa, inclusive dor e paralisia temporária ou permanente, causada por danos ao nervo ciático. **Deverá ser usado como última escolha no adulto.**Traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca póstero-superior ao trocânter do fêmur e fazer a aplicação no ponto médio a 2,5 cm acima da linha imaginária, introduzindo a agulhacom ângulo de 90º em relação à superfície em que o usuário estiver deitado (volume máximo 4mL).



Fonte: Atkinson e Murray (1989)

I. Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimento firme, único e centrífugo (circular do centro para fora) e deixar secar completamente;
II. Segurar o algodão seco entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;
III. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;
IV. Segurar a seringa, entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante como umdardo com a palma da mão para baixo;
V. Com a mão não dominante, estirar a pele e fixar o músculo;
VI. Introduzir rapidamente a agulha em ângulo adequado para o músculo selecionado;
VII. Com a mão não dominante, aspirar para verificar se a agulha está alcançando um vaso sanguíneo e em caso negativo, injetar lentamente o medicamento (1mL/10s). Caso retorne sangue, desprezar a seringa com o medicamento e recomeçar o procedimento;
VIII. Colocar o algodão seco na pele próximo da inserção da agulha.
IX. Esperar 10 segundos e então retirar a agulha no mesmo ângulo que foi inserida em movimento rápido, único e firme e solte a pele;
X. Aplicar algodão seco sobre a região e não massagear;
XI. Não reencapar a agulha - utilizar dispositivos de segurança;
XII. Desprezar os perfurocortantes em recipiente rígido e os demais materiais em localadequado;
XIII. Avaliar necessidade de curativo bandagem;
XIV. Retirar as luvas, em recipiente e local adequados;

XV. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;

XVI. Checar o medicamento e registrar o procedimento.

OBSERVAÇÃOVOLUME

IDADE	DELTOIDE	VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO	VASTO LATERAL
Prematuros	-	-	-	0,5mL
Neonatos	-	-	-	0,5mL
Lactentes	-	-	-	1,0mL
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5mL	1,0mL	1,5mL
Crianças de 6 a14 anos	0,5mL	1,5 - 2,0mL	1,5 - 2,0mL	1,5mL
Adolescentes	1,0mL	2,0 – 2,5mL	2,0 – 2,5mL	1,5 - 2,0mL
Adultos	1,0mL	4,0mL	4,0mL	4,0mL

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010 a)

CALIBRE DA AGULHA

CALIBRE DA AGULHA	LOCAL	CARACTERÍSTICAS DO USUÁRIO
30 x 0,8mm	Ventroglúteo Dorsoglúteo	Usuários adultos Homens com peso entre 60 e 118Kg Mulheres entre 60 a 90Kg
30 x 0,7mm	Ventroglúteo dorsoglúteo	Usuários adultos Homens com peso entre 60 e 118Kg Mulheres entre 60 a 90Kg
25 x 0,7mm	Deltoide Vasto Lateral	Usuários Adultos Mulheres com peso superior a 90Kg
25 x 0,6mm	Vasto lateral da coxa	Crianças - avaliação clínica é imprescindívelpara tomada de decisão

20 x 0,55mm	Vasto lateral da coxa	Crianças - avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010 a)

Quando a massa muscular do usuário é pequena, segure o corpo do músculo entre o polegar e os dedos (prega muscular).

Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização.

Atenção: para os usuários que possuem implantação de prótese de silicone em glúteos e coxas, utilizar preferencialmente região ventroglútea. Se dúvida, consultar o enfermeiro.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem
II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, local de aplicação, intercorrências (se houver), assinatura e horário de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem**: introdução ao processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do usuário ou outros documentos de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Administração de**

medicamentos por via intramuscular. São Paulo: COREN, 2010a.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010**, de 18 de fevereiro de 2010b. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 010/2009 – CT**, de 10 de setembro de 2009. Troca de agulha para administração de medicamento por via intramuscular. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Parecer%2010.2009.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

FURLAN, M. L. S. et al. **Manual de procedimentos técnicos de Enfermagem.** Ribeirão Preto: Centro Universitário Barão de Mauá, 2017.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.

XXX. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR – TÉCNICA EM Z

OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos pela via intramuscular, por meio da técnica em Z, com a finalidade de reduzir a dor e minimizar a irritação cutânea local pela vedação do medicamento no tecido muscular.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Prescrição médica;
II. Bandeja;
III. Medicamento;
IV. Recipiente de material perfurocortante;
V. Seringa;
VI. Agulha para aspiração (40x1,2 / 30x0,8 / 25x0,8mm);
3.7 Agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20x0,55mm);
VII. Algodão;
VIII. Álcool a 70%;
IX. Luvas de procedimento;
X. Recipiente descartável ou seringa.

PROCEDIMENTO

I. Acolher o usuário;
II. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica

das mãos ou higienização simples das mãos;

III. Identificar o usuário (perguntando o nome completo), orientar o procedimento ecomunicar o início do mesmo;

IV. Verificar a prescrição e certificar-se de que está completa: verificar o nome do usuário, o medicamento, a dose, a via e o horário;

V. Questionar o usuário ou familiares sobre histórico de alergias;

VI. Reunir o material;

VII. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento operacional;

VIII. Preparar o medicamento para um usuário de cada vez, conferir a sua data devalidade;

IX. Trocar a agulha por uma compatível com o medicamento e as condições da musculatura do usuário;

X. Organizar o material na bandeja e transportá-lo até o usuário;

XI. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento. Nesse momento, quando possível, comunicar ao usuário qual o medicamento está sendo administrado e quala sua ação;

XII. Evitar locais com equimose, inflamação, edema, endurecimento ou queixas de dor;

XIII. Avaliar as condições do músculo para aplicação do medicamento e selecionar a região mais adequada, preferir um músculo grande e profundo (como o músculo ventroglúteo);

XIV. Garantir a privacidade do usuário fechando cortinas, biombo, portas etc.

XV. Orientar o usuário sobre a melhor posição para receber o medicamento e ajudá-lo aocupar a posição adequada;

XVI. Posicionar o dedo médio da mão contrária ao lado selecionado (mão direita em região ventroglútea esquerda e mão esquerda em região ventroglútea direita) sobre a cristailíaca, deixar a palma da mão cair naturalmente sobre o trocânter do fêmur, afastar o dedo indicador apontando-o para a espinha ilíaca anterossuperior e fazer a aplicaçãono centro do triângulo formado pelos dedos médio e indicador, com a agulha ligeiramente voltada à crista ilíaca – ângulo aproximado de 72° (Figura 1A).

Figura 1 - Localização da região ventroglútea **(1A).** Administrando a injeção intramuscular nomúsculo ventroglúteo usando o método do trajeto em Z **(2A)**; **(3A)**

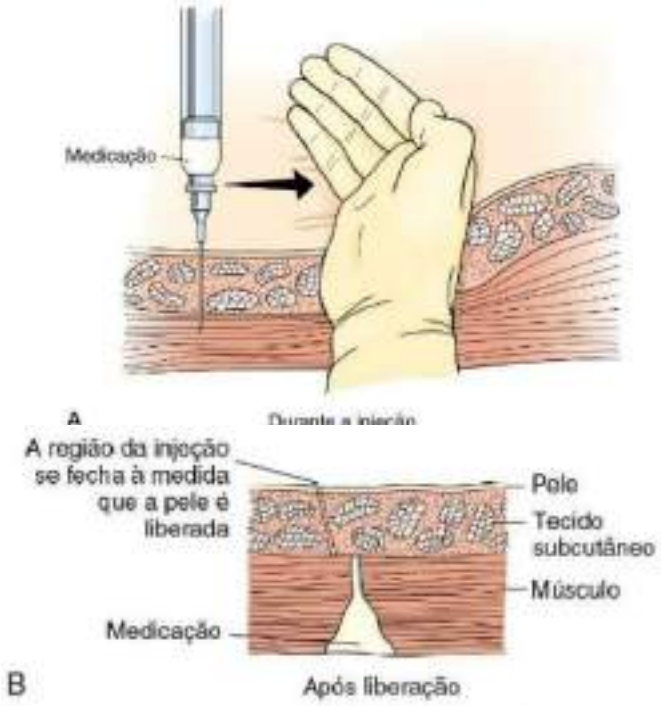
(1A) (2A) (3A)



Fonte: Potter et al. (2018)

Para utilizar o método do trajeto em Z, coloque a mão não dominante sobre o local e tracione a pele e os tecidos subcutâneos suprajacentes por aproximadamente 2 a 3cm lateralmente ou para baixo (Figura 3A).

Figura 2 - Tracionar a pele suprajacente durante a injeção intramuscular move o tecido paraevitar o trajeto posterior. O método de injeção com trajeto em Z impede a deposição de medicamento no tecido sensível.



Fonte: Potter et al. (2018)

I. Manter a pele nesta posição até administrar a injeção;
II. Realizar a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimento firme, único e centrífugo (circular do centro para fora) e deixar secar completamente;
III. Segurar o algodão seco entre o terceiro e quarto dedo da mão não dominante;
IV. Retirar a capa protetora da agulha e segurar a seringa com a mão dominante, comose estivesse segurando um dardo;
V. Introduzir a agulha profundamente no músculo;
VI. Com a mão não dominante, aspirar para verificar se a agulha está alcançando um vaso sanguíneo e em caso negativo, injetar lentamente o medicamento (1mL/10s). Caso retorne sangue, desprezar a seringa com o medicamento e recomeçar o procedimento;
VII. Esperar 10 segundos para a retirada da agulha, para possibilitar que o medicamentose disperse de modo uniforme em vez de percorrer o canal formado pelo trajeto da agulha;
VIII. Colocar o algodão seco sobre o local e exercer uma pressão leve, retirando a agulhano mesmo ângulo em que foi introduzida, em um movimento firme, único e rápido, sem massagear;
IX. Soltar a pele ao retirar a agulha (isto deixa uma trajetória em zig-zag que veda o trajeto da agulha onde os planos teciduais deslizam um sobre o outro);
X. Desprezar os perfurocortantes em recipiente rígido e os demais materiais em local adequado;
XI. Retirar as luvas, em recipiente e local adequados;
XII. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
XIII. Checar medicamento e registrar o procedimento.

OBSERVAÇÃO

O volume máximo a ser administrado na região ventroglútea é de 4mL.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem
II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Administração de** medicamentos por via intramuscular. São Paulo: COREN, 2010.

HOPKINS, U.; ARIAS, C. Large volume IM injections: a review of best practices. **OncologyNurse Advisor**, New York, jan./feb., p. 32-37, 2013.

NICOLL, L. H.; HESBY, A. Intramuscular injection: an integrative research review and guideline for evidence-based practice. **Applied Nursing Research,** Philadelphia, v. 15, n.3, p. 149-162, 2002.

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

XXXI. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias através de aplicação de pomada ou colírio naconjuntiva ocular.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Bandeja
II. Medicamento
III. Luva de procedimento (se necessário)
IV. Gaze estéril ou bola de algodão
V. Solução Fisiológica 0,9% 10 mL
VI. Lenços de papel

PROCEDIMENTO

I. Higienizaras mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
II. Verificar a prescrição;
III. Identificar o usuário pela identificação do leito, perguntar seu nome completo e pelapulseira de identificação;
IV. Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento;
V. Determinar se usuário tem alergia a algum medicamento;

VI. Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;

VII. Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimboe assinatura do prescritor;

VIII. Somente abrir o medicamento diante do usuário ou acompanhante/cuidador;

IX. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e via prescrita;

X. Inclinar a cabeça do usuário um pouco para trás, se estiver sentado, ou colocar suacabeça sobre um travesseiro, se estiver deitado;

XI. Oferecer lenço de papel para o usuário retirar o medicamento e as lágrimas quepossam sair dos olhos durante o procedimento;

XII. Colocar luvas de procedimento;

XIII. Limpar as pálpebras do usuário com gaze embebida em solução fisiológica 0,9%, em movimento único, da porção interna para o canto externo, evitando o transporte de resíduos para os dutos lacrimais;

XIV. Descartar a gaze e usar uma para cada limpeza;

XV. Afastar a pálpebra inferior com o polegar, com o auxílio de uma gaze, apoiando a mão na face do usuário, solicitando ao usuário para olhar para o teto;

XVI. Se medicamento em gotas, instilar o número de gotas no saco conjuntivo inferior, nocanto externo; sem tocar o conta-gotas na conjuntiva;

XVII. Se o medicamento for apresentado na forma de pomada, depositá-la ao longo de toda a extensão do saco conjuntivo inferior, sem tocar o aplicador da pomada na conjuntiva;

XVIII. Soltar a pálpebra inferior após a instilação/aplicação e solicitar que o usuário feche os olhos delicadamente;

XIX. Orientar o usuário a não esfregar o olho;

XX. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

XXI. Checar o medicamento.

OBSERVAÇÃO

A solução deve ser direcionada ao saco conjuntivo inferior porque a córnea é sensível epassível de lesão. Tal procedimento evita o reflexo de piscar.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem
II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

XXXII. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL

OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamento adequado de diversas patologias.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Bandeja
II. Supositório
III. Luva de procedimento
IV. Gaze estéril

PROCEDIMENTO

I. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
II. Identificar o usuário pela identificação do leito, perguntar seu nome completo e pelapulseira de identificação;
III. Apresentar-se ao usuário. Explique o procedimento em relação ao posicionamento eàs sensações a esperar, como a de defecação;
IV. Determinar se o usuário tem alergia a algum medicamento;
V. Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez;
VI. Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimboe assinatura do prescritor;
VII. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o

medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e viaprescrita;

VIII. Cercar o leito com biombos, e fechar a porta quando possível, a fim de garantir a privacidade;

IX. Colocar luvas de procedimento. Caso o usuário informe alergia ao látex, utilize luvassem látex;

X. Colocar o usuário na posição de decúbito lateral (Sims)*, mantendo-o coberto,apenas com a região anal exposta;

XI. Solicitar ao usuário para realizar respirações lentas e profundas pela boca, e relaxaro esfíncter anal;

XII. Afastar os glúteos com auxílio de uma gaze, com a mão não dominante;

XIII. Introduzir o supositório, gentilmente pelo ânus até o esfincter interno e contra a parede do reto, 10cm no adulto e 5 cm na criança e bebê, solicitando ao usuário quenão tente fazer força de evacuar;

XIV. Aplicar uma pressão suave para segurar as nádegas e manter a medicação na posição;

XV. Descartar os materiais, remover as luvas e higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simplesdas mãos;

XVI. O usuário deverá permanecer na mesma posição por 5 minutos, para evitar a expulsão do supositório;

XVII. Checar o medicamento.

OBSERVAÇÃO

Posição Sims*:



Fonte: http://enfcetep.blogspot.com/2010/11/posicao-de-sims.html

I. O enfermeiro deverá avaliar o histórico do usuário em relação à hemorroidas, fissurasanais, cirurgia retal ou sangramentos.
II. O enfermeiro poderá avaliar, quando necessário, as condições do ânus externamente,palpando as paredes retais, antes de administrar o medicamento.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem
II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, resultado da evacuação (quantidade, aspecto e consistência das fezes), carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

XXXIII. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

OBJETIVO

Administrar medicamentos pela via subcutânea.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Agulhas (13x0,45mm / 8x0,30mm)
II. Álcool a 70%
III. Bandeja S/N
IV. Curativo bandagem
V. Medicamento
VI. Seringa 1mL
VII. Algodão
VIII. Luvas de procedimento
IX. Prescrição do medicamento
X. Recipiente para descarte de material perfurocortante.

PROCEDIMENTO

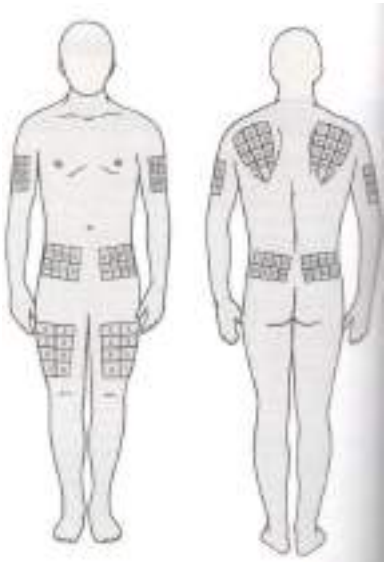
I. Acolher o usuário;
II. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
III. Verificar a prescrição
IV. Aspirar o medicamento da ampola ou frasco-ampola conforme procedimento

operacional;

V. Identificar o usuário, orientar o procedimento e comunicar o início do mesmo;

VI. Atentar-se para a privacidade do usuário fechando cortinas, colocando biombos efechando portas etc;

VII. Escolher o local de aplicação realizando rodízio dos locais frequentemente;



Fonte: Potter et al. (2013)

VIII. Escolher o local de aplicação, verificando se o local escolhido está limpo, palpar o local em busca de nódulos, rubor ou dor. Inspecione a superfície da pele verificando a existência de equimose, inflamação ou edema. Evitar estes locais;

IX. Posicionar o usuário de acordo com a área selecionada para aplicação;

X. Calçar as luvas de procedimento;

XI. Realizar antissepsia da região com algodão embebido em álcool 70%. Posicionar o chumaço no centro da região a ser limpa e faça movimento circular do centro para bordas aproximadamente 5 cm;

XII. Segurar a bola de algodão entre o terceiro e quarto dedos da mão não dominante;

XIII. Tirar a proteção da agulha com a mão não dominante em um movimento direto;

XIV. Pinçar a pele com os dedos polegar e indicador da mão não dominante, mantendoaté o fim da aplicação;

XV. Segurar a seringa (como um dardo) entre o polegar e indicador da mão dominante;

XVI. Inserir a agulha no ângulo de 45 a 90º; para usuário obeso ângulo de 90º;
XVII. Injetar o medicamento de forma lenta (1mL/10s);
XVIII. Soltar a pele e colocar algodão seco na pele próximo da inserção da agulha;
XIX. Retirar a agulha no mesmo ângulo da inserção, aplicando algodão seco;
XX. Não reencapar a agulha; colocar a seringa na bandeja ou acionar dispositivos especiais de segurança que protegem a agulha;
XXI. Colocar curativo bandagem, se necessário;
XXII. Descartar a seringa na caixa de perfurocortante;
XXIII. Retirar as luvas;
XXIV. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
XXV. Registrar o procedimento.

OBSERVAÇÃO

I. Volume máximo para essa via: 1,5mL;
II. Medicamentos anticoagulantes somente devem ser aplicados na região dos flancos;
III. Evitar região peri umbilical;
IV. Para insulina diária alterne os locais de aplicação;
V. Perfurar um vaso sanguíneo nesta via é muito raro, por isso aspiração não é necessária.
VI. Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa deImunização;
VII. Para administração de insulina seguir orientações do protocolo do Programa de Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

Tabela 2. Recomendações sobre o uso apropriado de agulhas para aplicação de insulina por via SC.

Agulha (comprimento em mm)	Indicação	Prega subcutânea	Ângulo de inserção da agulha	Observações importantes
4 mm	Todos os indivíduos	Dispensável, exceto para crianças com menos de 6 anos	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
5 mm	Todos os indivíduos	Dispensável, exceto para crianças com menos de 6 anos	90°	Realizar prega subcutânea em indivíduos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação
6 mm	Todos os indivíduos	Indispensável	90° para adultos e 45° para crianças e adolescentes	Estabelecer ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, para evitar aplicação IM
8 mm	Não indicada para crianças e adolescentes. Risco de aplicação IM.	Indispensável	90° para adultos e 45° para crianças e adolescentes	Estabelecer ângulo de 45° em adultos com escassez de tecido subcutâneo nos locais de aplicação, para evitar aplicação IM
12 a 13 mm	Risco de aplicação IM em todos os indivíduos	Indispensável	45°	Alto risco de aplicação IM em todos os indivíduos

IM: intramuscular.

Fonte: Oliveira, Montenegro Junior e Venâncio (2017)

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem
II. Técnico de enfermagem
III. Enfermeiro
IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, local de aplicação, intercorrências e providências tomadas, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de atendimento ambulatorial. No caso de não administrar o medicamento, anotar o motivo.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do usuário ou outros documentos de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP CAT nº 014/2010**, de 18 de fevereiro de 2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_14.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M.; VENANCIO, S. (Org.). **Diretrizes da** Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad, 2017.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica**. Recomendações para uso de luvas em serviços de saúde.** São Paulo: Secretaria da Saúde, 2016.

XXXIV. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL

OBJETIVO

Garantir a administração de medicamentos adequadamente a fim de proporcionar tratamentoadequado de diversas patologias.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF),Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Bandeja
II. Medicamento
III. Recipiente descartável
IV. Espátula de madeira
V. Água
VI. Luvas de Procedimento

PROCEDIMENTO

I. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos.
II. Verificar a prescrição.
III. Identificar o usuário pela identificação do leito, perguntar seu nome completo e pelapulseira de identificação.
IV. Avaliar o histórico de alergias a medicamentos.
V. Explicar o procedimento ao usuário.
VI. Preparar os medicamentos para um usuário de cada vez.

VII. Conferir o nome do usuário, data de validade, posologia, data da prescrição, carimboe assinatura do prescritor.

VIII. Ler o nome do medicamento três vezes: quando pegar, preparar e guardar o medicamento, confrontando a apresentação do medicamento com a posologia e viaprescrita.

IX. Somente abrir o medicamento diante o usuário ou acompanhante/cuidador.

X. Colocar o(s) medicamento(s) embalado(s) em um copo descartável.

XI. Calçar luvas de procedimento se necessário.

XII. Colocar o medicamento sob a língua do usuário (com a mão enluvada ou com a utilização de copo descartável). Se necessário, elevar a língua com auxílio da espátula, caso necessário.

XIII. Orientar o usuário para que aguarde a absorção sem conversar, e sem deglutir a saliva até dissolver o medicamento.

XIV. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;

XV. Checar o medicamento.

OBSERVAÇÃO

I. Oferecer os medicamentos em separado quando forem mais que um.

II. Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa deImunização.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de enfermagem

II. Técnico de enfermagem

III. Enfermeiro

IV. Médico

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, aceitação ou recusa do usuário, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em prontuário ou Ficha de

atendimento ambulatorial.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). Manual de Procedimentos para Administração de Medicamentos.

Hurst, H. M. (2019). Nursing Drug Handbook. 39ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2016). Boas Práticas em Procedimentos de Enfermagem: Diretrizes para a Administração de Medicamentos.

Rodrigues, A. C. & Campos, F. T. (2018). Farmacologia Aplicada à Enfermagem. 3ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan.

Silva, D. M., & Martins, L. R. (2020). Procedimentos de Enfermagem: Uma Abordagem Prática. Rio de Janeiro: Editora Rubio.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2018). Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

XXXV. AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

OBJETIVO

Realizar avaliação física do sistema respiratório, observando a frequência, ritmo, e qualidade dos movimentos respiratórios. Esses dados devem ser precisos para subsidiar as ações de enfermagem e condutas médicas, ajudando a identificar possíveis alterações no padrão respiratório do paciente.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Este procedimento é aplicável em diversos ambientes de atenção à saúde, como:

I. Unidades Básicas de Saúde (UBS)
II. Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS)
III. Ambulatórios
IV. Unidades de Pronto Atendimento (UPA)
V. Unidades de Saúde da Família (USF)
VI. Serviço de Assistência Domiciliar (SAD)
VII. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

MATERIAL

I. Luvas de procedimento não estéril (se necessário)
II. Biombo (para garantir a privacidade do paciente)
III. Relógio com ponteiros de segundos

PROCEDIMENTO: AFERIÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

I. Higienizar as mãos conforme o procedimento operacional padrão para reduzir o risco de contaminação cruzada.
II. Reunir o material necessário para a execução do procedimento.
III. Identificar o paciente, garantindo a segurança e a comunicação adequada durante a abordagem.

IV. Posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou em decúbito dorsal, assegurando o relaxamento dos músculos torácicos.

V. Promover a privacidade do paciente usando um biombo ou outro recurso adequado.

VI. Simular a verificação do pulso radial do paciente enquanto observa discretamente os movimentos respiratórios para não influenciar o padrão respiratório.

VII. Contar o número de inspirações em 30 segundos e multiplicar por 2 para calcular a frequência respiratória em um minuto. Se houver qualquer anormalidade na frequência, ritmo ou amplitude, contar por um minuto completo.

VIII. Higienizar as mãos ao final do procedimento.

IX. Comunicar a enfermeira ou o médico responsável caso haja qualquer anormalidade, como assimetria, bradipneia, taquipneia, apneia, entre outros padrões anormais de respiração.

VALORES DE REFERÊNCIA (REPOUSO E SEM FEBRE)

Faixa Etária	Limites Normais	Limite de Alerta
Recém-nascidos	35 a 55 rpm	60 rpm
Lactentes < 6 meses	30 a 50 rpm	50 rpm
Entre 6 meses e 2 anos	25 a 35 rpm	40 rpm
Pré-Escolares e escolares	20 a 30 rpm	35 rpm
Adolescentes	16 a 20 rpm	30 rpm
Adultos	12 a 20 rpm	25 rpm

Fonte: Oliveira (2016)

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de Enfermagem: Assistir no processo de aferição e registros.

II. Técnico de Enfermagem: Realizar o procedimento com supervisão.

III. Enfermeiro: Realizar o procedimento e comunicar anormalidades.

IV. Médico: Tomar decisões clínicas baseadas nos dados aferidos.

REGISTRO

Registrar todos os dados do procedimento, sem arredondamentos, incluindo o membro utilizado para a aferição. As informações devem ser documentadas em ficha de atendimento ou no sistema eletrônico (ex.: Sistema Hygia). O registro deve incluir data, horário, assinatura e carimbo de quem realizou o procedimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2020.

MOREIRA, A. S., SILVA, R. F., & SOUZA, V. G. Aferição da Frequência Respiratória: Técnicas e Relevância Clínica. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(3), 2019.

OLIVEIRA, R. G**. Blackbook Enfermagem.** Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

TAYLOR, C. et al. **Fundamentos de Enfermagem**: a arte e a ciência do cuidado deenfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

XXXVI. AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

OBJETIVO

Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Luvas de procedimento não estéril se necessário
II. Bandeja
III. Biombo
IV. Algodão
V. Produto padronizado pela CCI - SMS
VI. Oxímetro de pulso

PROCEDIMENTO

I. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
II. Reunir o material;
III. Identificar o usuário;
IV. Explicar ao usuário sobre o procedimento;
V. Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
VI. Promover privacidade do usuário;
VII. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;

VIII. Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão embebido emproduto padronizado pela CCI – SMS;

IX. Instalar pulso oxímetro em extremidades (quirodáctilos, pododáctilos ou lóbulosauriculares);

X. Realizar a leitura da saturação periférica de oxigênio;

XI. Realizar a desinfecção do sensor do pulso oxímetro com algodão embebido em Solução padronizada pela CCI - SMS e guardá-lo em local adequado;

XII. Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: saturação periférica de oxigênio inferior a 90%, cianose ou frialdade em extremidades entre outras anormalidades relacionadas à saturação periférica de oxigênio.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de Enfermagem

II. Técnico em Enfermagem

III. Enfermeiro

OBSERVAÇÕES

A saturação de oxigênio aceitável varia de 95% a 100%; um valor de menos que 90% é considerável hipoxemia; entretanto, os valores abaixo de 90% podem ser aceitáveis para certas doenças crônicas.

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados; data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em ficha de atendimento e/ou no Sistema Hygia e lançar procedimento no sistema.

REFERÊNCIAS

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

XXXVII. AFERIÇÃO DE TEMPERATURA

OBJETIVO

Realizar avaliação física do sistema termorregulador, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Saúde da Família (USF), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

MATERIAL

I. Luvas de procedimento não estéril se necessário
II. Bandeja
III. Biombo
IV. Termômetro digital ou termômetro de infra vermelho
V. Algodão
VI. Produto padronizado pela CCI - SMS
VII. Papel toalha
VIII. Hastes flexíveis

AFERIÇÃO DA TEMPERATURA

I. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;
II. Reunir o material;
III. Identificar o usuário;
IV. Explicar ao usuário sobre o procedimento;
V. Colocar o usuário sentado ou em decúbito dorsal, de forma confortável;
VI. Promover privacidade do usuário;

VII. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;

VIII. Para termômetro digital: realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em produto padronizado pela CCI - SMS no sentido da haste para o bulbo;

IX. Para termômetro de infra vermelho: limpar o termômetro usando uma haste flexívelcom álcool a 70% para limpar o sensor. O restante do termômetro deve ser limpo

X. com algodão umedecido com álcool a 70% e manter em contato por pelo menos um minuto. Assegurar-se de que não entre qualquer líquido no interior do aparelho. Nãoutilizar produtos de limpeza abrasivos ou diluentes para limpar o termômetro e nuncao mergulhe em água ou em qualquer outro líquido.

TEMPERATURA AXILAR

I. Secar a região axilar do usuário se necessário, utilizando papel toalha;

II. Colocar o bulbo do termômetro na região axilar do usuário, dobrando seu braço sobre opeito;

III. Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro, retirar o termômetro e realizar aleitura;

IV. Realizar a desinfecção do termômetro com ou solução padronizada pela CCI - SMS dahaste para o bulbo e guardá-lo em local adequado;

V. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica dasmãos ou higienização simples das mãos;

VI. Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.

TEMPERATURA ORAL

I. Conferir se o usuário não utilizou alimentos quentes ou frios;

II. Colocar bulbo do termômetro sob a língua ou no espaço entre os dentes e a bochecha;

III. Solicitar ao usuário que feche a boca, mas que não morda o termômetro;

IV. Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro, retirar o termômetro e

realizar aleitura;

V. Realizar a desinfecção do termômetro com produto padronizado pela CCI - SMS dahaste para o bulbo e guardá-lo em local adequado.

VI. Higienizar as mãos.

VII. Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.

TEMPERATURA TEMPORAL

I. Verificar se a lente ou o sensor de infravermelho estão livres de detritos, sujeira ou condensação que possam afetar a precisão da leitura. Usar haste flexível e álcool à 70% para limpá-lo com cuidado, se necessário. Evitar arranhar a lente ou o sensor;

II. Realizar a aferição nas condições ambientes (temperatura e umidade) especificadaspelo fabricante;

III. Certificar que o usuário não fez ingestão de alimentos ou bebidas e nem realizou esforço físico. Caso tenha feito, deve-se aguardar no mínimo 5 minutos para que o usuário possa repousar;

IV. Ligar o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga;

V. Certificar que no visor que a aferição da temperatura esteja em <°C>;

VI. Certificar que o usuário não esteja com a cabelo na testa e que a pele não estejaúmida;

VII. Posicionar o sensor conforme orientação do fabricante;

VIII. Certificar para distância conforme orientação do fabricante;

IX. Assegurar de que a lente ou sensor de infravermelho estejam a um ângulo reto (90°) da superfície, ou seja, perpendicular à testa. Quando a aferição estiver concluída, umsinal sonoro será emitido;

X. Registrar a temperatura que aparece no visor e informe o resultado ao usuário;

XI. Caso o termômetro não desligue automaticamente, desligar o termômetro pressionando ligeiramente o botão Liga/Desliga;

XII. Aguardar por pelo menos dois minutos para nova mensuração (obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas);

XIII. Limpar o termômetro usando uma haste flexível com álcool a 70% para limpar o

sensor. O restante do termômetro deve ser limpo com algodão umedecido com álcoola 70% e manter em contato por pelo menos um minuto. Remover a bateria, caso nãová utilizá-lo por longo período;

XIV. Armazenar o termômetro em lugar protegido de temperaturas altas e baixas, umidade,luz direta e poeira.

TEMPERATURA ANAL

I. Calçar luvas de procedimento;
II. Lubrificar a ponta do termômetro que será inserida no reto;
III. Colocar o usuário deitado em decúbito lateral e com as pernas fletidas ou em posiçãode Sims, expondo apenas o sulco interglúteo;
IV. Lubrificar a ponta do termômetro;
V. Entreabrir o sulco interglúteo com a mão esquerda;
VI. Introduzir o bulbo no ânus com a mão direita, cerca de 2,5 cm, cuidadosamente;
VII. Aguardar o termômetro digital emitir o sinal sonoro;
VIII. Entreabrir o sulco interglúteo, removendo o termômetro;
IX. Cobrir a área exposta do usuário;
X. Realizar a leitura;
XI. Colocar o termômetro na cuba-rim;
XII. Colocar o usuário em posição confortável;
XIII. Recompor a unidade;
XIV. Lavar o termômetro com água e sabão;
XV. Realizar a desinfecção do termômetro com produto padronizado pela CCI-SMS;
XVI. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
XVII. Comunicar o enfermeiro ou o médico em caso de eventuais anormalidades, tais como: hipotermia e hipertermia.
XVIII. Não usar temperatura retal em recém-nascidos ou em usuários submetidos a intervenções cirúrgicas no reto e períneo, ou com processos inflamatórios presentes noreto e períneo.

Medida	Normal	Maior que a axilar	Subfebril	Febril
Axilar	35,5 a 36,9 C		37,0 a 37,7 C	Acima de 37,8 C

Oral	36,0 a 37,3 C	0,5 a 0,6 C	37,4 a 37,7 C	Acima de 38,0 C
Retal	36,0 a 37,5 C	0,5 a 0,8	37,6 a 37,9	Acima de 38,0 C

Fonte: Oliveira (2016)

O idoso por conta da perda de massa, diminuição de metabolismo e de células sudoríparas pode apresentar uma variação de 0,5 a 1°C menos que o adulto jovem e estar normotérmico ou afebril.

OBSERVAÇÃO: Na aferiação de temperatura temporal, seguir os mesmos valores de referência detemperatura axilar.

RESPONSABILIDADE

I. Auxiliar de Enfermagem
II. Auxiliar odontológico (temperatura axiliar e temporal)
III. Técnico em Enfermagem
IV. Enfermeiro
V. Médico
VI. Dentista (temperatura axiliar e temporal)

REGISTRO

Registrar o procedimento realizado, os resultados apresentados sem arredondamentos; respectivas características, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quemrealizou a técnica em ficha de atendimento e/ou no Sistema Hygia e lançar procedimento no sistema.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L. et al. (Org.). **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica deenfermagem no adulto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem.** Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

POTTER, P. A. et al**. Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

XXXVIII. MONITORAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA UTI

DEFINIÇÃO

Os indicadores de qualidade podem ser um meio de mensurar e avaliar as ações assistenciais.

OBJETIVO

Monitorar os indicadores de qualidade da assistência na UTI.
Contribuir para o gerenciamento de boas práticas em saúde.
Mensurar a qualidade da assistência na UTI.

ABRANGÊNCIA

Unidade Terapia Intensiva.

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Gestores da Unidade de Terapia Intensiva.

INDICAÇÃO

A avaliação dos indicadores é ferramenta imprescindível para o gerenciamento das boas práticas assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva. Os indicadores constituem instrumentos úteis para mensurar a assistência dos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, bem como a sua qualidade, proporcionando a identificação de falhas no processo de trabalho. Os indicadores de avaliação constituem o primeiro passo para o estabelecimento de padrões de excelência e melhoria contínua da assistência (BAÓ, *et al.* 2019).

Os indicadores são:

I. Total de pacientes admitidos na UTI

II. Taxa de mortalidade absoluta e estimada;
III. Quantidade de óbitos;
IV. Tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva;
V. Quantidade de saídas
VI. Taxa de reinternação em 24 horas;
VII. Densidade de Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV);
VIII. Taxa de utilização de ventilação mecânica (VM);
IX. Taxa de sucesso do desmame.
X. Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central;
XI. Taxa de utilização de cateter venoso central (CVC);
XII. Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.
XIII. Taxa de Ocupação da UTI
XIV. Pacientes-dia da UTI
XV. Leito dia instalado
XVI. Capacidade instalada
XVII. Taxa de pacientes admitidos na UTI com lesão por pressão (LPP)
XVIII. Taxa de aparecimento de LPP durante internamento na UTI
XIX. Tempo médio (dias) para o aparecimento de LPP durante internamento na UTI
XX. Efetividade na prevenção de LPP na UTI

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

I. Serão extraídos os dados dos livros de registros dos pacientes, assim como dos formulários padronizados utilizados na UTI.
II. Após coleta de dados dos indicadores será feito o tratamento dos mesmos utilizando fórmulas específicas de cada indicador conforme consta no sistema Geplanes.

PERIODICIDADE

Mensalmente os indicadores serão registrados no Geplanes.

REGISTRO

Toda coleta de dados e tratamento dos mesmos devem ser informados no sistema Geplanes.

REFERÊNCIAS

BAÓ, A. C. P; AMESTOY, S.C.; MOURA, G. M. S.S.; TRINDADE, L. L. Indicadores de qualidade: ferramentas para gerenciamento de boas práticas em saúde. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(2):377-84.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIAO. Instrução normativa Nº 4, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. Publicada no DOU nº 37, de 25/02/2010, seção 1, p. 52.

XXXIX. POSIÇÃO PRONA NO PACIENTE ADULTO

DEFINIÇÃO

A síndrome da angustia respiratória do adulto (SARA) apresenta altas taxas de mortalidade e morbidade, diante disso uma das terapêuticas sugeridas para o tratamento é a utilização da posição prona. Essa posição tem ganhado popularidade por melhorar a hipoxemia em até 70% dos casos. A manobra não é isenta de riscos, e as complicações mais comuns são: lesões por pressão, pneumonia associada a ventilação mecânica e obstrução ou decanulação do tubo endotraqueal.

OBJETIVO

Orientar os profissionais de saúde acerca da realização da prona.

ABRANGÊNCIA

Protocolo abrangerá todos os pacientes que tenham indicação da manobra nas Unidades de Saúde da ABEAS.

INDICAÇÃO / CONTRAINDICAÇÃO

De acordo com Welter e colaboradores (2019) a posição prona é realizada em pacientes que apresentem Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) com a finalidade de melhorar a oxigenação. A posição é indicada para pacientes com os seguintes critérios:

I. Relação PaO2 /FiO2 (pressão parcial de oxigênio no sangue arterial/ fração de oxigênio inspirado) ≤ 150 mmHg, nas primeiras 12 a 24 horas do início do quadro agudo;
II. Dificuldade em manter a ventilação pulmonar mecânica protetora (Volume de Ar Corrente (VAC) 4-6 ml/Kg);
III. Pressão de distensão alveolar < 15cmH2 O, pressão platô < 30cmH2 O);
IV. Disfunção ventricular direita conforme ecocardiografia.

CONTRAINDICAÇÃO

Absolutas:

I. Arritmias graves agudas;
II. Fraturas pélvicas;
III. Pressão intracraniana não monitorada ou significativamente aumentada;
IV. Fraturas vertebrais instáveis;
V. Esternotomia recente;
VI. Peritoneostomia.

Relativas

I. Manejo das vias aéreas;
II. Cirurgia traqueal ou esternotomia nos últimos 15 dias;
III. Traqueostomia há menos de 24 horas;
IV. Dreno torácico anterior com vazamento de ar;
V. Trauma ou ferimentos faciais graves ou cirurgia facial nos últimos 15 dias;
VI. Cirurgia oftalmológica ou pressão intraocular aumentada;
VII. Instabilidade hemodinâmica ou parada cardiorrespiratória recente;
VIII. Marcapasso cardíaco inserido nos últimos 2 dias;
IX. Dispositivo de assistência ventricular;
X. Balão intra-aórtico;
XI. Trombose venosa profunda tratada por menos de 2 dias;
XII. Hemoptise maciça ou hemorragia pulmonar que requer um procedimento cirúrgicoou intervencionista imediata;
XIII. Diálise contínua;
XIV. Lesões graves da parede torácica ou fraturas de costelas;
XV. Cirurgia cardiotorácica recente ou tórax instável;
XVI. Politrauma com fraturas não estabilizadas;
XVII. Gestação;
XVIII. Cirurgia abdominal recente ou formação de estoma;
XIX. Cifoescoliose;

XX. Osteoartrite ou artrite reumatoide avançadas;
XXI. Peso corpóreo superior a 135 Kg;
XXII. Pressão intra-abdominal > 20 mmHg.

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

São necessários no mínimo 5 profissionais, 6 quando paciente apresenta dreno de tórax. De preferência deve conter: 01 médico, 01 fisioterapeuta, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem.

MATERIAL NECESSÁRIO

I. Coxins para quadril, cabeça e pés;
II. 01 lençol móvel resistente;
III. Seringa, agulhas, tampinhas ou oclusores;
IV. Esparadrapo para auxiliar na fixação das conexões da Ventilação Mecânica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

I. Pré execução da manobra
II. Pausar dieta 2 horas antes;
III. Reunir a equipe para distribuição das funções e revisão da execução da manobra;
IV. Providenciar materiais necessário, testar bolsa válvula-máscara e separar material para aspiração;
V. Manter Carro de Emergência próximo ao leito;
VI. Checar todas as fixações dos dispositivos invasivos e curativos;
VII. Pausar hemodiálise contínua (se em curso);
VIII. Aspirar vias aéreas, verificar fixação do tubo orotraqueal e cuff;
IX. Pré-oxigenar o paciente com FiO2: 100% por 10 minutos;
X. Avaliar necessidade de sedação ou analgesia;
XI. Posicionar o leito a zero graus;
XII. Retirar monitorização, mantendo apenas o oxímetro;
XIII. Pausar infusões;

XIV. Desconectar frasco de SNE;

XV. Clampear sondas e drenos;

XVI. Posicionar drenos e coletores entre os membros inferiores.

Figura- 1 Imagens de coxins.



Figura 1- Coxins para face, tórax, pelve e punho.
Fonte: OLIVEIRA, V.M; et al,. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017;29(2):131-141.

Execução da manobra

I. O técnico de enfermagem deve realizar o registro dos sinais vitais, bem como os parâmetros ventilatórios;

II. Após a preparação, durante a execução da manobra:

III. O técnico de enfermagem deve deixar a cama em posição plana, colchão inflado e alinhar os membros;

IV. Enfermeiro e Fisioterapeuta: posicionam os coxins em pelve e tórax;

Figura-2 Posicionamento dos coxins sobre o tórax e a pelve, antes da realização do envelope**.**



Figura 2- Posicionamento dos coxins sobre o tórax e a pelve, antes da realização do envelope.
Fonte: OLIVEIRA, V.M; et al,. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017;29(2):131-141.

V. Técnico de enfermagem: posiciona o lençol móvel sobre o paciente, pausa infusões e desconecta, exceto vasopressores e NPT.

Figura-3 Manobra do envelope/ Passo 1



Figura 3- Manobra do envelope. Passo 1: posicionar o lençol superior sobre o inferior. Colocar drenos, sondas e dômus da pressão invasiva dentro do envelope.
Fonte: OLIVEIRA, V.M; et al,. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017;29(2):131-141.

VI. Técnico de enfermagem /Enfermeiro/ Fisioterapeuta: Formam o envelope (enrolando as bordas dos lençóis, o mais próximo do corpo do paciente);

Figura -4 Manobra do envelope/Passo 2



Figura 4- Manobra do envelope. Passo 2: unir o lençol superior e inferior o mais próximo possível do corpo do paciente.
Fonte: OLIVEIRA, V.M; et al. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017;29(2):131-141.

VII. E por fim realizar a manobra sem esquecer os 3 giros.

Figura- 5 Manobra do envelope/ Passo 3



Figura 5- Manobra do envelope. Passo 3: início do giro comandado pelo médico. Deslocar o paciente para lateral da cama contrária ao ventilador mecânico.
Fonte: OLIVEIRA, V.M; et al.. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017;29(2):131-141.

Figura- 6 Manobra do envelope/ Passo 4



Figura 6- Manobra do envelo. Passo 4: giro do paciente em posição lateral. Fazer a manobra da troca das mãos entre a equipe, colocando uma mão na lateral esquerda e outra na lateral direita do paciente.
Fonte OLIVEIRA, V.M. et al.. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra de prona. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017;29(2):131-141.

Cuidados pós-manobra

I. Checagem do posicionamento do tubo endotraqueal através da ausculta pulmonar ecomissura labial;
II. Checar posição dos coxins de pelve e tórax anterior, deixando o abdome livre, posicionando os demais coxins: face (evitando lesão ocular e do pavilhão da orelha;
III. Checar posição da cabeceira da cama (deixando em Trendelemburg reverso) reduzindo o risco de aspiração;
IV. Reposicionar os eletrodos no tórax do paciente;
V. O membro superior é elevado em posição de nadador, com alternância a cada 2horas;
VI. Avaliar o reinicio da dieta enteral na segunda hora de prona, se não houver complicações;

Figura- 9 Posição do nadador



Figura 9- Posição do nadador: um braço elevado e a cabeça rotada para o lado deste braço. O outro braço é posicionado lateral ao corpo. Fonte: OLIVEIRA, V.M; et al. Checklist da prona segura: construção e implementação de uma ferramenta para realização da manobra do prona. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2017;29(2):131-141.

Reposicionamento/posição supina

I. Registrar sinais vitais;
II. Formar com o lençol móvel o ENVELOPE;
III. Realizar o giro em 3 momentos ao comando do profissional que estiver na cabeça, deslocar o paciente para o lado do AVC, se necessário posicionar o ventilador mecânico na cabeceira do leito;
IV. Checar o posicionamento do TOT, ver rima labial e auscultar pulmões;
V. Monitorizar o paciente; nivelar e zerar PAM;
VI. Reiniciar hemodiálise e demais infusões;
VII. Posicionar e abrir sondas e drenos;
VIII. Posicionar a cabeceira a 30°;
IX. Registrar sinais vitais;

XL. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR

Siglas e Definições

Eutanásia: a meta é aliviar o sofrimento, cuja intenção é levar o paciente ao óbito com administração letal de determinada droga.

Sedação paliativa: a meta é aliviar o sofrimento, cuja intenção é sedar o paciente administrando drogas como medidas de controlar sintomas e desconfortos.

CFM: Conselho Federal de Medicina

CIE: Conselho Internacional de Enfermagem

GICC: Grupo Interdisciplinar de Cuidados Cutâneos

OMS: Organização Mundial da Saúde

VO: via oral

UTI: Unidade de terapia intensiva

Abrangência

Serão incluídos neste protocolo todos os pacientes adultos internados para cuidados paliativos.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais."

A qualidade é o atributo que faz as coisas ou pessoas distinguíveis entre si, permite a avaliação, aprovação, aceitação ou recusa de um bem ou serviço. Varia de acordo com o tempo, a cultura, os costumes e a tecnologia.

A gestão de qualidade à saúde é um instrumento de gestão constituído de políticas (diretrizes), ações e indicadores, que permitem consolidar a melhoria contínua em todas asáreas

que integram a estrutura organizacional para garantir segurança e eficácia aos nossos clientes.

Os Cuidados Paliativos visam aliviar o sofrimento e agregar qualidade à vida e ao processo de morrer. Bem como auxiliam a lidar com questões físicas, psicológicas, sociais, espirituais e de ordem prática, com seus medos, suas expectativas, necessidades e esperanças; preparar-se para a autodeterminação no manejo do processo de morrer e do finalda vida; lidar com as adversidades durante a doença e o período de luto;

OBJETIVO

O objetivo é fornecer orientações às equipes multidisciplinar de saúde especificamente quanto aos cuidados em reabilitação, considerando as alterações físicas, auditivas, visuais, intelectuais e emocionais das pessoas.

CONCEITO

Os protocolos são ferramentas facilitadoras do gerenciamento do cuidado da equipe multidisciplinar, o que proporciona segurança aos profissionais na realização dos procedimentos, bem como, uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades para uma assistência adequada e integral aos pacientes.

JUSTIFICATIVA

Estando o paciente em uma situação terminal, e de suma importância controlarsintomas de grave desconforto, refratários ao tratamento paliativo convencional, aliviando sofrimento de pacientes em fase final de doença grave, progressiva e incurável. Visando melhorar o conforto e manutenção da dignidade da vida humana.

ETAPAS DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE PALIATIVO

ASSISTÊNCIA MÉDICA

A resolução do CFM associa a área de medicina paliativa às especialidades clínica médica, cancerologia, geriatria e gerontologia, medicina de família e comunidade, pediatriae anestesiologia. De acordo com a médica Maria Goretti Sales Maciel, diretora do Serviço de Cuidados Paliativos do

Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) de São Paulo, a criação da área traz mais visibilidade a um tipo de trabalho médico que já existe e é realizado com rigorcientífico.

"A medicina paliativa foi reconhecida no Reino Unido em 1987. A assistência e os estudos da área avançaram muito desde então; processo análogo deve ocorrer aqui", ressalta Maciel, que é membro da câmara técnica sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos doCFM e foi a primeira presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 65% dos portadores de doenças crônicas que ameaçam a vida necessitam de cuidados paliativos. Com a publicaçãoda norma que cria esta área, a comissão nacional de medicina paliativa da Associação Médica Brasileira (AMB) definirá os critérios para o reconhecimento dos primeiros paliativistas titulados do país.

O médico tem toda sua formação acadêmica voltada para diagnóstico e tratamento de doenças. Quando encontra um paciente necessitado de Cuidados Paliativos, de modo que o foco deixa de ser a doença e passa a ser o doente nos seus âmbitos físico, psicológico, social eespiritual, ele obrigatoriamente tem de rever seus conceitos de saber e aprender a trabalhar em equipe. Por melhor que sejam os conhecimentos técnicos do médico, ele, sozinho, não consegue suprir todas as necessidades que o cuidado integral de um paciente e de sua família exige.

Dentro da sua especificidade, o profissional deve realizar os diagnósticos clínicos, conhecer a doença, sua história natural, os tratamentos já realizados e qual a evolução esperada para aquele paciente naquele momento. Se necessário for, deve entrar em contato com as outras especialidades médicas, que já trataram ou ainda estejam tratando o doente, para discutir uma conduta específica.

O médico assistente deverá considerar a aplicabilidade à todos os pacientes internados ou em assistência domiciliar com diagnóstico de estado final de doença grave, progressiva e incurável, com sintomas refratários ao tratamento, que causem grave desconforto ao paciente. Os sintomas que devem ser aliviados com prioridade são: dispnéia, sangramento, dor, agitação e delirium terminal, náuseas e vômitos, sofrimento existencial, fadiga severa com distúrbios de sono e outros sintomas que causem grande sofrimento ao paciente e que não sejam passíveis de controle paliativo convencional.

O profissional da medicina não deve passar para outros integrantes da equipe a responsabilidade de conversar sobre esses aspectos diretamente ligados ao doente e à doença. É, ainda, muito importante que o médico se comunique de forma eficaz com a equipe, para que todos os profissionais, ao serem questionados pelo paciente e pela família, tenham a mesma postura e falem a "mesma língua".

Critérios para indicação de sedação paliativa

I. A doença é irreversível e a morte é esperada em poucas horas ou dias.
II. Os sintomas pelos quais se busca alívio são claramente definidos e compreendidos.
III. Os sintomas devem ser intoleráveis ao paciente. Situações de sofrimento familiar devem ser tratadas com atenção.
IV. A decisão de sedação deve ser devidamente documentada em prontuário por toda equipe assistencial assim como também deve estar devidamente relatado em prontuário a evolução clínica subsequente a sedação.
V. Esta decisão deve estar de acordo com a vontade do paciente, família ou responsável legal e em consenso com a equipe médica.
VI. Membros da família devem ser encorajados a permanecerem ao lado do paciente.
VII. Todos os envolvidos na assistência devem estar cientes da situação.
VIII. Somente medicações que promovam alívio de sofrimento devem ser mantidas.
IX. O paciente e família devem ter um ambiente calmo e com privacidade.
X. A equipe multiprofissional deve registrar de forma clara e completa todas e quais etapas do processo de cuidado ao paciente.

Sendo os principais medicamentos aplicados nesta situação os: benzodiazepínicos – midazolam, diazepam, lorazepam; neurolépticos – levomepromazina, clorpromazina, haloperidol; barbitúricos – fenobarbital; anestésicos – propofol, ketamina. De forma que cada médico irá avaliar o paciente em questão e irá considerar, medicações, vias e volume de infusão.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Admissão do paciente na unidade de internação:

I. Após a solicitação de leito ao enfermeiro do setor, realizada pela recepção central, o paciente será recebido na unidade, proveniente da própria recepção, pronto atendimento ou UTI-A, conferido pulseira de identificação deste paciente, verificado peso, altura e escala de braden (PS-CENF-174).
II. O paciente será acomodado no leito, onde o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem realizarão o histórico de enfermagem. Será comunicado o leito de

internação ao médico assistente, bem como comunicado tipo de dieta ao sistema de nutrição e dietética (SND) (PS-CENF-02 - Admissão do paciente).

III. A documentação do paciente será verificada, onde a prescrição será aprazada, encaminhada na forma de Xerox para a farmácia.

IV. Em seguida será medicado conforme orientações da prescrição médica (PS-CENF-19 - Aprazamento e checagem das prescrições médicas), aferido sinais vitais PS-CENF-02 – Verificação de Sinais Vitais Frequência Cardíaca, PS-CENF-03 – Verificação de Sinais Vitais Pressão Arterial, PS-CENF-04 – Verificação de Sinais Vitais Oximetria, PS-CENF-05 – Verificação de Sinais Vitais Frequência Respiratória, PS-CENF- 06 – Verificação de Sinais Vitais Temperatura.

Cuidados gerais

O processo do cuidar que está inserido na prática profissional do enfermeiro faz interface com todos os membros da equipe de saúde, com a família, com a comunidade e também com o ambiente onde ele executa seu trabalho. Ele está obrigatoriamente introduzido numa relação direta, processual, dialógica, interativa e subjetiva inerente ao cuidado da vida humana.

O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), fundado em 1899, reconhece os Cuidados Paliativos como uma questão atual da saúde e da sociedade e também vê neles a importância do controle da dor pela enfermeira, em conjunto com a necessidade de prover auxílio no controle dos demais sintomas e prestar apoios psicológico, social e espiritual paraos pacientes sob seus cuidados.

As habilidades dos enfermeiros deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, bem como para a própria equipe e para a instituição que abriga o atendimento designado como Cuidados Paliativos, na interação da dinâmica familiar e, especialmente, no reforço das orientações feitas pelos demais profissionais da equipe de saúde, de modo que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

De uma forma bem objetiva, a assistência ao paciente deve ser rigorosa, tanto quanto em paciente em situações menos graves. O enfermeiro tem papel importante em orientar e unificar o atendimento, para que a equipe não compreenda o cuidado paliativo, como sendo uma justificativa para a negligência. Priorizando todas as linhas de cuidado, segue as orientações:

I. Evitar lesão por pressão.

II. Havendo presença de UPP deverá ser avaliado, junto com o GICC as melhores opções a serem aplicadas.

III. Em casos de coma vigil o paciente pode apresentar acumulo de secreções ou ressecamento da conjuntiva. Pode ser usado água burricada para higienização ocular e mantido gazes umedecidas para conforto.

IV. Se a mucosa oral apresentar lesões importantes, pode ser realizada higiene oral com nistatina para garantir maior conforto ao paciente. As próteses devem ser retiradas e higienizadas.

V. Conforme condição sensória do paciente as medicações devem ser administradas via oral de forma cautelosa, sempre com cabeceira elevada, e não havendo condições a sondagem nasoentérica poderá ser uma opção.

VI. Sempre em quaisquer sinais de dor o paciente devera ser medicado conforme prescrição médica.

VII. Pacientes em fase terminal muitas vezes apresentam edemas importantes, chegando até me anasarca. A mudança de decúbito deverá ser realizada de forma rigorosa, bem como curativo com objetivo de proteger proeminências ósseas, e realizar elevação dos membros para drenagem.

VIII. O conforto respiratório é outro ponto a ser considerado, padrões respiratórios alterados não devem ser levados como algo permissível. O paciente mesmo que não obtenha uma saturação satisfatório, deve ter a oxigenioterapia como uma opção válida,bem como posicionamento adequado.

IX. O paciente estando restrito ao leito, a equipe de enfermagem deve observar a disposição das roupas de cama, para evitar desconforto ao paciente, e posicionamento adequado.

X. A sondagem vesical vem a ser útil quando o paciente não tem mais controle da diurese,evitando assim muitas mudanças de decúbito do paciente para troca de fralda.

XI. Após o óbito do paciente, a equipe de cuidados envolvida deve ter a oportunidade de discutir seus sentimentos, dúvidas e experiências com relação ao paciente falecido.

ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Perspectivas da nutrição em cuidados paliativos

I. O ato de se alimentar é muito mais que um processo de fornecer calorias e nutrientes aos indivíduos; está diretamente relacionado com os aspectos emocionais, socioculturais, religiosos e as experiências vividas ao longo da vida.

II. Os pacientes sob Cuidados Paliativos possuem menos apetite, consomem os alimentos em menor quantidade, têm menos sede e, muitas vezes, acabam recusando a alimentação emfunção de sintomas como dor, náuseas, vômitos, obstipação, diarreia, entre outros. Além disso, sofrem perda do paladar e têm os processos de deglutição, digestão, absorção e excreção alterados. Por esses motivos a família se preocupa, pois o indivíduo começa a recusar os alimentos.

III. Devido à baixa ingestão de alimentos, os pacientes podem apresentar perda de peso, depleção dos tecidos magro e adiposo e síndrome anorexia-caquexia. É muito difícil para os familiares entenderem que o doente está morrendo em função da doença de base e não pela falta de alimentação e hidratação. Os objetivos do tratamento devem ser a promoção da qualidade de vida, o alívio do sofrimento e a minimização do estresse.

IV. É fundamental que os desejos e as necessidades do paciente sejam atendidos. Na nutrição em Cuidados Paliativos é importante respeitar os princípios da bioética, dando autonomia ao indivíduo no que se refere a liberação, suspensão ou não-indicação da alimentação por via oral (VO) ou alternativa (sonda ou ostomia), evitando-se muitas vezes o tratamento fútil e, consequentemente, reduzindo o seu sofrimento.

V. O objetivo da terapia nutricional vai variar de acordo com a fase de progressão da doença:

VI. Fase inicial: manter ou recuperar o estado nutricional e evitar a progressão da doença;

VII. Fase terminal: promover sensação de bem-estar e conforto, qualidade de vida e alíviodos sintomas.

VIII. A via de alimentação fisiológica é oral e sempre que possível deve ser privilegiada. Caso o paciente não tenha condições de se alimentar por VO, é necessário utilizar uma via alternativa de alimentação, podendo ser por meio de sonda ou ostomia.

IX. O importante é que o doente mantenha vínculo com o alimento, aliviando os sintomas de fome e ansiedade e melhorando a qualidade de vida. É muito

importante que o paciente tenha suporte psicológico nessa fase. Antes de indicar a via de alimentação, o nutricionista precisa avaliar alguns aspectos, como capacidade do indivíduo em se alimentar, grau de desconforto causado tanto pela doença como pelo ato de se alimentar, nível de consciênciado paciente, presença de dor e disfagia, preferências e aversões alimentares do paciente, adaptação da alimentação com relação a consistência, temperatura e horários.

X. O nutricionista precisa ouvir o paciente, respeitar seus desejos e suas necessidades no que se refere à alimentação, respeitando a sua autonomia. O mais importante é proporcionar diminuição do seu sofrimento, alívio dos sintomas e promover uma melhor qualidade de vida.

Procedimento Padrão do Serviço de Nutrição

I. Paciente Interna na Unidade;
II. Médico assistente prescreve e libera a dieta;
III. Copeira aplica Instrumento de Triagem Nutricional conforme POP-SND-35 - Triagem Nutricional;
IV. Caso o paciente apresente risco nutricional (alguma resposta for afirmativa), a nutricionista fica responsável por aplicar a segunda etapa do Instrumento de Triagem Nutricional dentro de 72 horas;
V. Cada paciente será avaliado individualmente conforme POP-SND-25 – Assistência Nutricional e terá sua conduta dietoterápica traçada individualmente;
VI. Para definição da conduta nutricional, especialmente no paciente em cuidados paliativos, respeita-se a tolerância e aceitação da dieta visando à promoção do seu conforto, prioritariamente;
VII. A nutrição parenteral está desaconselhada para este caso;

Recomendação Nutricional

I. Energia: 20 a 35 Kcal/Kg/dia
II. Restringir conforme a tolerância e sintomatologia do paciente;
III. Carboidrato: 50 a 60% das calorias totais, ou máximo de 5,7g/kg (atual)/dia
IV. Proteína: 1,0 a 2,0 g/Kg/dia
V. Proteína intacta.

VI. A opção de escolha para dietas enterais e ou suplementos deverá ser deprodutos com formulação hipercalórica e hiperproteica, sempre que necessário.
VII. Hidratação: necessidade basal – 500 a 1.000ml/dia
VIII. Lipídios: 25 a 30% das calorias totais

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O farmacêutico clínico, conjuntamente com a equipe interdisciplinar, busca trazer alívio e conforto, voltados às demandas do tratamento farmacológico, ao paciente sobCuidados Paliativos. A assistência farmacêutica em Cuidados Paliativos está principalmente focada em informar sobre as disponibilidades dos medicamentos aos demais membros da equipe, com relação às possibilidades farmacotécnicas e aos aspectos legais, bem como aos pacientes e familiares, quanto ao uso e ao armazenamento correto dos medicamentos.

ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA

A fisioterapia atua na prevenção de deformidades osteomusculares e afecções respiratórias, bem como no tratamento de dores e incapacidades, buscando sempre o conforto e a qualidade de vida destes pacientes. A cada atendimento fisioterápico o paciente é reavaliado para definir a terapêutica do momento.

Fisioterapia motora (POP FISIO – 004 - Assistência Fisioterapia Motora):

I. Mobilização passiva de membros superiores e inferiores;
II. Alongamentos globais de acordo com as queixas e necessidades do paciente;
III. Manobras de relaxamento para alívio da dor e tensão muscular;
IV. Exercícios metabólicos, prevenindo e tratando edemas;
V. Posicionamento correto no leito, evitando a formação de úlceras de pressão e trazendoconforto para o paciente (PS FISIO – 01 - Alternância de decúbito, retirada do leito e posicionamento do paciente);
VI. Estimular o paciente a manter sua funcionalidade para preservar articulações e força muscular;
VII. Exercícios ativos, no leito ou em poltrona, em decúbito ou ortostatismo, conforme a tolerância do paciente.

Fisioterapia respiratória (POP FISIO – 003 - Assistência Fisioterapia Respiratória):

I. Melhora da função pulmonar através de exercícios respiratórios de expansão pulmonare uso do incentivador respiratório, posicionamento no leito.
II. Redução das secreções pulmonares através de manobras de higiene brônquica como vibrocompressão, AFE, Huff, compressão e descompressão, uso de incentivador de higiene brônquica, drenagem postural e aspiração traqueal.
III. É realizada a avaliação fisioterapêutica visando à necessidade de instalação da oxigenoterapia quando paciente com dispnéia e esforço respiratório.
IV. Desmame da oxigenoterapia após avaliação fisioterapeutica (POP FISIO – 002-Avaliaçãodo Paciente).
V. As manobras de higiene brônquica devem ser realizadas com cuidado, principalmente em pacientes com plaquetopenia que podem apresentar hemorragia e em pacientes com osteoporose, por apresentar risco de fraturas.

Observação: Estimular manter cabeceira do leito elevada, realizar trocas de decúbito, sair do leito sempre que possível, posicionamento correto no leito, uso de incentivadores respiratórios a partir de orientação fisioterápica.

Documentos de Referência para Atendimento às Diretrizes

I. PS–CENF–174 - Escala de Braden
II. PS-CENF-02 – Verificação de Sinais Vitais Frequência CardíacaPS-CENF-03 – Verificação de Sinais Vitais Pressão Arterial
III. PS-CENF-04 – Verificação de Sinais Vitais Oximetria
IV. PS-CENF-05 – Verificação de Sinais Vitais Frequência RespiratóriaPS-CENF-06 – Verificação de Sinais Vitais Temperatura.
V. PS-CENF-19 - Aprazamento e checagem das prescrições médicasPOP-SND-35 - Triagem Nutricional;
VI. POP-SND-25 – Assistência Nutricional
VII. POP FISIO – 004 - Assistência Fisioterapia MotoraPS FISIO – 01 - Alternância de decúbito
VIII. POP FISIO – 003 - Assistência Fisioterapia Respiratória POP FISIO – 002-

Avaliação do Paciente

Referências Bibliográficas

Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. /Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro:INCA, 2009.

Felício, Eliana C S; Pereira, Érica Fernanda; Gomes, Débora. **Cuidados paliativos e fisioterapia: reflexões atuais**. Artigo de revisão. Bioética. Cadernos, Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v 12, n. 2, pg. 87-91, abr./jun 2006.

Girão, Mariana; Alves, Sandra. **Fisioterapia nos cuidados paliativos**. Artigo de revisão de literatura. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP. Vol. 5. Nov.2013. 8pg.

Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009. Disponível em: < http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf > Acesso em: 15 jun 2016.

XLI. REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA COVID-19

DEFINIÇÃO

O diagnóstico precoce é uma prioridade no manejo do paciente acometido pelo COVID-19. Dessa forma, otimizar a forma com que a testagem é realizada se traduz numa maior confiabilidade dos resultados. Diante disso, o presente protocolo clínico sugere boas práticas de: identificação do paciente tido como suspeito, realização adequada dos testes e avaliação eficaz de seus resultados.

Síndrome Gripal

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre*, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

Na suspeita de COVID-19, a febre pode não estar presente.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU Pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU cianose em lábios ou rosto.

OBJETIVO

Padronizar o procedimento de realização do teste rápido para COVID-19 em pacientes considerados suspeitos.

ABRANGÊNCIA

- Todos os pacientes considerados suspeitos.
- PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
- Enfermeiro e técnico em enfermagem.
- MATERIAL NECESSÁRIO

- Máscara padrão de segurança N95 ouPFF2
- Protetor ocular ou protetor de face;
- Luvas;
- Capote/ avental/ jaleco;
- Sabão líquido;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Saco para descarte de resíduo contaminado;
- Caixa de perfuro-cortantes
- Kit com o teste rápido (cassete, conta gotas descartável, solução tampão)

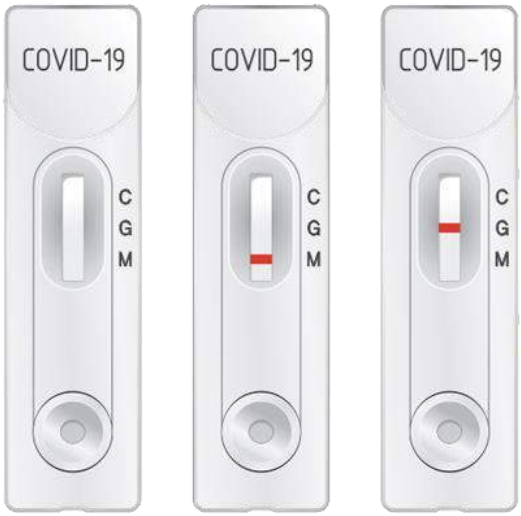
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O teste rápido deve ser realizado a partir do oitavo dia do início dos sintomas. Deverá ser realizado da seguinte maneira:

Coletar amostra de sangue por punção capilar:

I. - Limpe a área do dedo a ser perfurada com algodão e álcool. Deixe secar bem;
II. - Use uma lanceta estéril, perfure a pele bem no centro do dedo. Aplique uma pressão suaveao lado do ponto de punção para que uma gota de sangue escape. Limpe a primeira gota desangue. Permita que uma nova gota de sangue se forme;
III. - Coletar 10 µL de sangue capilar utilizando o conta gotas descartável;
IV. - Certifique-se de que o cassete de testes e todos os componentes do kit e amostras estejamem temperatura ambiente;
V. - Retire o cassete de teste da embalagem e coloque-o sobre uma superfície plana;
VI. - Transfira a amostra de sangue para o poço de amostra do cacete e em seguida transfira de2 a 3 gotas da solução tampão para o posso de solução;
VII. - Observe que a solução irá avançar ao longo da janela do cacete;
VIII. - Aguarde 15 minutos para realizar a leitura do resultado;
IX. - Após a leitura, descarte o material adequadamente.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

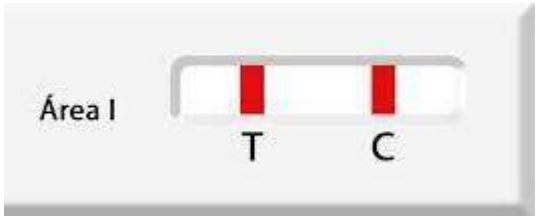


❖ Ao se realizar o teste rápido, devemos checar se o traço relacionado ao controle está delimitado, pois ele reflete a confiabilidade daquele teste. Caso o traço do controle não fique evidenciado, o teste deve ser considerado inválido;

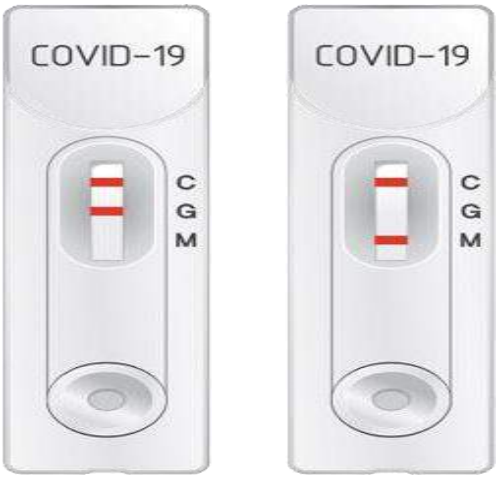


❖ Se apenas o traço do controle ficar evidenciado, o resultado será negativo para o covid-19;

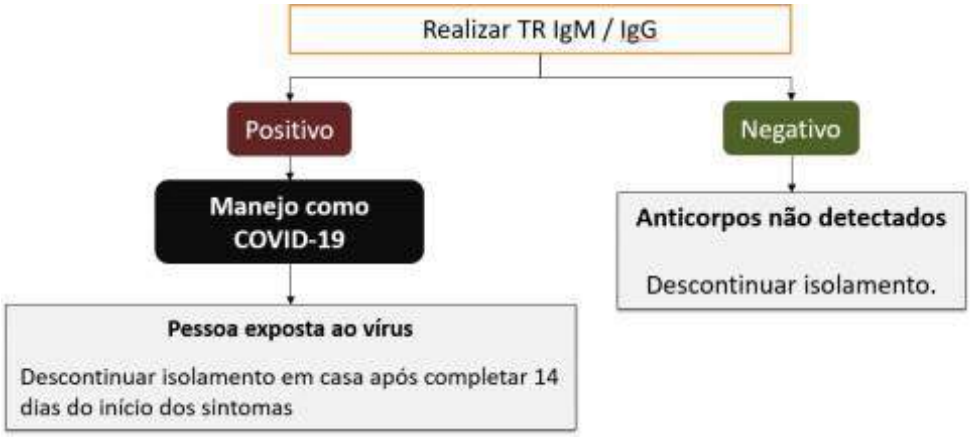
❖ Se além do traço do controle, o segundo traço também ficar evidenciado, o resultado para aquela amostra será positivo.



❖ Além do teste citado, ainda há a opção de testes que refletem se o indivíduo possui a doença ativa (IgM) ou possui anticorpos resultantes de um processo de adoecimento já superado (IgG).



CONDULTAS APÓS O RESULTADO DO TESTE RÁPIDO (TR)



REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Procolo de Manejo Clínico do Coronavírus(COVID-19) na AtençãoPrimária à Saúde.(Versão 9), maio de 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE.DECRETO Nº 18.972- **Institui o Programa Emergencial Busca Ativa,** de08 de Maio de 2020.

PORTARIA SESAPI/GAB. Nº 0396: Dispõe sobre operacionalização do programa emergencialde busca ativa Covid-19, de 21 de Maio de 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS, por meio desta proposta, apresenta-se como a entidade mais qualificada para assumir a gestão e execução dos serviços da Policlínica Estadual da Região Nordeste, localizada no município de Posse-GO, no âmbito do Chamamento Público nº 08/2024 promovido pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).

A ABEAS se destaca por seu compromisso com a excelência na prestação de serviços de saúde, com foco na humanização, eficiência e qualidade no atendimento à população. Nossa proposta está em conformidade com as diretrizes e exigências estabelecidas pelo edital, assegurando que todos os requisitos técnicos, operacionais e financeiros sejam rigorosamente atendidos, visando à plena execução dos serviços com o mais alto padrão de qualidade.

Compromissos da ABEAS:

Garantia de serviços de saúde de alta qualidade: A ABEAS compromete-se a oferecer uma gestão eficiente e transparente da Policlínica, promovendo um atendimento humanizado, ágil e acessível à população de Posse-GO e região, conforme os protocolos de saúde pública.

Gestão eficiente e transparente dos recursos: Serão observados os princípios da economicidade, eficiência e responsabilidade fiscal, assegurando que todos os recursos destinados à unidade sejam utilizados de forma correta e responsável, priorizando sempre o bem-estar dos pacientes.

Investimento em qualificação profissional: A ABEAS valoriza o capital humano e, para isso, investirá constantemente na capacitação e treinamento das equipes de saúde e administrativas, promovendo o desenvolvimento contínuo dos profissionais envolvidos, garantindo uma prestação de serviços de excelência.

Foco na inovação e tecnologia: Comprometemo-nos a implementar tecnologias de ponta no gerenciamento de prontuários, exames e demais serviços da Policlínica, assegurando maior eficiência e segurança no tratamento dos pacientes.

Atenção integral à saúde: A gestão da ABEAS buscará sempre oferecer um atendimento completo, visando à prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas especialidades, em conformidade com as necessidades da população e as orientações da SES/GO.

Diante do exposto, a ABEAS apresenta-se confiante de que sua experiência e competência a credenciam como a melhor opção para a gestão da Policlínica Estadual da Região Nordeste. A entidade reafirma seu compromisso de garantir a excelência dos serviços de saúde ofertados, alinhada às diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, sempre em prol da saúde e do bem-estar da comunidade.

Por fim, aguardamos a oportunidade de firmar essa parceria e assumir a gestão da unidade, contribuindo ativamente para o fortalecimento do sistema de saúde do estado de Goiás e promovendo o cuidado com a vida da população local.

Gilmar Bandeira
Superintendente
Associação Brasileira de Entidades de Assistência Social - ABEAS