PROPOSTA TÉCNICA

Concessão do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Concorrência Pública n° 06/2026 SES MG

Proponente: Fundação Benjamin Guimarães

CNPJ: 17.200.429/0001-25

Licitação: Concorrência Pública

Critério de Julgamento: Melhor Técnica

Objeto: Concessão de uso de bem público do imóvel com finalidade de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde vinculados ao Perfil Assistencial pactuado para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete**.**

Validade da Proposta: 120 dias.

Belo Horizonte, 26 de março de 2026.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Sumário

1. Identificação da Proponente 6

2. Declaração de Conhecimento do Edital 6

3. Apresentação Institucional da Proponente 7

3.1 Histórico Institucional 7

3.2 Identidade Institucional 7

3.3 Desempenho Assistencial 8

3.4 Estrutura Organizacional da Fundação 8

4. Compreensão do Território e da Rede de Saúde 9

4.1 Caracterização da Macrorregião Centro-Sul 11

4.2 Caracterização da Microrregião de Conselheiro Lafaiete 12

4.2.1 Perfil demográfico da população 13

4.2.2 Perfil epidemiológico regional 15

4.2.3 Organização da rede de atenção à saúde 17

4.2.4 Rede hospitalar existente 18

4.2.5 Vazios assistenciais 18

4.2.6 Fluxos assistenciais regionais 20

4.2.7 Desafios para a regionalização da assistência 20

5. Papel Estratégico do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete 21

5.1 Inserção do hospital na regionalização da saúde 22

Quadro 1 – Premissas e vinculantes desta versão 23

5.2 Articulação com a rede SUS 24

5.3 Ampliação da resolubilidade regional. 25

Gráfico 1 – Evolução da resolubilidade da Microrregião de Conselheiro Lafaiete (2020–2024) 26

Quadro 2 – Dados populacionais e demandas territoriais da Microrregião de Saúde Conselheiro Lafaiete 27

6. Modelo Assistencial 28

6.1 Princípios Assistenciais 28

Quadro 3 - Linhas assistenciais prioritárias 29

6.1.1 Integralidade do cuidado 30

6.1.2 Segurança do paciente 31

6.1.3 Qualidade assistencial 31

6.1.4 Eficiência e resolubilidade 32

6.1.5 Governança clínica 33

6.1.6 Integração com a rede SUS 34

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

6.1.7 Central de Comando Operacional 34
6.1.8 Gestão integrada de leitos 35
6.1.9 Planejamento da alta hospitalar e continuidade do cuidado 36
6.1.10 Gestão da jornada e navegação do paciente 36
6.2 Organização por Linhas de Cuidado 37
7. Organização da Atenção Hospitalar 38
7.1 Porta Hospitalar referenciada para urgências e emergências 38
7.1.1 Sala vermelha, sala de observação e correlatos 38
7.1.2 Fluxos assistenciais 39
7.2 Internação hospitalar 39
7.2.1 Enfermarias 39
7.2.2 Perfil de internação clínica 40
7.2.3 Gestão de leitos 40
7.3 Unidade de Terapia Intensiva 40
7.3.1 Perfil assistencial da UTI 41
7.3.2 Articulação com enfermarias 41
7.4 Centro cirúrgico 41
8. Organização do Ambulatório Especializado 43
8.1 Especialidades ambulatoriais 44
8.2 Fluxos regulados de acesso 44
8.3 Integração com atenção primária 45
8.4 Apoio à continuidade do cuidado 45
9. Apoio Diagnóstico e Terapêutico 45
10. Governança e Organograma do HRCL. 46
10.1 Governança: 46
10.1.1 Gestão Clínica 48
10.1.2 Núcleo de segurança do paciente 50
10.1.3 Gestão da qualidade 52
10.2 Organograma do HRCL. 54
10.2.1. Da Central de Serviços Compartilhados – CSC 54
10.2.2 Da Estrutura Regional – Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete 55
a) Diretoria Regional 55
b) Gerência Regional Assistencial 56
d) Coordenações do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete 57
11. Protocolos assistenciais 58

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

12. Auditoria clínica 59

13. Gestão de Leitos e Eficiência Hospitalar 60

14. Inserção do hospital em políticas estratégicas do SUS 61

14.1 Programa Opera Mais Minas 61

14.2 Agora Tem Especialistas 61

14.3 Outras políticas estaduais de saúde 62

15. Transparência, participação social e ouvidoria 63

16. Gestão de Pessoas 66

16.1 Dimensionamento das equipes 66

16.2 Estrutura multiprofissional 67

16.3 Gestão de escalas médicas 67

16.4 Educação permanente em saúde 68

16.5 Estratégias de fixação de profissionais 69

16.6 Plano de Implantação do Hospital 69

16.7 Etapas de implantação 69

16.8 Estruturação das equipes 70

16.9 Implantação de processos assistenciais 71

16.10 Implantação de sistemas de informação 72

16.11 Cronograma de ativação assistencial 73

16.11.1 Fase 1 – ativação inicial 73

16.11.2 Fase 2 – ampliação da internação e da produção cirúrgica 74

16.11.3 Fase 3 – expansão assistencial e ganho de complexidade 74

16.11.4 Fase 4 – consolidação plena do perfil hospitalar 75

Quadro 6 – Proposta de escalonamento de abertura 75

17. Integração com a Rede de Saúde 76

17.1 Integração com a atenção primária 77

17.2 Integração com a regulação estadual 77

17.3 Integração com SAMU 78

17.4 Integração com hospitais de referência terciária 78

18. Inovação e Tecnologia em Saúde 78

18.1 Prontuário eletrônico e sistema de gestão hospitalar 79

18.2 Integração de dados assistenciais 79

18.3. Sistema de Monitoramento e Indicadores 80

18.4 Indicadores assistenciais 81

Quadro 5 – Indicadores prioritários para monitoramento 81

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

19. Sustentabilidade e Eficiência Operacional 83
19.1 Gestão de insumos 83
19.2 Sustentabilidade ambiental 83
19.2.1 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) 84
19.3 Eficiência energética 85
19.4 Gestão responsável de recursos públicos 85
20. Avaliação de Desempenho e Melhoria Contínua 86
20.1 Monitoramento de indicadores 86
20.2 Auditoria assistencial 86
20.3 Planos de melhoria contínua 87
21. Considerações Finais 87
21.1 Compromisso com o SUS 87
21.2 Compromisso com a regionalização da assistência 87
21.3 Compromisso com a qualidade e segurança do paciente 88
REFERÊNCIAS 89
ANEXOS 92

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Identificação da Proponente

A **Fundação Benjamin Guimarães**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no **CNPJ nº 17.200.429/0001-25**, apresenta a presente **Proposta Técnica** no âmbito da **CONCORRÊNCIA PÚBLICA nº 06/2026**, promovida pela **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG**, cujo critério de julgamento é o de **Melhor Técnica**, tendo por objeto a **Concessão de uso de bem público do imóvel com a finalidade de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde**, vinculados ao **Perfil Assistencial pactuado para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete**.

A presente proposta foi elaborada com base na sólida experiência institucional da Fundação Benjamin Guimarães na gestão e operação de serviços de saúde de média e alta complexidade, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, observando princípios de qualidade assistencial, eficiência na gestão, segurança do paciente, humanização do cuidado, sustentabilidade econômico-financeira e estrita conformidade com as normas técnicas, legais e regulatórias aplicáveis.

A Proposta Técnica ora apresentada demonstra a capacidade técnica, organizacional e operacional da Proponente para assumir a gestão e a execução dos serviços previstos no objeto da licitação, assegurando o atendimento integral, resolutivo e humanizado à população assistida, em consonância com as diretrizes da política estadual de saúde e com o Perfil Assistencial estabelecido para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

2. Declaração de Conhecimento do Edital

A Fundação Benjamin Guimarães declara, para todos os fins de direito, que tem pleno conhecimento da integralidade dos termos, condições e exigências constantes do Edital da CONCORRÊNCIA PÚBLICA nº 06/2026 SES/MG, bem como de seus anexos, minutas, esclarecimentos e demais documentos que o integram, tendo-os analisado detalhadamente, aceitando-os integralmente e responsabilizando-se pelo fiel cumprimento de todas as obrigações deles decorrentes.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. Apresentação Institucional da Proponente

3.1 Histórico Institucional

Fundada em 4 de julho de 1944, a Fundação Benjamin Guimarães (FBG) é uma instituição de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter beneficente, devidamente certificada como de utilidade pública nas esferas Federal, Estadual e Municipal. Em consonância com sua natureza jurídica e institucional, todos os recursos por ela arrecadados são integralmente destinados à manutenção das atividades assistenciais, à qualificação permanente dos serviços prestados, à modernização da infraestrutura hospitalar e à ampliação do acesso e da qualidade do atendimento à população.

Sua atuação é pautada por elevados padrões de governança, transparência e conformidade legal, estando sujeita à fiscalização e às diretrizes do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, órgão responsável pela regulação das entidades do terceiro setor. Tal estrutura garante segurança jurídica, responsabilidade administrativa e rigor na gestão dos recursos públicos e privados eventualmente envolvidos nas operações.

Ao longo de mais de oito décadas, a Fundação Benjamin Guimarães consolidou um modelo institucional sustentável e escalável, estruturado em três eixos estratégicos de atuação, que se complementam e asseguram a excelência do cuidado ofertado: (i) filantropia em saúde, (ii) ensino e pesquisa e (iii) gestão patrimonial.

A filantropia em saúde constitui o fundamento histórico e conceitual da Instituição, refletindo os valores de solidariedade, compromisso social e promoção do direito fundamental à saúde. O eixo de ensino e pesquisa surgiu inicialmente da necessidade de formação e qualificação de profissionais médicos, com destaque para a área de Ortopedia, expandindo-se posteriormente para múltiplas especialidades e para o desenvolvimento de atividades científicas, contribuindo de forma contínua para a inovação, a melhoria dos protocolos assistenciais e a formação de recursos humanos altamente capacitados. Por sua vez, a gestão patrimonial desempenha papel estratégico no suporte à sustentabilidade institucional e à preservação ambiental das áreas sob responsabilidade da Fundação.

3.2 Identidade Institucional

Propósito

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Promover saúde de qualidade, com respeito ao ser humano e dedicação ao conhecimento.

Missão

Oferecer excelência em saúde na assistência, ensino e pesquisa.

Valores

Comprometimento, excelência em saúde, na assistência, ensino e pesquisa.

3.3 Desempenho Assistencial

A Fundação Benjamin Guimarães apresenta expressivos indicadores de produção assistencial, refletindo sua elevada capacidade técnico-operacional, complexidade dos serviços prestados e relevância no sistema de saúde. Sendo em 2025:

- **Cirurgias (geral)**:
  11.746 procedimentos — **2º lugar**
- **Cirurgias – Grupo 4 (faixa etária de 0 a 17 anos)**:
  2.143 procedimentos — **1º lugar**
- **Internações clínicas em oncologia**:
  4.014 internações — **3º lugar**
- **Cirurgias ortopédicas – sistema osteomolecular**:
  3.484 procedimentos — **2º lugar**
- **Cirurgias do aparelho geniturinário**:
  2.383 procedimentos — **1º lugar**
- **Cirurgias ortopédicas por politraumatismo, múltiplas e sequenciais**:
  3.410 procedimentos — **1º lugar**
- **Cirurgias oncológicas**:
  725 procedimentos — **3º lugar**

3.4 Estrutura Organizacional da Fundação

Diretoria e Conselho FBG

Conselho Curador FBG 2024 a 2027:

Presidência do Conselho Curador da Fundação Benjamin Guimarães/Hospital da Baleia:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

· *Tereza Guimarães Paes.*

Conselho Curador

· *Júlia Guimarães Paes, Cláudia Mascarenhas Mourão, Gabriel Ferreira Pentagna Guimarães, Luiz Flávio Pentagna Guimarães, Hudson Lídio de Navarro, Francisco de Assis Figueiredo, Luiz Henrique Souza e Silva, Milton Nassau Ribeiro*

Conselho Fiscal

· *Suely Maria Marques de Oliveira, Gideão José Pinto Oliveira, Mário Lúcio Gonçalves de Moura*

Diretoria:

- *Luiz Henrique Sousa e Silva - Diretor Presidente*
- *Welfane Cordeiro Júnior - Diretor de Assistência à Saúde*
- *Marco Aurélio Cunha de Almeida - Diretor Administrativo e Financeiro*

Executivos:

- *Fábio Patrus - Diretor Executivo*
- *Dr. Samar Musse Dib - Superintendente Técnico*
- *Afonso Junior - Superintendente Administrativo*
- *Danielle Ferreira - Superintendente de Relações Institucionais - Comunicação e Marketing*
- *Lilian Katiusca - Superintendência Jurídica e Gestão de Pessoas*

4. Compreensão do Território e da Rede de Saúde

A regionalização da saúde em Minas Gerais está estruturada em um modelo técnico e normativo que organiza o território em Regiões Ampliadas, Macrorregiões e Microrregiões, conforme diretrizes do Plano Diretor de Regionalização (PDR MG). Essa arquitetura estabelece a base para o planejamento ascendente, a distribuição racional de serviços e a articulação interfederativa entre Estado e municípios. As Macrorregiões constituem o agrupamento territorial de maior escala, integrando territórios com características epidemiológicas e logísticas semelhantes, permitindo a coordenação de políticas estruturantes, a organização de fluxos de alta

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

complexidade e a definição de investimentos estratégicos. Nesse nível, o estado consolida diretrizes de governança, regula fluxos interestaduais e assegura coerência entre oferta assistencial e necessidades populacionais.

As Macrorregiões de Saúde representam o eixo central da organização da média e alta complexidade. Cada macrorregião é responsável por se organizar e ofertar acesso a serviços hospitalares de maior porte, incluindo hospitais regionais, unidades de terapia intensiva, serviços de oncologia, cardiologia, neurocirurgia, ortopedia de alta complexidade e demais componentes de alta densidade tecnológica. A regulação macrorregional organiza fluxos assistenciais, pactua responsabilidades entre municípios de forma que a população seja atendida dentro de seu território, reduzindo deslocamentos desnecessários e fortalecendo a integralidade do cuidado. A governança ocorre por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), que pactuam metas, fluxos e responsabilidades sanitárias.

As Microrregiões de Saúde constituem o nível territorial mais próximo dos municípios e organizam a média complexidade ambulatorial e hospitalar, articulando-se diretamente com a Atenção Primária em Saúde (APS). São responsáveis por estruturar referências assistenciais de menor porte, organizar fluxos locais, apoiar a regulação municipal e garantir que a população tenha acesso a serviços essenciais dentro de distâncias adequadas. A microrregionalização permite economia de escala, racionalização de recursos e maior eficiência na organização das redes temáticas, redução de tempo de acesso e maior adesão e resolubilidade de grande parte da necessidade de saúde da população.

A integração entre esses três níveis territoriais sustenta a lógica de redes de atenção, na qual a APS ordena o cuidado, as microrregiões garantem a resolutividade intermediária e as macrorregiões asseguram a alta complexidade. Essa estrutura é fundamental para o funcionamento do SUS mineiro e orienta a implantação, operação e contratualização de hospitais regionais. Os hospitais regionais são fortalecedores dessas redes e resposta robusta da Secretaria Estadual de Saúde (SES) aos cidadãos do território adstrito.

Planejamento Regional Integrado (PRI) da Macrorregião Centro-Sul, do ano de 2023 (último documento consolidado sobre o tema) organiza o território de saúde com base em critérios demográficos, epidemiológicos, logísticos e assistenciais, orientando a distribuição de serviços, a pactuação interfederativa e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A macrorregião é composta por municípios com forte integração socioeconômica, elevada

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

urbanização e dependência mútua de serviços de média e alta complexidade, o que exige planejamento articulado e governança regional robusta. A governança regional é estruturada por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), responsáveis por pactuar fluxos, metas e responsabilidades sanitárias. O PRI reforça a necessidade de cooperação interfederativa, transparência na gestão e monitoramento contínuo de indicadores, garantindo que a organização da rede responda às necessidades epidemiológicas e às características territoriais da macrorregião.

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL) está inserido no planejamento governamental do Estado de Minas Gerais e na regionalização da assistência especializada à saúde. Nesse contexto, a Lei Estadual nº 24.677, de 16 de janeiro de 2024, que institui o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2024-2027, organiza prioridades, programas, ações, metas e recursos públicos, oferecendo base para respostas voltadas à redução de vazios assistenciais, ao fortalecimento da rede hospitalar e ao aumento da resolubilidade regional, em consonância com as diretrizes estratégicas da administração estadual. O PPAG, em sua revisão de 2023, constituiu referência essencial para a definição da retomada do papel dos Hospitais Regionais. É nesse marco que o hospital se insere, de forma integrada às necessidades da Macrorregião Centro-Sul e à ampliação da capacidade assistencial regional.

4.1 Caracterização da Macrorregião Centro-Sul

A Macrorregião de Saúde Centro Sul é formada por quatro microrregiões: Barbacena, Congonhas, Conselheiro Lafaiete e São João Del Rei, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR). Sua população estimada é de 770.043 habitantes, o que corresponde a 3,75% da população de Minas Gerais (IBGE, 2022).

A Microrregião de Barbacena é composta por 15 municípios, a de São João Del Rei, por sua vez, possui 18 municípios, Conselheiro Lafaiete 12 municípios e Congonhas com 6 municípios, perfazendo um total de 51 municípios. São duas Unidades Regionais na Macrorregião, quais sejam: Superintendência Regional de Saúde de Barbacena (SRS Barbacena) e Gerência Regional de Saúde de São João del Rei (GRS São João del Rei).

A região é cortada por vias de tráfego intenso, acrescentando riscos decorrentes de traumas em grandes vias, assim como traumas típicos de atividades de vida urbana.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.2 Caracterização da Microrregião de Conselheiro Lafaiete

A microrregião de Conselheiro Lafaiete, onde se localiza o HRCL, reúne 12 municípios: Carnaíba, Casa Grande, Catas Altas da Noruega, Conselheiro Lafaiete, Cristiano Otoni, Itaverava, Lamim, Piranga, Queluzito, Rio Espera, Santana dos Montes e Senhora de Oliveira. A população estimada dessa microrregião é de 186.540 habitantes (IBGE 2022 e PDR 2023). O censo registra que 79,1% da população reside em áreas urbanas e 20,9% em áreas rurais.

Figura 1 - Mapa da Microrregião de Conselheiro Lafaiete

Fonte: https://www.saude.mg.gov.br/estudos-assistenciais-e-regionalizacao/ consulta em 20 de março de 2026

A região é cortada por rotas viárias que estruturam e atravessam essa microrregião, a BR-040 e o eixo 482 e conexões complementares como a MG-129, a MG-132, a MG-124, MG-155. A BR-040 é o grande eixo longitudinal e o eixo 482 conecta várias cidades da região. A frota veicular constitui um indicador relevante da dinâmica territorial, da mobilidade intermunicipal e da pressão logística sobre os serviços de saúde. Com base em consolidação municipal própria a partir da base oficial da Secretaria Nacional de Trânsito (SENATRAN), alimentada pelo Registro

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Nacional de Veículos Automotores (RENAVAN), referente a fevereiro de 2026, a microrregião totaliza 78.049 veículos leves considerados automóveis, caminhonetes, camionetas e utilitários e 5.725 veículos pesados tais caminhões, caminhões-trator, micro-ônibus e ônibus, evidenciando importante circulação regional de pessoas, mercadorias e deslocamentos assistenciais.

Na economia e desenvolvimento a microrregião de Conselheiro Lafaiete é marcada pela predominância do setor de serviços com 54,8% da atividade econômica. O setor industrial representa 22,6% da economia, com segmentos metalúrgicos, siderúrgicos, estruturas metálicas e indústrias de apoio à mineração e à construção civil. O agronegócio, embora com menor peso relativo, mantém importância estratégica, especialmente na produção de milho e pecuária.

Na microrregião de saúde de Conselheiro Lafaiete, a atenção primária à saúde (APS) apresenta cobertura elevada, com quase todos os municípios em 100%, o que indica base territorial importante para coordenação do cuidado e ordenamento do acesso na rede regional do Sistema Único de Saúde (SUS).

A atenção ambulatorial especializada da microrregião dispõe de oferta regional em Conselheiro Lafaiete, de especialidades como clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cardiologia, ortopedia, psiquiatria, reumatologia, dermatologia, gastroenterologia, pneumologia, angiologia, oftalmologia, endocrinologia e urologia, além do Centro Regional de Reabilitação Física - Conselheiro Lafaiete (CER-CL) para reabilitação física e atendimento clínico e ortopédico

Na rede de urgência e emergência, o Plano de Ação Regional (PAR) registra quatro unidades de pronto atendimento (UPA) na Macrorregião Centro-Sul. Destas três estão localizadas em Congonhas, São João del Rei e Conselheiro Lafaiete, respectivamente, sendo esta última identificada como a Policlínica Municipal de Conselheiro Lafaiete. A outra unidade do território prevista no PAR da macro é a de Barbacena, que está em fase final de estruturação, a ser inaugurada em maio, o que fortalece a rede de urgência e emergência da macrorregião.

4.2.1 Perfil demográfico da população

A análise do perfil demográfico da população constitui elemento fundamental para o planejamento da oferta de serviços de saúde e para a organização da assistência hospitalar no território. A compreensão das características populacionais permite identificar demandas atuais e projetar necessidades assistenciais futuras, contribuindo para a organização mais adequada

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

dos serviços hospitalares e da rede de atenção à saúde.

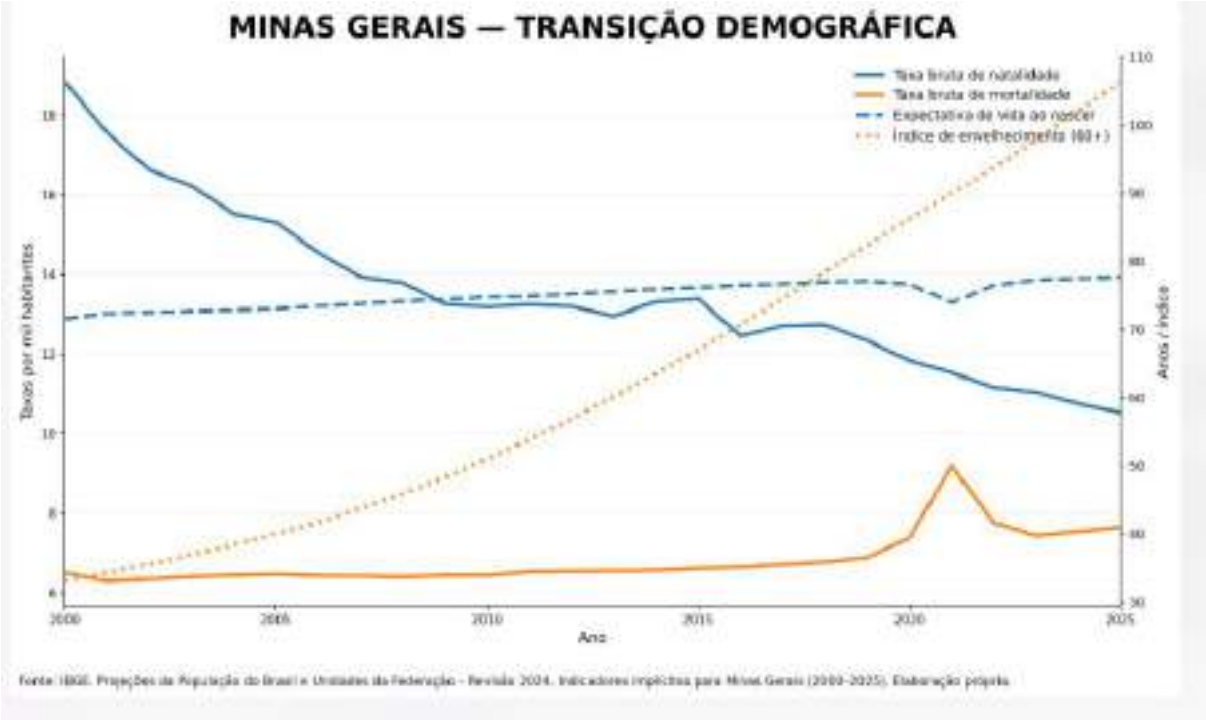
O município de Conselheiro Lafaiete configura-se como o principal polo urbano e assistencial da microrregião, desempenhando papel central na organização da rede regional de saúde. Segundo dados do Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município possui 131.621 habitantes, com densidade demográfica de aproximadamente 355,5 habitantes por km², evidenciando sua relevância como centro urbano e de serviços na região.

Assim como observado no restante do país, a população da macrorregião Centro-Sul vem passando por processo de transição demográfica, caracterizado pela redução das taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida. Esse fenômeno resulta em envelhecimento progressivo da população, com crescimento relativo da proporção de pessoas idosas e aumento da carga de doenças vasculares, neurológicas, oncológicas e ortopédicas degenerativas.

A microrregião de saúde de Conselheiro Lafaiete apresenta clara transição demográfica no período 2000–2022, com estreitamento progressivo da base da pirâmide etária e ampliação relativa dos estratos adultos e idosos. Esse padrão sinaliza redução do peso proporcional das faixas mais jovens, avanço do envelhecimento populacional e maior participação de grupos etários associados a condições crônicas, multimorbidade e maior demanda por cuidado longitudinal, apoio diagnóstico e atenção hospitalar de média e alta complexidade. No topo da pirâmide, observa-se maior feminização do envelhecimento, achado compatível com a maior sobrevida feminina nas idades mais avançadas.

Gráfico 1 - Transição Demográfica em Minas Gerais

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C



Fonte: IBGE. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação - Revisão 2024. Indicadores implícitos para Minas Gerais (2000-2025). Elaboração própria.

4.2.2 Perfil epidemiológico regional

A análise do perfil epidemiológico da população da macrorregião Centro-Sul evidencia um padrão típico do processo de transição epidemiológica, caracterizado pela predominância crescente das doenças crônicas não transmissíveis, ao mesmo tempo em que persistem demandas relacionadas a agravos agudos e causas externas.

Segundo dados do Ministério da Saúde disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), as doenças crônicas não transmissíveis figuram entre as principais causas de internação hospitalar e mortalidade no Brasil, destacando-se especialmente as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias.

As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de mortalidade no país. Estudos epidemiológicos indicam que essas doenças representam parcela significativa das internações hospitalares e dos óbitos no Brasil, com destaque para condições como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral.

As doenças respiratórias também apresentam relevância epidemiológica importante, especialmente entre idosos e pacientes com doenças crônicas. Análises de séries históricas de

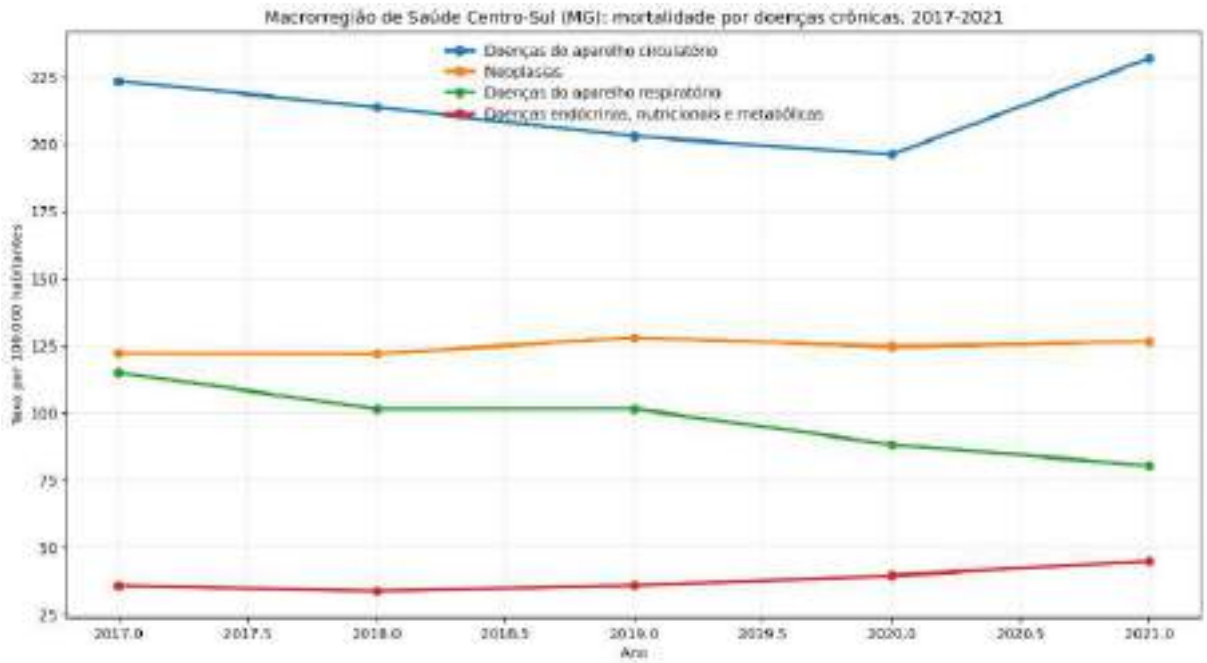
Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

internações hospitalares no estado de Minas Gerais mostram elevada frequência de hospitalizações associadas a doenças respiratórias, incluindo pneumonias e exacerbações de doenças pulmonares crônicas.

Outro componente relevante do perfil epidemiológico refere-se às doenças metabólicas, especialmente o diabetes mellitus. Estudos baseados em dados do DATASUS demonstram que as internações associadas ao diabetes e às doenças hipertensivas representam parcela significativa da morbidade hospitalar em Minas Gerais, especialmente entre indivíduos com idade mais avançada.

Além das doenças crônicas, as causas externas, como acidentes de trânsito e outros tipos de trauma, também representam parcela importante da demanda assistencial nos serviços de urgência e emergência. Esses eventos frequentemente requerem atendimento hospitalar especializado, com necessidade de suporte cirúrgico e ortopédico.

Gráfico 2 - Mortalidade por doenças crônicas na Macrorregião Centro Sul



Fonte: SES-MG. Plano Regional Integrado da Macrorregião Centro-Sul, 2023; SIM/CPDE/DIESV/ESAB/VS/SESMG. Elaboração própria.

Diante desse cenário epidemiológico, torna-se fundamental a organização de serviços hospitalares capazes de responder de forma resolutiva às principais demandas assistenciais da população da macrorregião Centro-Sul. O planejamento da assistência hospitalar na macrorregião deve considerar a crescente demanda por atendimento clínico especializado,

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

manejo de doenças crônicas e suporte hospitalar para condições agudas associadas ao envelhecimento. O HRCL desempenhará papel estratégico na ampliação da capacidade assistencial do território, contribuindo para fortalecer a resolubilidade regional e ampliar o acesso da população aos serviços hospitalares.

4.2.3 Organização da rede de atenção à saúde

A microrregião de saúde de Conselheiro Lafaiete, inserida na macrorregião Centro-Sul, apresenta posição estratégica na organização regional da assistência, tendo o município de Conselheiro Lafaiete como polo para um conjunto de municípios de menor porte, entre eles Caranaíba, Casa Grande, Catas Altas da Noruega, Cristiano Otoni, Itaverava, Lamim, Piranga, Queluzito, Rio Espera, Santana dos Montes e Senhora de Oliveira. Essa centralidade territorial impõe ao planejamento assistencial a necessidade de considerar não apenas a demanda municipal, mas a demanda regional referenciada, os deslocamentos intermunicipais e a capacidade instalada já existente na microrregião.

Trata-se de território com relevância sanitária expressiva, em que a conformação da rede exige articulação regional, regulação eficiente e complementaridade entre os diversos pontos de atenção, especialmente diante da persistente dependência de referências externas para parte da média e alta complexidade.

A base dessa organização, a APS, deve permanecer como ordenadora do cuidado e principal coordenadora da linha assistencial do usuário. Em Conselheiro Lafaiete, os documentos oficiais registram rede expressiva de unidades básicas, equipes de atenção primária ou saúde da família e equipes de saúde bucal, associada a cobertura elevada de Estratégia Saúde da Família. Essa estrutura, somada à presença de centros regionais de especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas, CAPS, serviços de reabilitação e dispositivos voltados ao cuidado da pessoa com deficiência, confere à microrregião uma rede intermediária relevante, capaz de sustentar prevenção, seguimento longitudinal, atenção psicossocial, reabilitação e cuidado especializado ambulatorial.

Para fins de plano assistencial, esse dado é central: a rede hospitalar regional deverá operar de forma complementar à APS e à atenção especializada, fortalecendo a continuidade do cuidado e reduzindo internações evitáveis e encaminhamentos desnecessários, tal como consta no Plano Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete 2022–2025.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

No componente da urgência, emergência e internação, a microrregião apresenta arranjo assistencial historicamente distribuído por vocações hospitalares. A Policlínica Municipal de Conselheiro Lafaiete figura como importante porta de urgência articulada ao SAMU, enquanto a rede hospitalar local reúne funções complementares, com referência para urgência e emergência em politraumatismo, UTI, cirurgia geral, clínica médica, geriatria, obstetrícia, ginecologia e pediatria, conforme descrito no Plano Municipal, existindo ainda lacunas assistenciais a serem preenchidas, neste sentido se insere o HRCL. Esse arranjo demonstra que o território já possui desempenho histórico em obstetrícia e ginecologia, ao passo que outras especialidades permanecem dependentes de saída microrregional. Em termos de edital e plano assistencial, isso significa que a nova estrutura hospitalar deverá ser concebida para ampliar a resolutividade regional, qualificar a resposta ao paciente agudo, reduzir evasão assistencial e operar de forma integrada com a rede já existente, respeitando as vocações instaladas e os fluxos regulados da macrorregião

A análise da resolubilidade confirma a pertinência desse direcionamento. A série estadual de evolução da resolubilidade da atenção secundária intermunicipal aponta que a microrregião de Conselheiro Lafaiete alcançou 74,42% em 2024, evidenciando capacidade assistencial, porém ainda insuficiente para responder às necessidades do território, havendo espaço para melhorias relevantes. Essa condição reforça que o planejamento assistencial orientado pela função regional do serviço, pela integração em rede e pela superação de vazios assistenciais persistentes, especialmente nos componentes de maior dependência externa.

4.2.4 Rede hospitalar existente

A microrregião de Conselheiro Lafaiete possui sete hospitais, sendo os principais o Hospital e Maternidade São José, com 124 leitos existentes e 67 SUS, e o Hospital Queluz, com 61 leitos existentes e 58 SUS. Esses estabelecimentos não eliminam o vazio assistencial regional em internação qualificada, terapia intensiva, cirurgia especializada e retaguarda estruturada para pacientes referenciados graves e em linhas de cuidado específicas, que compõem o presente plano assistencial.

A produção de alta complexidade está concentrada em Barbacena, polo da macro, assim como nos demais municípios polos de microrregiões.

4.2.5 Vazios assistenciais

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

O edital de concessão do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete evidencia lacunas na oferta de serviços hospitalares de média e alta complexidade.

Esses vazios assistenciais impactam diretamente a resolubilidade regional, gerando transferências intermunicipais frequentes e sobrecarga em hospitais de referência em Belo Horizonte e outras cidades-polo. A implantação do hospital busca reduzir essas lacunas, fortalecendo a continuidade do cuidado e diminuindo a fragmentação da assistência, revertendo fluxo de pacientes e potencializando a rede SUS, a humanização, a integralidade regional do cuidado em saúde e pode, por efeito, fortalecer os demais equipamentos regionais.

A análise dos painéis de monitoramento do PDR-SUS/MG referentes aos dois últimos quadrimestres de 2025 evidencia redução da capacidade de resposta hospitalar da Macrorregião Centro-Sul, reforçando de forma objetiva a necessidade assistencial e a aderência da vocação estabelecida em edital para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete. No período, a resolubilidade macroregional caiu de 81,1% no quadrimestre maio-agosto para 76,0% no quadrimestre setembro-dezembro, acompanhada de redução da produção hospitalar de alta complexidade, de 3.799 para 3.165, e de discreta retração dos leitos SUS, de 1.354 para 1.343, ciente que pode haver efeito de dados que ainda não foram compilados para a versão mais estabilizada da análise.

Embora tenha havido aumento dos leitos de UTI adulto, de 91 para 101, esse incremento isolado não foi suficiente para sustentar a resolubilidade regional, indicando que os gargalos assistenciais vão além do cuidado intensivo e alcançam a retaguarda clínica, a capacidade cirúrgica, a internação especializada e a organização dos fluxos hospitalares.

Destaca-se, ainda, a redução da participação do polo de Barbacena na resolubilidade da macrorregião, de 48,4% para 38,5%, associada à queda das internações de residentes da própria macro realizadas naquele município, de 2.209 para 1.557. No mesmo intervalo, as internações dos residentes da Macrorregião Centro-Sul em outras macrorregiões aumentaram de 863 para 970, evidenciando maior evasão assistencial para fora do território. Tal comportamento indica necessidades específicas para aumento da capacidade regional de retenção e estruturação de serviços para redução da dependência de pólos hospitalares de outros territórios.

No caso da Microrregião de Conselheiro Lafaiete, o comportamento é igualmente expressivo. Entre maio-agosto e setembro-dezembro de 2025, a proporção de residentes da micro atendidos dentro da própria Macrorregião Centro-Sul caiu de 74,6% para 67,3%, enquanto a

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

dependência de internações em outras macrorregiões subiu de 25,4% para 32,7%. Observa-se, adicionalmente, redução importante das internações desses residentes em Barbacena, de 372 para 228, sem compensação proporcional pelos demais municípios da própria macro. Esse padrão revela perda de retenção regional justamente no território para o qual se propõe a implantação de um novo hospital regional estruturante.

Os dados mais recentes do monitoramento do PDR reafirma que a implantação e operação do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete não apenas se mostram compatíveis com a vocação assistencial descrita em edital, mas respondem diretamente a um quadro objetivo de redução da resolubilidade macro e de aumento da evasão assistencial da microrregião, configurando o empreendimento como componente essencial para fortalecer a capacidade de retenção, ampliar o acesso oportuno, reduzir deslocamentos evitáveis e reequilibrar a rede hospitalar regional do SUS.

4.2.6 Fluxos assistenciais regionais

Os fluxos assistenciais serão organizados em articulação com a Central de Regulação SES MG, garantindo encaminhamento equilibrado de pacientes graves e otimização da capacidade instalada. O HRCL funcionará como unidade de referência para a microrregião, absorvendo demandas reguladas e pacientes de linha vermelha.

A integração dos fluxos assistenciais do HRCL respeitará a regulação estadual, articulando-se com a atenção primária, os serviços de urgência e os demais níveis hospitalares. Serão implementados protocolos clínicos padronizados e *rounds* multiprofissionais, assegurando continuidade do cuidado, segurança do paciente e previsibilidade na utilização dos recursos.

O hospital fortalecerá a rede regional de saúde, apoiando os municípios da Macrorregião Centro-Sul e ampliando a capacidade assistencial. A alta hospitalar será acompanhada de integração efetiva com a Atenção Primária à Saúde, garantindo seguimento dos casos e reduzindo reinternações desnecessárias.

Essa estrutura consolidará o modelo regional de assistência, promovendo maior eficiência, resolutividade e impacto positivo na organização da rede, com atenção ao uso racional dos recursos e ao fortalecimento da integração entre os diferentes pontos de atenção.

4.2.7 Desafios para a regionalização da assistência

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Entre os principais desafios apontados estão a sustentabilidade econômica e operacional, a necessidade de gestão eficiente de leitos e a garantia de acesso equitativo em toda a macrorregião. Reconhece-se que a regionalização exige superar barreiras históricas de concentração de serviços em grandes centros urbanos, progressivo aumento da complexidade do cuidado regional e hospitalar, promovendo maior capilaridade e integração da rede.

Outro desafio relevante é a coordenação interinstitucional, que exige alinhamento permanente entre hospital, municípios e a regulação estadual. Para enfrentá-lo, torna-se essencial a pactuação de fluxos de acesso hospitalar, o fortalecimento do planejamento conjunto com a microrregião e o acompanhamento estruturado da jornada do paciente pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) e núcleo de desospitalização, aqui nominado pelo Núcleo de Jornada do Paciente (NJP) que pode ser nomeado desta forma, estando dentro desta organização a desospitalização do paciente, de forma mais ampla visando ações de desospitalização mas de qualidade completa durante a jornada. A integração plena com a rede SUS, por meio de estratégias de navegação e contrarreferência, assegura esforço, compromisso e ação de continuidade do cuidado e evita fragmentação da assistência.

O monitoramento contínuo da eficiência do uso dos leitos e da segurança dos pacientes, com ajustes baseados em indicadores assistenciais, sistemas da política hospitalar da SES MG, o *Diagnosis Related Groups* (DRG) e protocolos clínicos e de gestão, são instrumentos estratégicos para garantir qualidade e equidade. Os desafios de regionalização também incluem superar desigualdades históricas na distribuição de serviços, consolidar a cultura de alta hospitalar qualificada e integrada com a rede SUS e ampliar a resolutividade local. O hospital se colocará com alta disposição para o trabalho colaborativo com a microrregião, promovendo governança clínica compartilhada, integração multiprofissional e gestão transparente, de modo a fortalecer a rede regional e gerar valor em saúde para toda a população.

5. Papel Estratégico do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

O posicionamento estratégico do hospital decorre de três elementos centrais: primeiro é a relevância territorial da Microrregião de Conselheiro Lafaiete e importância na região de saúde Centro Sul. O segundo é a persistência de vazios e deslocamentos assistenciais em especialidades cirúrgicas e clínicas de média e alta complexidade. O terceiro é a necessidade de incorporar um desenho de hospital resolutivo, regulado, com capacidade de absorver cirurgia especializada, pacientes críticos e retaguarda clínica sem reproduzir o modelo disperso de oferta

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

fragmentada.

No Plano Plurianual de Ação Governamental de Minas Gerais, o PPAG 2020-2023 (PPAG 2020-2023), o HRCL está compromissado como um projeto executivo de regionalização da assistência, coerente também com a lógica posterior do Valora Minas e do financiamento tripartite desenhado para sua operação.

5.1 Inserção do hospital na regionalização da saúde

O empreendimento hospitalar está situado em um terreno de 35.613,65 m² e conta com quatro pavimentos projetados para oferecer infraestrutura moderna e completa. O Hospital prestará serviços exclusivamente ao SUS, observando o fluxo regulatório do território, com 97 leitos totais, 20 leitos de observação para pronto-atendimento referenciado, 20 leitos de UTI adulto e 77 leitos de enfermaria destinados às especialidades de clínica geral, cardiologia, ortopedia, neurologia, oncologia, urologia, vascular e bucomaxilofacial.

O complexo cirúrgico é composto por 04 salas equipadas para procedimentos nas áreas de urologia, vascular, cardiologia, cirurgia geral, ortopedia, neurologia, bucomaxilofacial e oftalmologia. Complementando a estrutura, o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) oferece equipamentos de tomografia, ultrassonografias e radiologias diversas, exames gráficos e endoscópicos.

Essa configuração de capacidade assistencial robusta, diversidade de especialidades médicas e suporte tecnológico de ponta, posiciona o imóvel como uma referência em atendimento hospitalar local e um ativo estratégico para expansão de serviços de saúde.

A racionalidade assistencial, melhoria contínua, humanização e eficiência do uso do leito, integram o modelo ampliado e demonstram como a operação pode ser organizada de forma progressiva, segura e aderente à lógica regional do SUS.

O hospital irá operar como ponto de atenção hospitalar de referência, articulado ao complexo regulador e ao fluxo macrorregional do SUS. Seu perfil privilegia urgência cirúrgica e clínica referenciada, internação adulta, cuidado crítico, cirurgia eletiva regulada, cirurgia de tempo sensível e linhas assistenciais alinhadas às necessidades do território: ortopedia e trauma, cardiologia e neurologia de média complexidade, urologia, cirurgia vascular, cirurgia geral, apoio ao cuidado em oncologia, oftalmologia, bucomaxilofacial, abordagem cirúrgica da obesidade e

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

manejo cirúrgico da hemorragia digestiva alta.

O desenho assistencial aqui apresentado utiliza matriz de leitos flexível, governança de acesso, Núcleo Interno de Regulação (NIR) estratégico, protocolos clínicos com as melhores evidências científicas e pareados com as realidades e linhas de cuidado prioritárias, comissões obrigatórias e aquelas que imprimem melhores práticas assistenciais, agência transfusional, retaguarda diagnóstica, capacidade de resposta a eventos sanitários e arranjo multiprofissional orientado por segurança do paciente, desempenho assistencial e indicadores com base em *Diagnosis Related Groups* (DRG).

Quadro 1 – Premissas e vinculantes desta versão

Tema	**Premissa adotada**	**Implicação operacional da operação HRCL**
Natureza do hospital	Hospital geral adulto, 100% SUS, sem maternidade	Concentração em urgência referenciada, cirurgias especializadas e internação clínica/cirúrgica adulta.
Capacidade total	97 leitos	Exige matriz flexível de internação e abertura escalonada.
Terapia intensiva	20 leitos de UTI adulto	Suporta linha vermelha, pós-operatório complexo.
Centro cirúrgico	4 salas cirúrgica	Favorece a gestão flexível do centro cirúrgico, com alocação dinâmica das salas conforme prioridade clínica, perfil da demanda e necessidade assistencial do dia. Exige eficiência operacional, com otimização da agenda, redução

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

		de tempos de troca, uso estratégico de horários estendidos e ampliação segura da produção eletiva, sem prejuízo da resposta às urgências referenciadas.
Acesso	Admissão regulada pela sistema estadual de regulação de acesso hospitalar Pronto-socorro referenciado com linha vermelha Ambulatório de consultas eletivas reguladas e de egressos hospitalares.	O hospital não se organizará como porta aberta; a prioridade é a regulação e o atendimento de casos graves e transferências, dando suporte à rede SUS regional e oferecendo cuidado qualificado ao paciente grave. Atendimento ambulatorial dentro das linhas de cuidados hospitalares pactuadas*. *área física ambulatorial não localizada no projeto arquitetônico disponibilizado pela SES MG - necessidade de adequação do atual projeto e ampliação da obra para garantir a infraestrutura necessária.

Fonte: elaboração própria com base nas premissas definidas para esta versão e nos anexos do edital.

5.2 Articulação com a rede SUS

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

A inserção do hospital na rede será pautada sempre pelo respeito às premissas do SUS, universalidade, integralidade e equidade, e ao modelo mineiro de organização das redes de assistência, que prioriza a descentralização, a eficiência e a transparência e a regulação estadual. O hospital evitará sobreposições, atuando para reduzir vazios assistenciais identificados no planejamento ascendente, alinhado ao gestor pleno municipal, ao PDR com coerência entre papel regional, contrato de obrigações, capacidade instalada, demanda regional e prioridades sanitárias.

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deverá atuar como ponto estratégico da rede regional de atenção à saúde, com função articuladora entre os diferentes níveis assistenciais e capacidade de ordenar fluxos hospitalares de maior complexidade de forma integrada ao território. Sua inserção na rede SUS deverá ser orientada não apenas pela oferta de serviços hospitalares, mas pela capacidade de qualificar o acesso regulado, fortalecer a continuidade do cuidado e contribuir para maior coerência entre a necessidade assistencial da população e a resposta organizada da rede.

Essa articulação pressupõe integração permanente com a Atenção Primária à Saúde, com os serviços de urgência e emergência, com a regulação estadual, com os ambulatórios especializados, com os serviços de reabilitação e com os hospitais de maior complexidade, de modo a permitir encaminhamento oportuno, contrarreferência qualificada e compartilhamento de responsabilidades assistenciais. Nesse arranjo, o hospital não se esgota em sua função intra-hospitalar, mas passa a exercer papel estruturante na ampliação da suficiência regional da rede e na redução da fragmentação do cuidado.

Ao operar dessa forma, o hospital contribui para racionalizar fluxos assistenciais, reduzir deslocamentos evitáveis, apoiar maior resolubilidade no território e ampliar a capacidade regional de resposta a casos clínicos e cirúrgicos que exigem estrutura hospitalar mais robusta, porém articulada à rede e não isolada dela.

5.3 Ampliação da resolubilidade regional.

De acordo com o estudo de necessidades de saúde do território elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES MG), a resolubilidade constitui importante indicador da capacidade do território de absorver e atender às demandas assistenciais de sua população, sendo medida pela proporção de pacientes residentes atendidos no próprio território em

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

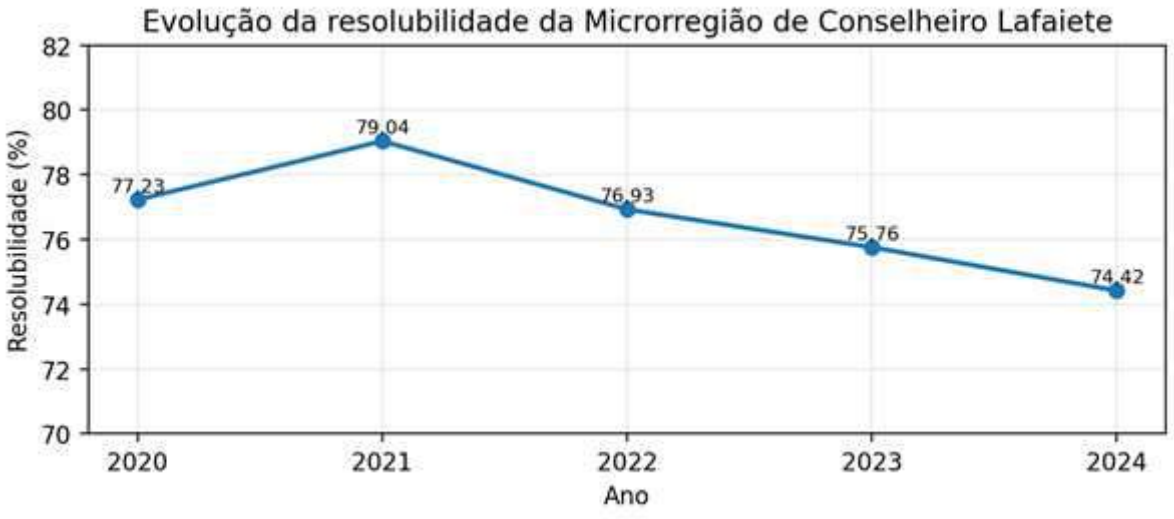
relação ao total de internações realizadas pelos residentes daquele território. O Hospital terá papel estratégico no fortalecimento da capacidade assistencial da macrorregião Centro-Sul, ampliando a oferta de serviços hospitalares e contribuindo para reduzir deslocamentos assistenciais para outras regiões do estado.

Na microrregião de Conselheiro Lafaiete, a pressão sobre a rede não se explica apenas pelo volume populacional, mas pela combinação entre demanda reprimida, necessidade de maior retaguarda hospitalar e migração assistencial para outros municípios em busca de atendimento.

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, como está claro no Edital, está comprometido como ativo estratégico de reorganização da rede, ao agregar capacidade assistencial qualificada, ampliar a oferta regulada e fortalecer linhas de cuidado que hoje não encontram resposta suficiente no território. A incorporação de internação clínica e cirúrgica, retaguarda para pacientes de maior gravidade e suporte em leitos críticos tende a reduzir a dependência de referências externas e a melhorar a capacidade regional de resposta, com mais segurança, oportunidade e estabilidade para os fluxos assistenciais.

Ao estruturar oferta compatível com o perfil assistencial definido para a unidade, o hospital contribui para reduzir vazios assistenciais, qualificar os fluxos regulados, ampliar a resolubilidade do território e diminuir a necessidade de migração da população da microrregião de Conselheiro Lafaiete em busca de atendimento hospitalar.

Gráfico 1 – Evolução da resolubilidade da Microrregião de Conselheiro Lafaiete (2020–2024)



Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Fonte: elaboração própria com base na série histórica de resolubilidade das microrregiões de Minas Gerais.

Quadro 2 – Dados populacionais e demandas territoriais da Microrregião de Saúde Conselheiro Lafaiete

Elementos territoriais que sustentam o modelo assistencial	Leitura técnica	Resposta no plano assistencial
População de referência	Microrregião de 186.540 habitantes e macro de cerca de 770 mil habitantes.	Hospital com escala regional, não restrito à demanda municipal imediata.
Resolubilidade	Microrregião com resolubilidade histórica regular e dependência de outros polos para parte da produção hospitalar especializada.	Foco em linhas cirúrgicas e clínicas que reduzam evasão assistencial e deslocamentos e baixa resolubilidade regional
Leitos críticos	Déficit macrorregional de UTI adulto	Reserva robusta de leitos críticos e abertura escalonada com prioridade para terapia intensiva.
Rede existente	Oferta atual relevante, porém insuficiente para absorção integral da demanda especializada.	Novo hospital cumpre ampliação complementar, regulada e articulada à rede, evitando concorrência predatória por pacientes, sem resolver gargalos e vazios assistenciais
Urgência regional	O território precisa de retaguarda mais densa para	Pronto-socorro referenciado com linha vermelha e centro

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

	casos cirúrgicos, clínicos graves e tempo-sensíveis.	cirúrgico de alta disponibilidade.
Perfil pactuado	O escopo prioriza cirurgia especializada, UTI e internação adulta.	Plano Assistencial concentra recursos em hospital adulto, sem maternidade, com desenho coerente ao pacto regional.

Fonte: elaboração própria com base nos anexos do edital e documentos territoriais fornecidos.

6. Modelo Assistencial

O modelo assistencial para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete fundamenta-se nos princípios SUS, nas diretrizes da regionalização da atenção à saúde e nas melhores práticas nacionais e internacionais de organização da assistência hospitalar.

O Plano está estruturado, em alinhamento com o Edital, que a operação do Hospital responderá às necessidades de saúde da população da macrorregião Centro-Sul, ampliando a resolubilidade regional e reduzindo a necessidade de deslocamento de pacientes para centros terciários

O hospital será organizado a partir de linhas de cuidado estruturadas, com fluxos assistenciais bem definidos, integração entre os diferentes níveis de atenção e forte orientação para resultados clínicos e assistenciais e guiada por princípios de qualidade assistencial, eficiência de uso do leito e segurança assistencial e de processos, regularidade sanitária e jurídica na prestação dos serviços de saúde e busca de melhoria contínua.

6.1 Princípios Assistenciais

O hospital atuará como unidade de média e alta complexidade hospitalar adulta, 100% SUS, vocacionada para assistência regional referenciada. Seu modelo combina três funções estruturantes: retaguarda hospitalar regulada para a rede, resposta rápida para pacientes graves e produção cirúrgica especializada com elevada previsibilidade operacional. O objetivo não é apenas abrir leitos, mas organizar um hospital com capacidade de resolver episódios clínicos e cirúrgicos sem excessiva fragmentação interna e sem dependência permanente de transferências evitáveis.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Do ponto de vista assistencial, a unidade irá operar com lógica de hospital geral adulto de especialidades, no qual a internação é organizada por perfis predominantes, porém com uso flexível dos leitos conforme sazonalidade, demanda regulada e perfil epidemiológico. Essa flexibilidade é indispensável para evitar ilhas assistenciais subutilizadas e para equilibrar pressão assistencial entre clínica médica, ortopedia, cardiologia, neurologia, urologia, vascular, cirurgia geral, oftalmologia e bucomaxilofacial.

O pronto-socorro será referenciado, para receber pacientes encaminhados pela regulação, pelo SAMU, por transferência inter-hospitalar e pelas linhas de cuidado de tempo sensível. A manutenção da linha vermelha é obrigatória para suportar emergências clínicas e cirúrgicas graves, instabilizações, reanimação, politrauma selecionado e casos com necessidade de rápida definição diagnóstica e terapêutica.

Quadro 3 - Linhas assistenciais prioritárias

Linha de cuidado	Escopo operacional
Urgência referenciada e linha vermelha	Casos graves clínicos e cirúrgicos encaminhados pela regulação, SAMU e transferências inter-hospitalares.
Ortopedia e trauma adulto	Fraturas, lesões osteoarticulares, trauma selecionado, cirurgias eletivas e urgências ortopédicas.
Cardiologia clínica e cirúrgica/intervencionista compatível	Descompensações clínicas, arritmias, dor torácica, pós-operatório e procedimentos compatíveis com habilitação e escala disponível.
Neurologia e neuroemergências selecionadas	AVC, crises convulsivas, condições neurológicas agudas e pós-operatórios definidos no arranjo regional.
Cirurgia vascular e urologia	Urgências vasculares, doença arterial/venosa complexa, litíase, obstruções e cirurgias eletivas reguladas.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Oncologia cirúrgica e clínica de suporte	Internações e cirurgias compatíveis com a rede, sem competir de forma desordenada com os polos já habilitados. Investigação para agilidade em diagnóstico e atuação para vinculação do paciente ao serviço especializado.
Oftalmologia hospitalar	Cirurgia oftalmológica regulada, procedimentos de alta rotatividade e permanência curta, com apoio anestésico e clínico.
Bucomaxilofacial	Trauma facial, infecções complexas, cirurgias eletivas reguladas e casos associados à porta referenciada.
Cirurgia bariátrica e hemorragia digestiva alta	Linha específica com critérios rigorosos, protocolo perioperatório e suporte intensivo.

Fonte: elaboração própria, em consonância com o perfil assistencial pactuado.

Na oncologia o HRCL cumprirá papel de impacto em atendimento ao Planejamento Regional Integrado (PRI) da SES MG, que tem como prioridade contribuir com o acesso mais ágil ao diagnóstico para neoplasia na macrorregião Centro Sul, atuando conforme regulação, assim como os cuidados dentro da vocação do HRCL, não estando, no presente momento, previsto para o hospital atuar como Unacon ou Cacon.

6.1.1 Integralidade do cuidado

A integralidade constitui um dos princípios estruturantes do SUS e orienta a organização da assistência de modo a contemplar o conjunto das necessidades de saúde da população. Conforme estabelece a Lei Orgânica da Saúde no Brasil é a Lei nº 8.080, a integralidade compreende a articulação das ações e serviços de saúde de forma contínua e integrada, considerando o indivíduo em sua totalidade.

No contexto hospitalar, a integralidade se materializa na organização de linhas de cuidado que asseguram a continuidade da atenção entre os diferentes pontos da rede de saúde, desde a atenção primária até os serviços especializados e hospitalares.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sistemas de saúde organizados em redes integradas de atenção promovem maior resolubilidade, melhor coordenação do cuidado e melhores resultados em saúde. Nesse sentido, o HRCL será estruturado como componente estratégico da rede regional de atenção à saúde, articulando-se com os serviços municipais, a atenção primária e os hospitais de maior complexidade da rede estadual.

6.1.2 Segurança do paciente

A segurança do paciente constitui o eixo central do modelo assistencial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde a um mínimo aceitável.

No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS nº 529/2013, estabelece diretrizes para a implementação de práticas seguras nos serviços de saúde.

O hospital implantará estrutura permanente voltada à segurança assistencial, incluindo o de Segurança do Paciente e a adoção de protocolos clínicos baseados nas melhores evidências científicas. A implementação sistemática dessas práticas contribuirá para reduzir riscos assistenciais, promover maior padronização dos processos de cuidado e fortalecer a qualidade da assistência prestada.

6.1.3 Qualidade assistencial

A qualidade assistencial será promovida por meio da adoção de práticas de gestão clínica baseadas em evidências, monitoramento contínuo de indicadores de desempenho e implementação de processos de melhoria contínua.

A qualidade assistencial deve ser analisada de forma multidimensional, contemplando segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade, atributos reconhecidos pelo Ministério da Saúde como referenciais essenciais para a organização e avaliação das práticas assistenciais. Nesse sentido, a organização da assistência hospitalar será orientada por protocolos clínicos estruturados, monitoramento de resultados assistenciais e atuação de instâncias institucionais voltadas à melhoria contínua da qualidade do cuidado.

A estrutura de gestão da qualidade contará com comissões assistenciais além das obrigatórias e

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

mecanismos institucionais de avaliação permanente dos processos de cuidado, permitindo identificar oportunidades de melhoria e promover aprimoramento contínuo da assistência prestada.

6.1.4 Eficiência e resolubilidade

A eficiência operacional e a resolubilidade assistencial constituem elementos centrais do modelo assistencial para o Hospital, especialmente considerando o papel estratégico da unidade na ampliação da capacidade de resposta da macrorregião Centro-Sul às necessidades de saúde da população.

No contexto das redes de atenção à saúde, a resolubilidade refere-se à capacidade dos serviços de saúde de responder adequadamente às demandas assistenciais apresentadas pela população, solucionando os problemas de saúde no nível de complexidade apropriado e evitando encaminhamentos desnecessários para outros níveis da rede.

Nesse sentido, o hospital será estruturado para atuar como unidade de referência regional para média complexidade hospitalar e especialidades estratégicas, ampliando a capacidade de resolução de casos clínicos e cirúrgicos na própria macrorregião e reduzindo a dependência de encaminhamentos para hospitais localizados em outras regiões do estado.

Em consonância com as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a gestão assistencial do hospital incorporará a utilização da metodologia DRG (*Diagnosis Related Groups*) como instrumento de qualificação da gestão hospitalar e aprimoramento da eficiência assistencial.

A utilização do DRG permitirá compreender com maior precisão o perfil de complexidade dos pacientes atendidos, analisar padrões de cuidado e monitorar o desempenho assistencial das diferentes linhas de cuidado com alvos muito bem definidos para melhorias internas e para oferta de apoio e discussão territorial. Essa abordagem possibilita identificar oportunidades de melhoria na organização do cuidado inclusive em rede, fortalecendo o SUS e promovendo maior eficiência na utilização dos recursos hospitalares.

Ao mapear e identificar alvos para uma gestão mais qualificada do tempo de permanência, da utilização de leitos e da organização dos fluxos assistenciais, essa metodologia contribui para otimizar o uso da capacidade instalada do hospital, ampliando a disponibilidade de leitos para

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

novos pacientes, aumentando o acesso da população aos serviços hospitalares.

6.1.5 Governança clínica

A governança clínica será um dos fundamentos da organização assistencial do hospital regional e estará incorporada à estrutura de gestão, à definição de competências e à sistematização do cuidado. Mais do que um conceito organizacional, ela funcionará como um arranjo concreto de estruturas, responsabilidades, fluxos decisórios e mecanismos de monitoramento voltados a garantir qualidade, segurança, efetividade assistencial e coerência entre prática clínica, gestão hospitalar e necessidades da rede.

Esse modelo exigirá clareza de papéis, linhas de comando bem definidas, responsabilidades técnicas formalizadas, colegiados ativos, indicadores consistentes e rituais periódicos de análise e decisão. A diretoria técnica conduzirá o modelo clínico e responderá pelo funcionamento médico-hospitalar, a gerência assistencial sustentará a operação assistencial contínua e o núcleo regulador organizará a interface com a rede de atenção. A estrutura mínima contemplará a atuação articulada do Núcleo Interno de Regulação, do Núcleo de Jornada do Paciente ou Núcleo de Desospitalização, do Núcleo de Segurança do Paciente, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, da Comissão de Revisão de Óbitos, da Comissão de Revisão de Prontuários, da Comissão de Farmácia e Terapêutica, da Comissão de Curativos e Pele, da Comissão de Ética de Enfermagem, da Comissão de Ética Médica, da CIHDOTT, do Comitê Transfusional e do fórum de análise de indicadores assistenciais e de DRG e todas as demais comissões obrigatórias e outras voltadas à melhoria contínua e à excelência assistencial.

Inseridos nessa organização, os seis pilares da governança clínica orientarão o desdobramento dos documentos institucionais, protocolos, fluxos e instrumentos de gestão: segurança do paciente e gestão de riscos; efetividade clínica e prática baseada em evidências; avaliação de desempenho e melhoria contínua da qualidade; gestão da força de trabalho, formação permanente e responsabilidade técnica; centralidade do paciente e experiência do cuidado; e governança da informação clínica e transparência decisória. Não haverá conflito entre governança clínica e DRG; ao contrário, haverá convergência. O DRG será incorporado como instrumento de análise, qualificação da informação, compreensão do perfil assistencial, avaliação de desempenho, gestão da permanência e apoio à tomada de decisão, fortalecendo a governança do cuidado e ampliando a capacidade institucional de monitorar desfechos, eficiência e valor assistencial.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Da mesma forma, ferramentas de excelência operacional, inclusive as metodologias Lean e Lean Six Sigma em Saúde, serão incorporadas em convergência com esse modelo, apoiando revisão de processos, redução de desperdícios, melhoria de fluxos, definição mais clara de papéis, fortalecimento da segurança, aumento da eficiência operacional e qualificação contínua da assistência. Com isso, a governança clínica funcionará como eixo integrador entre qualidade, segurança, desempenho assistencial e gestão operacional, assegurando maior consistência entre estratégia, operação hospitalar e entrega de valor à população usuária do SUS.

6.1.6 Integração com a rede SUS

A integração com a rede SUS constitui princípio estruturante do modelo assistencial proposto, orientando a organização do cuidado de forma coerente com a lógica da regionalização, da integralidade e da coordenação entre os diferentes pontos de atenção. Nesse modelo, o hospital deverá atuar em articulação permanente com a rede de saúde, reconhecendo que a qualidade da assistência hospitalar depende também da adequada conexão com os serviços que antecedem, complementam e sucedem a internação.

Esse princípio implica compreender o hospital como parte de uma rede assistencial viva, na qual o paciente transita entre Atenção Primária, serviços especializados, urgência, internação, reabilitação, atenção domiciliar e rede socioassistencial, conforme suas necessidades. A integração com a rede SUS deverá, portanto, orientar fluxos, protocolos, mecanismos de comunicação, referência e contrarreferência, evitando descontinuidade do cuidado, reinternações evitáveis e perda de seguimento clínico.

Ao adotar a integração com a rede como princípio assistencial, o hospital fortalece sua capacidade de produzir cuidado mais resolutivo, seguro e coordenado, contribuindo para que a assistência hospitalar seja compreendida como parte de um percurso assistencial mais amplo, e não como episódio isolado de atenção.

6.1.7 Central de Comando Operacional

O modelo assistencial prevê a implantação de uma Central de Comando Operacional (CCO), conforme previsto no edital, estruturado como núcleo estratégico de monitoramento e gestão dos fluxos assistenciais e jornada do paciente.

A Central de Comando contará com equipe multidisciplinar e multiáreas organizada em formato

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

de *squad*, responsável pelo acompanhamento em tempo real dos processos assistenciais e pela gestão integrada da jornada do paciente dentro da unidade hospitalar.

A utilização de painéis de monitoramento permitirá acompanhar indicadores operacionais e assistenciais relacionados à ocupação hospitalar, giro de leitos, fluxos de admissão, tempos de espera, transferência de pacientes, tempo de permanência hospitalar e utilização dos recursos assistenciais.

Essa estrutura permitirá maior agilidade na tomada de decisão, contribuindo para otimizar a utilização da capacidade instalada do hospital, melhorar a organização dos fluxos assistenciais provenientes da rede regional, de forma a aprimorar a eficiência operacional e a jornada do paciente e.

6.1.8 Gestão integrada de leitos

A gestão eficiente dos leitos hospitalares será elemento central para o adequado funcionamento da unidade e para a garantia de acesso oportuno aos serviços hospitalares. Será estruturado modelo de gestão integrada de leitos, articulado à Central de Comando Operacional e alinhado aos mecanismos de regulação do SUS, com capacidade de monitorar continuamente a ocupação hospitalar, organizar os fluxos de admissão, transferência e alta e ampliar a previsibilidade sobre a disponibilidade de leitos. Essa lógica não se limitará ao controle operacional de vagas, mas se constituirá como prática assistencial e gerencial orientada ao uso qualificado da capacidade instalada, à segurança do paciente e à ampliação do acesso para a população que aguarda internação.

Nesse arranjo, o Núcleo Interno de Regulação, o Núcleo de Jornada do Paciente ou Núcleo de Desospitalização e todos os níveis de gestão do hospital deverão atuar de forma articulada no domínio das ferramentas de gestão do leito, na leitura permanente dos fluxos assistenciais e no fortalecimento do compromisso social relacionado ao uso responsável desse recurso crítico. A gestão hospitalar promoverá compreensão institucional de que o leito não será apenas um espaço físico de internação, mas recurso assistencial de alto valor sanitário, cujo uso inadequado produzirá risco ao paciente internado e barreira de acesso para outros usuários da rede. Por essa razão, as equipes deverão identificar de forma contínua os fatores que prolongam desnecessariamente a permanência hospitalar, inclusive entraves clínicos, diagnósticos, terapêuticos, administrativos, logísticos e regulatórios, adotando medidas concretas para sua

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

superação.

Esse modelo permitirá reduzir tempo de permanência desnecessário, qualificar transições de cuidado, diminuir riscos relacionados à hospitalização prolongada, humanizar a assistência e aumentar a acessibilidade para os pacientes que aguardam leitos hospitalares. A gestão do leito estará, assim, diretamente vinculada à melhoria do cuidado, à redução de desperdícios, à maior eficiência operacional e à resposta mais oportuna às necessidades da rede. Com isso, o hospital consolidará uma cultura institucional em que a utilização do leito será compreendida como responsabilidade compartilhada entre áreas assistenciais e gestoras, sempre orientada por segurança, resolutividade, humanização e compromisso com o acesso equitativo no SUS.

6.1.9 Planejamento da alta hospitalar e continuidade do cuidado

O planejamento da alta hospitalar deverá ser conduzido de forma estruturada desde o período da admissão para internação, e não apenas no momento final da saída do paciente, com o objetivo de garantir transição segura do cuidado e continuidade assistencial após a permanência hospitalar. Essa diretriz pressupõe que a alta seja compreendida como etapa clínica e organizacional crítica, exigindo preparação progressiva, articulação multiprofissional e definição antecipada das necessidades de seguimento.

Nesse contexto, os pacientes deverão ter sua alta planejada de acordo com a evolução clínica, o grau de dependência, a necessidade de reabilitação, o suporte familiar e social disponível, os recursos terapêuticos necessários após a internação e a articulação com os demais pontos da rede. Sempre que necessário, deverão ser organizados encaminhamentos para Atenção Primária à Saúde, serviços especializados, reabilitação, atenção domiciliar e rede socioassistencial, assegurando que o cuidado prossiga de forma oportuna e coerente com as necessidades identificadas.

A operacionalização da alta e da transição do cuidado deverá envolver comunicação estruturada entre equipes, registro qualificado em prontuário, orientação ao paciente e/ou cuidador, definição clara do plano terapêutico pós-alta e compartilhamento das informações essenciais com os serviços responsáveis pela continuidade do cuidado. Essa abordagem contribui para reduzir reinternações evitáveis, qualificar a experiência do paciente, ampliar a segurança assistencial e fortalecer a integração do hospital com a rede SUS.

6.1.10 Gestão da jornada e navegação do paciente

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

O modelo assistencial incorpora a abordagem de gestão da jornada do paciente, permitindo compreender e organizar o percurso assistencial do usuário dentro do hospital

Será adotada a navegação do paciente, estratégia voltada ao acompanhamento ativo do percurso assistencial do usuário complexo, de alto risco clínico ou social, facilitando a articulação entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos no cuidado.

A navegação do paciente contribui para melhorar a coordenação do cuidado, reduzir tempos de espera em etapas assistenciais e promover maior segurança e qualidade na assistência prestada e a continuidade extra hospitalar dos pacientes.

Essa estratégia permitirá ampliar a capacidade de resposta assistencial, fortalecer a integração entre serviços e qualificar a assistência prestada à população da macrorregião Centro-Sul.

6.2 Organização por Linhas de Cuidado

A assistência hospitalar será estruturada a partir de linhas de cuidado prioritárias definidas conforme o perfil assistencial previsto no edital e as necessidades epidemiológicas da macrorregião Centro-Sul, com destaque para urgência e emergência, clínica médica, assistência cirúrgica, ortopedia e trauma, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e condições metabólicas e endocrinológicas. Essa organização permitirá ordenar fluxos, qualificar a coordenação do cuidado e ampliar a resolutividade hospitalar, sempre em articulação com as diretrizes da SES-MG, com os fluxos e protocolos vigentes do Município de Conselheiro Lafaiete e da microrregião.

O HRCL exercerá papel estratégico no território, com atuação aberta, proativa e integrada à Atenção Primária à Saúde, ao gestor pleno municipal e aos demais pontos de atenção da rede. Antes da inauguração da unidade, será realizada análise técnica dos protocolos estaduais, municipais e regionais aplicáveis, bem como dos fluxos regulatórios, referências assistenciais e interfaces necessárias à integração hospital-rede, de modo a assegurar que os protocolos institucionais do hospital sejam construídos com aderência às linhas de cuidado pactuadas e compatibilidade com a realidade assistencial local e microrregional. Desde o início da internação, o hospital atuará na preparação do paciente e da família para a alta, promovendo transição do cuidado mais segura, compartilhamento adequado de informações, redução de rupturas entre serviços e diminuição de retornos evitáveis às portas de urgência.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Essas linhas de cuidado serão mapeadas também no ambiente intrahospitalar por meio do uso articulado de ferramentas como DRG, monitoramento do Núcleo Interno de Regulação, atuação do Núcleo de Jornada do Paciente ou núcleo de desospitalização e metodologias de excelência operacional, como dailies e similares, voltadas à leitura contínua dos fluxos, gargalos, atrasos e oportunidades de melhoria. A partir desse acompanhamento, será traçada a jornada hospitalar do paciente com base nas melhores evidências científicas e em protocolos multiprofissionais, contemplando não apenas o cuidado durante a internação, mas também os fatores que interferem antes da admissão e após a saída do hospital. Com isso, a parte hospitalar contribuirá de forma concreta para uma visão ampliada de jornada regional, fortalecendo a integração com a rede SUS, a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a redução de permanências e esperas desnecessárias.

7. Organização da Atenção Hospitalar

7.1 Porta Hospitalar referenciada para urgências e emergências

A unidade contará com porta hospitalar referenciada para urgências e emergências, destinada ao acolhimento de pacientes encaminhados pela regulação, pelo SAMU, por transferências inter-hospitalares e por linhas de cuidado tempo-sensíveis pactuadas com a rede. Não se trata de pronto atendimento ou pronto-socorro de demanda espontânea, mas de estrutura hospitalar regulada para recebimento de casos graves e especializados, com linha vermelha, estabilização, observação, definição diagnóstica e encaminhamento intra-hospitalar conforme a necessidade assistencial.

7.1.1 Sala vermelha, sala de observação e correlatos

A área de atendimento a pacientes graves será estruturada para resposta imediata às urgências clínicas e cirúrgicas, com sala de emergência/choque, leitos de observação adulta, ambiente de isolamento e equipe médica presencial 24 horas, apoiada por enfermagem dimensionada para garantir tempo-resposta compatível com a gravidade dos casos. Esse funcionamento será sustentado por fluxo decisório integrado ao Núcleo Interno de Regulação, ao centro cirúrgico e aos demais pontos críticos da assistência hospitalar.

Para assegurar resolutividade e agilidade na condução dos casos, a unidade contará com suporte diagnóstico e terapêutico em funcionamento contínuo, incluindo laboratório de urgência,

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

radiologia convencional, tomografia computadorizada, ultrassonografia point-of-care, farmácia, hemoterapia e retaguarda de centro cirúrgico para situações de urgência. Essa estrutura permitirá estabilização, definição diagnóstica e encaminhamento oportuno dos pacientes, com maior segurança e menor tempo de resposta assistencial

7.1.2 Fluxos assistenciais

Os fluxos assistenciais da unidade serão estruturados com base em porta de entrada referenciada, sem funcionamento como pronto atendimento ou unidade de demanda espontânea. O acesso dos pacientes ocorrerá mediante encaminhamento regulado, conforme perfil assistencial da unidade, critérios clínicos previamente definidos e necessidades assistenciais do território. Nesse contexto, os fluxos deverão contemplar a articulação entre a regulação assistencial, a admissão hospitalar, as unidades de internação, a terapia intensiva, o centro cirúrgico, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e os processos de transferência interna e externa, assegurando continuidade do cuidado, segurança do paciente, rastreabilidade das decisões assistenciais e adequada utilização da capacidade instalada.

7.2 Internação hospitalar

A internação hospitalar estará organizada de forma coerente com a vocação assistencial da unidade e com seu papel na rede de atenção à saúde, priorizando o atendimento de pacientes encaminhados por regulação, em consonância com os vazios assistenciais, a demanda regional e a capacidade operacional instalada. A admissão hospitalar deverá observar critérios clínicos, perfil epidemiológico, necessidade de suporte assistencial e disponibilidade de leitos, de modo a garantir acesso oportuno, uso racional dos recursos e adequada inserção da unidade na rede regionalizada e hierarquizada.

7.2.1 Enfermarias

As enfermarias serão estruturadas para acolher pacientes com perfil clínico compatível com a proposta assistencial da unidade, contemplando condições que demandem internação hospitalar, monitoramento contínuo, terapêutica medicamentosa, cuidados multiprofissionais e acompanhamento evolutivo durante a permanência. A organização das enfermarias deverá favorecer segurança, funcionalidade, observação clínica, adequada ambiência assistencial e integração com os demais pontos internos do cuidado, em especial equipe médica,

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

enfermagem, reabilitação, apoio diagnóstico e regulação de leitos.

7.2.2 Perfil de internação clínica

O perfil de internação clínica será compatível com a finalidade assistencial do hospital e com os encaminhamentos regulados oriundos da rede, contemplando pacientes com condições clínicas agudas ou agudizadas que demandem avaliação médica especializada, suporte terapêutico hospitalar e acompanhamento multiprofissional. A definição desse perfil considerará a capacidade técnica da unidade, os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, a necessidade ou possibilidade de retaguarda em terapia intensiva, a resolutividade esperada e a coerência com as necessidades assistenciais do território. Caberá à unidade explicitar de forma objetiva o perfil assistencial dos pacientes elegíveis à internação, inclusive daqueles com potencial necessidade de cuidado intensivo, encaminhando essas definições à regulação, que realizará a indicação e priorização do acesso conforme gravidade, necessidade assistencial, disponibilidade de leitos e demandas do território. A admissão hospitalar observará não apenas a condição clínica individual, mas também a lógica regional de organização da assistência e a pactuação do papel da unidade na rede.

7.2.3 Gestão de leitos

A gestão de leitos será orientada por critérios assistenciais, operacionais e regulatórios, com monitoramento contínuo da ocupação, permanência, giro, perfil clínico dos pacientes e necessidade de transferência interna ou externa. Deverá haver interface permanente com a regulação, de modo a favorecer a alocação adequada dos pacientes, priorização conforme critérios clínicos e otimização do uso da capacidade instalada. A gestão de leitos deve atuar como dispositivo estratégico para garantir acesso organizado, continuidade assistencial, segurança do paciente e eficiência operacional, especialmente em uma unidade com porta referenciada e inserção regional.

7.3 Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva será a retaguarda crítica do hospital, destinando-se ao atendimento de pacientes com instabilidade clínica ou potencial risco de agravamento, que necessitem de vigilância contínua, suporte avançado e maior densidade tecnológica e assistencial. Sua organização deverá estar alinhada ao perfil assistencial da unidade, à

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

retaguarda das internações clínicas e cirúrgicas e à lógica de regulação do acesso, assegurando adequada articulação com enfermarias, centro cirúrgico, apoio diagnóstico e demais pontos da rede.

7.3.1 Perfil assistencial da UTI

A UTI atenderá pacientes com necessidade de cuidados intensivos compatíveis com a capacidade instalada da unidade, incluindo casos clínicos e cirúrgicos que exijam monitorização contínua, suporte ventilatório, suporte hemodinâmico, manejo intensivo e acompanhamento multiprofissional especializado. O perfil assistencial da UTI deverá ser claramente definido no escopo do hospital, servindo de base para a organização interna da assistência, para a retaguarda das internações e para a adequada inserção da unidade na rede assistencial do território.

7.3.2 Articulação com enfermarias

A UTI manterá articulação permanente com as enfermarias, tanto para admissão de pacientes que apresentem agravamento clínico quanto para transferência segura daqueles que evoluam com estabilidade e não mais demandem cuidados intensivos. Essa interface deve ser sustentada por critérios assistenciais claros, comunicação estruturada entre equipes, planejamento de alta da unidade intensiva e acompanhamento da transição do cuidado, de modo a favorecer continuidade assistencial, segurança do paciente e melhor utilização dos leitos críticos.

7.4 Centro cirúrgico

O Centro Cirúrgico constitui um dos eixos centrais da proposta assistencial do hospital e deverá ser organizado para sustentar eficiência operacional, segurança assistencial e capacidade de resposta às diferentes naturezas de demanda cirúrgica, incluindo procedimentos eletivos regulados, urgências referenciadas e intercorrências intra-hospitalares. Considerando a previsão de quatro salas cirúrgicas, a operação do bloco será baseada em gestão dinâmica da capacidade, com programação flexível e monitoramento contínuo da demanda, evitando a rigidez de destinação fixa de salas e favorecendo melhor aproveitamento da estrutura instalada.

Nesse modelo, a agenda cirúrgica será construída a partir do perfil da fila regulada, da complexidade dos procedimentos, da duração estimada das cirurgias, da disponibilidade das equipes e da necessidade de preservar resposta oportuna aos casos urgentes. A ortopedia e

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

trauma tenderá a ocupar papel relevante na utilização do bloco, em consonância com a vocação assistencial da unidade, sem prejuízo da incorporação de outras especialidades previstas na grade assistencial, como cirurgia geral, urologia, cirurgia vascular e oftalmologia. A lógica operacional deverá permitir ajustes diários e intradiários da programação, conforme comportamento da demanda e prioridade clínica, com apoio de governança assistencial e decisória integrada.

Esse arranjo é mais aderente às boas práticas contemporâneas de gestão de bloco cirúrgico, pois reduz ociosidade estrutural, melhora a taxa de utilização das salas, amplia a produtividade e diminui o risco de cancelamentos desnecessários, sem comprometer a capacidade de resposta às urgências. Em vez de reservar permanentemente salas vazias, o hospital deverá adotar mecanismos operacionais de proteção da agenda de urgência, como janelas assistenciais, reprogramação dinâmica, priorização clínica e monitoramento em tempo real da ocupação do bloco, assegurando equilíbrio entre previsibilidade da agenda eletiva e prontidão para atendimento dos casos agudos.

A operação do Centro Cirúrgico deverá ser conduzida com foco em alta performance, contemplando início programado dos procedimentos às 7 horas, redução sistemática dos tempos de preparo, limpeza e transição entre cirurgias, além de atuação integrada com anestesia, CME, farmácia, internação, UTI, recuperação pós-anestésica, diagnóstico e hemoterapia. Para isso, o hospital deverá estabelecer fluxos operacionais bem definidos e pactuação de Acordos de Nível de Serviço (Service Level Agreement – SLA) internos, com definição clara de padrões de qualidade, tempos esperados, responsabilidades interfases e metas operacionais mensuráveis.

O acompanhamento do desempenho do Centro Cirúrgico deverá contemplar indicadores como pontualidade do início das cirurgias, tempo de troca entre procedimentos, taxa de cancelamento, taxa de utilização de sala, aderência à programação, causas de atraso e produtividade global, permitindo monitoramento contínuo e implementação de melhorias. Essa gestão orientada por indicadores é essencial para ampliar eficiência sem perda de segurança, favorecendo melhor aproveitamento da capacidade instalada e maior estabilidade da programação cirúrgica.

A Recuperação Pós-Anestésica deverá funcionar de forma articulada com a UTI e com as enfermarias, assegurando fluxo adequado no pós-operatório imediato, evitando permanência

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

prolongada no ambiente cirúrgico e favorecendo giro seguro do centro operatório. Da mesma forma, a programação das cirurgias eletivas deverá considerar, de forma integrada, a disponibilidade de leitos de internação, a eventual necessidade de retaguarda intensiva, a capacidade de suporte no pós-operatório e a disponibilidade das equipes, de modo a alinhar produção cirúrgica, segurança assistencial e uso racional da capacidade hospitalar.

Para ampliação da oferta e melhor resposta à demanda reprimida, o bloco poderá operar com horários estendidos, inclusive após as 19 horas, bem como em fins de semana e feriados, para execução programada de cirurgias eletivas, conforme estratégia operacional, comportamento da fila e necessidade assistencial do território. O atendimento às urgências e emergências, por sua vez, deverá estar assegurado de forma ininterrupta, em todos os períodos diurnos e noturnos, todos os dias do ano, por meio de gestão flexível da capacidade e rápida reorganização da agenda quando necessário.

As cirurgias eletivas deverão ser realizadas mediante fluxo regulado e compatibilidade com o escopo assistencial da unidade, priorizando procedimentos alinhados à vocação hospitalar, à capacidade técnica instalada e às necessidades da rede regional. A organização do centro cirúrgico, portanto, deverá estar orientada simultaneamente para resolutividade, segurança, previsibilidade operacional, flexibilidade gerencial e melhor aproveitamento da estrutura física e assistencial disponível.

8. Organização do Ambulatório Especializado

O hospital apresentará clara vocação cirúrgica, compatível com o perfil assistencial proposto para a microrregião e com a necessidade de enfrentamento dos vazios assistenciais identificados no território. Nesse contexto, a organização da assistência deverá vincular as especialidades médicas de forma articulada ao cuidado pré-operatório, intra-hospitalar e pós-operatório, assegurando avaliação adequada, estratificação de risco, seguimento clínico e continuidade do cuidado. A centralidade cirúrgica do hospital não reduzirá a importância da clínica médica; ao contrário, a clínica médica exercerá papel estratégico no co-manejo dos pacientes cirúrgicos, contribuindo para maior eficiência assistencial, melhor gestão da permanência, redução de intercorrências, qualificação da segurança do paciente e melhor desfecho clínico.

Os ambulatórios especializados deverão integrar a lógica assistencial do hospital como retaguarda essencial à regulação de consultas especializadas, à qualificação do acesso e à

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

resolução dos vazios assistenciais da microrregião. Além de sua função na atenção ambulatorial regulada, esses ambulatórios serão fundamentais para a preparação pré-operatória, avaliação de elegibilidade cirúrgica, acompanhamento pós-operatório e seguimento especializado, evitando reinternações desnecessárias, descontinuidade terapêutica e perda de eficiência da linha de cuidado. Essa integração entre ambulatório especializado, centro cirúrgico, internação e regulação fortalecerá a resolutividade do serviço e ampliará sua aderência às necessidades regionais.

Ressalta-se, entretanto, que não se identifica, na planta física apresentada, espaço específico destinado aos ambulatórios especializados, o que configura ponto de atenção relevante sob a perspectiva assistencial e operacional. Considerando a vocação cirúrgica proposta e a necessidade de garantir fluxos estruturados de avaliação pré-operatória e seguimento pós-operatório, será indispensável que essa função assistencial seja expressamente prevista, dimensionada e compatibilizada no arranjo físico-operacional do empreendimento, de modo a assegurar coerência entre o perfil assistencial pretendido e a infraestrutura efetivamente disponibilizada.

Diante do papel estruturante dos ambulatórios, os descrevemos aqui, novamente manifestando a preocupação de ausência deste espaço na arquitetura atual do HRCL, sinalizando desde já a necessidade de definição do investimento ou readequação dos espaços.

8.1 Especialidades ambulatoriais

A atividade ambulatorial do hospital especializado deve concentrar-se estritamente nas especialidades vinculadas às linhas de cuidado pactuadas, funcionando como retaguarda qualificada para avaliação, preparo cirúrgico, seguimento pós-procedimento e manejo clínico que contribua para reduzir internações evitáveis, encurtar permanências hospitalares desnecessárias e ampliar a segurança do paciente.

8.2 Fluxos regulados de acesso

Os fluxos de acesso ambulatorial devem respeitar integralmente a regulação assistencial da rede, preservando o fluxo regulado da urgência e da linha vermelha, ao mesmo tempo em que

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

organizam, de forma programada e rastreável, o agendamento eletivo de consultas, exames, preparo pré-operatório e procedimentos, sem concorrência desordenada entre demanda espontânea e agenda referenciada.

8.3 Integração com atenção primária

Embora seja um ponto especializado de atenção, o hospital deve atuar de forma plenamente integrada à rede assistencial, fortalecendo a atenção primária por meio de diálogo técnico permanente, apoio matricial, visitas técnicas, atividades compartilhadas de educação e discussão de casos, sempre em conformidade com o contrato, com as premissas do SUS e com a definição clara dos papéis de cada ponto de atenção.

8.4 Apoio à continuidade do cuidado

O ambulatório especializado deverá atuar como retaguarda da continuidade do cuidado, especialmente no seguimento pós-operatório, na avaliação de egressos e no suporte à execução dos planos de cuidado e alta definidos durante a internação. Essa atuação deverá ocorrer em articulação com a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados, a reabilitação e a rede socioassistencial, quando necessário, contribuindo para a contrarreferência qualificada, a transição segura do cuidado e a redução da fragmentação assistencial.

9. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Não existe hospital resolutivo com desenho cirúrgico e crítico robusto sem SADT consistente. O plano integra laboratório clínico 24 horas para exames de urgência, agência transfusional, tomografia, radiologia, exames gráficos básicos eletrocardiografias, ecocardiografia e ultrassonografia de urgência, endoscopia digestiva para suporte à linha de hemorragia digestiva alta, de forma ininterrupta diuturna para pacientes graves, críticos. Exames programados estarão disponíveis em horários diurnos conforme agenda do cuidado hospitalar e ambulatorial,

Em especialidades como neurologia, cardiologia, vascular, ortopedia e urologia, o tempo entre suspeita diagnóstica e conduta muda o desfecho do paciente. O apoio diagnóstico não pode ser

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

concebido como acessório administrativo; ele é parte da capacidade assistencial propriamente dita. Também é indispensável farmácia clínica com dispensação segura, CME funcional, engenharia clínica, TI, manutenção predial, higienização, nutrição e hotelaria hospitalar.

Laboratório clínico, diagnóstico por imagem, histopatologia e demais apoios diagnósticos serão organizados em estrito alinhamento com a vocação assistencial do hospital, com funcionamento integrado à governança clínica, aos protocolos institucionais e às necessidades da rede SUS. Esses serviços sustentarão a tomada de decisão clínica com agilidade, precisão e segurança, qualificando o cuidado ao paciente agudo, cirúrgico e internado.

Sua estruturação priorizará resposta oportuna, integração com urgência, centro cirúrgico, internação e terapia intensiva, além de suporte efetivo à regulação, à definição terapêutica e à alta segura. O objetivo será reduzir tempo de permanência desnecessário, evitar atrasos diagnósticos e terapêuticos, ampliar a resolutividade hospitalar e fortalecer a capacidade de resposta regional dentro de um modelo assistencial seguro, eficiente e humanizado.

10. Governança e Organograma do HRCL.

10.1 Governança:

A governança institucional constitui elemento estruturante do modelo de gestão hospitalar, orientando a condução das atividades assistenciais, administrativas e operacionais a partir de princípios de transparência, responsabilidade institucional, integridade e eficiência na utilização dos recursos públicos. A adoção de práticas de governança permite estabelecer estruturas claras de tomada de decisão, definição de responsabilidades e monitoramento de resultados, contribuindo para a sustentabilidade institucional e para a qualificação da assistência prestada à população.

Nesse contexto, a governança institucional será estruturada a partir da integração entre gestão estratégica, gestão assistencial e mecanismos de controle interno, assegurando alinhamento entre os objetivos institucionais, as metas estabelecidas no contrato de gestão e as diretrizes do SUS. Essa abordagem permite fortalecer a capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pela instituição, promovendo maior eficiência na gestão e maior qualidade na prestação dos serviços de saúde.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

A gestão institucional observará princípios de *compliance*, entendidos como o conjunto de mecanismos e procedimentos voltados à garantia de conformidade das atividades institucionais com a legislação vigente, com as normas regulatórias aplicáveis aos serviços de saúde e com as obrigações contratuais estabelecidas com o gestor público. A implementação de práticas de compliance contribuirá para assegurar que os processos administrativos, assistenciais e financeiros sejam conduzidos de forma ética, transparente e alinhada aos princípios da administração pública.

Associada a essa abordagem, a instituição adotará políticas e práticas voltadas à promoção da integridade institucional, compreendida como o compromisso permanente com padrões éticos de conduta, responsabilidade na gestão dos recursos públicos e respeito às normas legais e regulatórias. A cultura institucional será orientada por valores de ética, transparência e responsabilidade social, promovendo ambiente organizacional comprometido com a qualidade da assistência e com a correta aplicação dos recursos públicos.

No âmbito da gestão administrativa, serão implementados mecanismos estruturados de controle interno, destinados ao acompanhamento sistemático dos processos institucionais, ao monitoramento da execução contratual e à verificação da conformidade das atividades administrativas e financeiras. Esses mecanismos incluem rotinas de monitoramento de processos, acompanhamento de indicadores de desempenho institucional e avaliação periódica dos procedimentos administrativos, permitindo identificar eventuais inconformidades e promover ações corretivas quando necessário.

A governança institucional também contempla a adoção de práticas sistemáticas de prestação de contas, assegurando transparência na gestão dos recursos públicos e permitindo o acompanhamento das atividades institucionais pelo gestor público e pelos órgãos de controle. A instituição manterá rotinas de monitoramento e apresentação de resultados assistenciais, operacionais e financeiros, garantindo alinhamento com as metas e indicadores pactuados no contrato de gestão e com as diretrizes estabelecidas pelo SUS.

Como parte integrante da estrutura de governança, será implementado também modelo de gestão de riscos institucionais, voltado à identificação, análise e monitoramento de riscos que possam impactar o funcionamento da unidade hospitalar, a segurança assistencial ou o cumprimento das obrigações contratuais. A gestão de riscos permitirá identificar antecipadamente potenciais vulnerabilidades nos processos institucionais, possibilitando a

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

adoção de medidas preventivas e corretivas destinadas a mitigar riscos operacionais, assistenciais, financeiros e regulatórios.

A integração entre governança institucional, mecanismos de controle interno, práticas de compliance e gestão de riscos contribuirá para fortalecer a confiabilidade dos processos institucionais, promover maior transparência na gestão e assegurar que a assistência prestada à população ocorra em conformidade com os princípios do SUS e com as melhores práticas de gestão em saúde.

A unidade atuará sob supervisão da matriz, através de direcionamentos de governança corporativa, para apoio à gestão assistencial, administrativa e operacional de forma a garantir a melhoria contínua dos processos locais e compartilhados, em conformidade com a vocação de cada unidade.

10.1.1 Gestão Clínica

A gestão clínica constitui componente central do modelo de gestão hospitalar, sendo entendida como o conjunto de práticas organizacionais voltadas à qualificação da assistência, ao monitoramento de resultados clínicos e à utilização adequada dos recursos assistenciais disponíveis e redução de riscos ao paciente. Esse modelo busca alinhar a tomada de decisão clínica às melhores evidências científicas, aos princípios do SUS e aos objetivos institucionais de qualidade, segurança do paciente e eficiência assistencial.

No HRCL, a gestão clínica será estruturada a partir da organização da assistência por linhas de cuidado, permitindo integrar diferentes profissionais e serviços envolvidos no atendimento ao paciente e promover maior coordenação das ações assistenciais. A organização do cuidado a partir de linhas assistenciais possibilita estruturar fluxos clínicos mais eficientes, favorecer a continuidade da atenção entre os diferentes níveis da rede de saúde e ampliar a resolubilidade da assistência prestada.

A condução de cada paciente internado envolverá atuação integrada da direção assistencial, das coordenações médicas e de enfermagem e das equipes multiprofissionais, promovendo alinhamento entre as práticas clínicas adotadas e os protocolos assistenciais institucionais. Essa integração permite fortalecer a tomada de decisão clínica compartilhada, promover maior padronização das condutas assistenciais e aprimorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

As enfermarias funcionarão com *rounds* multiprofissionais diários durante a semana, voltados à segurança, à qualidade e à eficiência do cuidado, associados à prescrição segura, à rotina de avaliação de conciliação medicamentosa, ao monitoramento com ação para redução e gestão de riscos, à elaboração de plano terapêutico individual e alta com vinculação do paciente à atenção primária do território. Mais do que operar com a simples ocupação de leitos, a diretriz será a gestão clínica do episódio assistencial. Cada internação será estruturada com hipótese diagnóstica, plano terapêutico, critérios de alta e previsão de destino após a alta, assegurando maior organização do cuidado, continuidade assistencial e melhor definição dos objetivos clínicos desde o início da permanência hospitalar.

A gestão clínica será apoiada por sistemas de monitoramento de indicadores assistenciais, permitindo acompanhar o desempenho das diferentes áreas clínicas e avaliar resultados relacionados à qualidade e à segurança da assistência. Entre os indicadores monitorados destacam-se o tempo médio de permanência hospitalar, a taxa de reinternação não programada em menos de 30 dias, a taxa de ocupação de leitos, os eventos adversos relacionados à assistência e os indicadores de desfecho clínico. O acompanhamento sistemático desses indicadores permitirá identificar oportunidades de melhoria nos processos assistenciais, orientar ações de qualificação da assistência e fortalecer a capacidade de intervenção gerencial baseada em resultados. A satisfação do paciente será medida mensalmente por meio do *Net Promoter Score,* NPS.

Em consonância com as diretrizes da SES-MG para qualificação da gestão hospitalar, especialmente no âmbito da Política de Atenção Hospitalar Valora Minas e de seu Módulo Valor em Saúde, a gestão clínica incorporará, a partir do primeiro ano de funcionamento do hospital, metodologias analíticas baseadas em *Diagnosis Related Groups*, DRG, ferramenta amplamente utilizada para analisar o perfil de complexidade das internações, qualificar a avaliação da eficiência assistencial e apoiar o monitoramento do valor entregue ao usuário. A utilização do DRG permitirá compreender com maior precisão o perfil clínico dos pacientes, avaliar padrões de cuidado, comparar o desempenho entre linhas assistenciais e subsidiar decisões gerenciais orientadas por evidências. Além disso, em articulação com o Projeto OtimizaSUS, essa abordagem favorecerá o aprimoramento da gestão de custos hospitalares, conforme previsto nessa estratégia estadual, ao relacionar complexidade assistencial, consumo de recursos e desempenho hospitalar, fortalecendo uma gestão mais eficiente, resolutiva e sustentável.

Serão estruturados processos sistemáticos de discussão de casos clínicos, reuniões assistenciais,

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

auditorias clínicas e avaliação periódica dos protocolos institucionais, promovendo ambiente de aprendizado contínuo e aprimoramento permanente das práticas assistenciais.

Em consonância com as diretrizes da SES-MG para qualificação da gestão hospitalar, a gestão clínica incorporará também a utilização de metodologias analíticas baseadas em *Diagnosis Related Groups* (DRG), ferramenta amplamente utilizada para análise do perfil de complexidade das internações hospitalares e para avaliação da eficiência assistencial. A utilização do DRG permitirá compreender de forma mais precisa o perfil clínico dos pacientes atendidos, avaliar padrões de cuidado e monitorar o desempenho assistencial das diferentes linhas de cuidado.

Essa abordagem possibilita identificar variações nos padrões assistenciais, apoiar a tomada de decisão gerencial e promover maior eficiência na utilização da capacidade instalada do hospital. Ao favorecer a análise da relação entre complexidade assistencial, tempo de permanência hospitalar e consumo de recursos, o uso do DRG contribui para aprimorar a gestão clínica, promover maior racionalidade na utilização dos recursos hospitalares e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

Dessa forma, a adoção de modelo estruturado de gestão clínica contribuirá para fortalecer a qualidade da assistência hospitalar, ampliar a resolubilidade dos serviços prestados e garantir maior eficiência na organização do cuidado à população atendida pela unidade.

10.1.2 Núcleo de segurança do paciente

A segurança do paciente constitui um dos pilares fundamentais da governança clínica e da qualidade assistencial, sendo elemento essencial para a organização segura e eficiente dos processos de cuidado em saúde. No HRCL, a promoção da segurança assistencial será estruturada por meio da implantação e funcionamento do NSP, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Segurança do Paciente, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS nº 529/2013.

O NSP será responsável pela coordenação das ações institucionais voltadas à prevenção de eventos adversos, ao monitoramento de riscos assistenciais e à promoção de práticas seguras no ambiente hospitalar. Entre suas atribuições estarão a elaboração e implementação do Plano de Segurança do Paciente, a implantação de protocolos assistenciais relacionados à segurança do cuidado, o monitoramento de indicadores de segurança e a análise sistemática de incidentes relacionados à assistência à saúde.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

A atuação do NSP estará fundamentada no fortalecimento da cultura de segurança, compreendida como um ambiente institucional no qual os profissionais se sintam encorajados a relatar incidentes, falhas e eventos adversos, sem caráter punitivo, contribuindo para o aprendizado institucional e para o aprimoramento contínuo dos processos assistenciais. A literatura internacional e as experiências em serviços de saúde indicam que a subnotificação de eventos adversos constitui desafio recorrente nas organizações de saúde, tornando fundamental a adoção de estratégias institucionais que incentivem a notificação e a análise sistemática desses eventos.

Nesse contexto, o NSP atuará de forma integrada com outras instâncias institucionais responsáveis pela qualidade e pela vigilância assistencial, especialmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e as estruturas responsáveis pela análise assistencial baseada em DRG.

A interface com a CCIH permitirá compartilhar informações relacionadas à ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde, ao uso de antimicrobianos e a outros eventos que impactam diretamente a segurança do paciente. A integração entre essas estruturas possibilita identificar padrões assistenciais, analisar fatores associados à ocorrência de eventos adversos e promover ações coordenadas de prevenção e controle.

Da mesma forma, a análise dos dados provenientes da metodologia DRG constitui importante fonte de informações para a avaliação da qualidade assistencial, uma vez que permite identificar variações no tempo de permanência hospitalar, taxas de complicações, readmissões e outros indicadores clínicos que podem refletir a ocorrência de eventos adversos ou oportunidades de melhoria nos processos de cuidado.

Além da análise agregada dos indicadores assistenciais, o processo de codificação clínica realizado no âmbito do DRG representa também uma importante oportunidade de identificação de eventos adversos potencialmente não notificados. Durante o processo de codificação, os profissionais responsáveis pela análise dos prontuários revisam de forma detalhada a documentação clínica da internação, o que pode permitir identificar registros assistenciais que indiquem a ocorrência de complicações ou eventos adversos que não tenham sido formalmente notificados nos sistemas institucionais. Situações como lesões por pressão, infecções associadas à assistência ou outras complicações clínicas registradas no prontuário podem, por exemplo, ser identificadas durante o processo de codificação.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Dessa forma, a integração entre a equipe responsável pela análise de DRG e o NSP constitui estratégia relevante para ampliar a capacidade institucional de identificação e análise de eventos adversos, contribuindo para reduzir possíveis lacunas decorrentes da subnotificação desses eventos.

Nesse contexto, serão estruturados fluxos institucionais de troca sistemática de informações entre o NSP, a CCIH e a equipe responsável pela análise de dados assistenciais e codificação DRG, incluindo momentos periódicos de discussão conjunta de indicadores e de análise de eventos relevantes para a segurança do paciente.

Adicionalmente, poderá ser estruturado instrumento de apoio analítico que permita relacionar códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) associados a condições adquiridas durante a internação hospitalar, identificadas no sistema DRG, com as categorias de eventos adversos utilizadas nos sistemas de notificação de incidentes em saúde, conforme classificações adotadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Essa estratégia possibilita ampliar a capacidade de monitoramento da qualidade assistencial e fortalecer a articulação entre diferentes fontes de informação utilizadas para a vigilância da segurança do paciente.

A integração dessas informações permite transformar dados clínicos e administrativos em instrumentos efetivos de aprendizado institucional, contribuindo para aprimorar a capacidade do hospital de identificar riscos assistenciais, promover ações preventivas e qualificar continuamente os processos de cuidado.

10.1.3 Gestão da qualidade

A gestão da qualidade será eixo estruturante do modelo de gestão hospitalar do HRCL, articulando segurança do paciente, efetividade clínica, experiência do usuário, eficiência operacional e melhoria contínua dos resultados assistenciais. Mais do que um conjunto isolado de rotinas de controle, a qualidade irá funcionar como método permanente de gestão, orientando a análise do desempenho institucional, a identificação de não conformidades, a revisão de processos e a implementação de ações corretivas e preventivas em todos os pontos críticos da operação hospitalar.

Nesse contexto, a gestão da qualidade estará integrada à governança clínica, ao Núcleo de Segurança do Paciente, à auditoria clínica, ao monitoramento de indicadores assistenciais, à análise de dados oriundos do DRG e às instâncias colegiadas do hospital, de modo a transformar

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

informação em decisão gerencial qualificada. Eventos adversos, falhas operacionais, atrasos assistenciais, variabilidade indesejada da prática clínica, gargalos de fluxo e oportunidades de ganho de eficiência serão tratados de forma sistemática, com rastreabilidade, priorização por risco e acompanhamento da efetividade das medidas adotadas.

A melhoria contínua será desenvolvida com base em ciclos estruturados de avaliação e intervenção, contemplando definição de metas, indicadores, responsáveis, prazos, planos de ação, reavaliação dos resultados e padronização das melhorias bem-sucedidas. Essa lógica deverá alcançar não apenas os processos assistenciais diretamente ligados ao cuidado, mas também os fluxos transversais que impactam a jornada do paciente, como regulação, admissão, centro cirúrgico, alta hospitalar, apoio diagnóstico, comunicação entre equipes, utilização de leitos e transição do cuidado.

A análise de processos ocupará papel central nesse arranjo, permitindo compreender como o cuidado de fato ocorre, onde estão os principais gargalos, desperdícios, retrabalhos, tempos de espera, falhas de comunicação e pontos de risco assistencial. O mapeamento e a revisão periódica dos processos críticos apoiarão a construção de fluxos mais seguros, ágeis, padronizados e coerentes com o papel regional do hospital, especialmente em áreas de alta sensibilidade operacional, como pronto-socorro referenciado, internação, UTI, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica, gestão de leitos e alta hospitalar.

Para sustentar esse modelo, o hospital adotará metodologias de eficiência e melhoria contínua, como Lean Healthcare, PDCA, análise de causa raiz, gestão visual, padronização operacional, ciclos rápidos de melhoria e monitoramento por indicadores, sempre com adaptação à realidade assistencial e ao perfil epidemiológico atendido. A aplicação dessas abordagens terá como finalidade reduzir desperdícios, eliminar etapas que não agregam valor ao cuidado, melhorar tempos de resposta, ampliar produtividade com segurança, qualificar a experiência do paciente e fortalecer a resolutividade institucional, sem perder de vista os princípios do SUS e a centralidade do cuidado.

A gestão da qualidade fomentará a cultura organizacional orientada para aprendizagem, responsabilização e transparência, na qual resultados sejam discutidos de forma periódica, as equipes sejam envolvidas na identificação e solução de problemas e as boas práticas sejam incorporadas de modo sustentável à rotina institucional. Assim, a qualidade deixa de ser atividade acessória e passa a constituir base concreta para organizar a operação hospitalar,

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

apoiar a tomada de decisão e produzir valor assistencial para usuários, trabalhadores, gestores e rede regional de saúde.

10.2 Organograma do HRCL.

O modelo de gestão hospitalar ora apresentado fundamenta-se na **gestão unificada em rede hospitalar**, com estrutura organizacional, administrativa e assistencial desenhada para assegurar:

I – a observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência;
II – a padronização institucional de processos administrativos, assistenciais e de apoio;
III – a adequada governança, controle, rastreabilidade decisória e mitigação de riscos;
IV – a excelência assistencial e a segurança do paciente;
V – a sustentabilidade econômico-financeira e o cumprimento das obrigações contratuais assumidas junto ao Poder Público.

A gestão operacional é descentralizada por unidade hospitalar, respeitando as diretrizes corporativas, com suporte técnico, normativo e matricial prestado pela estrutura central da Fundação Benjamin Guimarães.

10.2.1. Da Central de Serviços Compartilhados – CSC

A **Central de Serviços Compartilhados (CSC)** constitui unidade organizacional de caráter matricial, responsável pela centralização estratégica, padronização e suporte técnico às unidades hospitalares da Rede. Integram o CSC as seguintes áreas corporativas:

I – RH Corporativo e Educação Permanente;
II – Jurídico e Compliance;
III – Qualidade Corporativo;
IV – Compras, Suprimentos e Licitações;
V – Finanças, Faturamento e Auditoria;
VI – Tecnologia da Informação e Inovação;
VII – Infraestrutura, Parque Tecnológico e Engenharia Clínica;
VIII – Relacionamento Institucional Estratégico;
IX – Gerência Corporativa Assistencial;

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

X – Gerência Corporativa Operacional.

O CSC atua em interface permanente com as estruturas regionais, garantindo economicidade, uniformidade de procedimentos, controle interno e eficiência institucional.

Especificamente em relação às Gerências Corporativas Operacional e Assistencial, tem-se que a Gerência Corporativa Operacional constitui função técnica e normativa, sem atribuição executiva direta, sendo responsável pela definição dos padrões operacionais corporativos.

Compete à Gerência Corporativa Operacional:

I – definir processos operacionais padronizados aplicáveis às unidades;
II – definir indicadores, métricas e SLA's referentes à gestão operacional;
III – estabelecer diretrizes para Gestão de Leitos e Centro de Comando Operacional;
IV – realizar a interface técnica entre as unidades hospitalares e o CSC;
V – definir padrões e processos de Hotelaria, Engenharia Clínica, Infraestrutura e serviços de apoio;
VI – acompanhar e auditar a execução dos processos operacionais regionais.

Já a Gerência Corporativa Assistencial exerce função técnico-normativa sobre as práticas assistenciais da Rede. Compete à Gerência Corporativa Assistencial:

I – definir e supervisionar protocolos clínicos corporativos;
II – estabelecer processos, indicadores e SLA's da Gestão de Leitos, NIR e Centro de Comando Operacional;
III – definir requisitos corporativos de Qualidade e Segurança do Paciente;
IV – exercer direcionamento técnico do SCIH;
V – orientar as práticas médicas em conjunto com a Superintendência Técnica;
VI – auditar os processos assistenciais das unidades regionais.

10.2.2 Da Estrutura Regional – Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

a) **Diretoria Regional**

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete será dirigido por **Diretor Regional**, responsável pela gestão administrativa, operacional, assistencial e institucional da unidade.

Compete ao Diretor Regional:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

I – garantir a execução das diretrizes corporativas;

II – responder institucionalmente perante os gestores do SUS e órgãos reguladores;

III – assegurar a qualidade e segurança assistencial;

IV – gerir o desempenho econômico-financeiro e operacional;

V – coordenar situações críticas e representar institucionalmente a unidade;

VI – propor investimentos, expansão de serviços e novas linhas assistenciais.

Para garantir a consolidação das melhores práticas de governança e sinergia com a proposta de gestão eficiente e segura, as atribuições do Diretor Regional serão desdobradas para duas gerências regionais:

b) **Gerência Regional Assistencial**

A Gerência Regional Assistencial é responsável pela execução direta das atividades assistenciais do hospital.

Compete à Gerência Regional Assistencial:

I – gerir o Escritório de Valor, abrangendo DRG, NIR, Centro de Comando Operacional e Linhas de Cuidado;

II – gerir o Pronto Atendimento, UTI, Internação, Ambulatório e Centro Diagnóstico;

III – gerir as linhas de cuidado clínicas e cirúrgicas, inclusive:

a) urologia;

b) vascular;

c) cardiologia;

d) cirurgia geral;

e) ortopedia;

f) neurologia;

g) bucomaxilofacial;

h) oftalmologia;

IV – coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente;

V – conduzir o programa de acreditação hospitalar;

VI – integrar as atividades de educação permanente, pesquisa e inovação assistencial.

c) Gerência Regional Operacional

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

A Gerência Regional Operacional responde pela execução dos processos administrativos e logísticos da unidade.

Compete à Gerência Regional Operacional:

I – gerir administrativamente o hospital;
II – assegurar a interface com a Central de Serviços Compartilhados;
III – gerir os serviços de Hotelaria Hospitalar;
IV – gerir a Farmácia (estoque e logística);
V – gerir a Engenharia Clínica, Manutenção e serviços de apoio;
VI – gerir os Serviços de Nutrição e Dietética.

d) Coordenações do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

A estrutura regional contará, ainda, com as seguintes **Coordenações**, subordinadas às respectivas Gerências:

I – Coordenações Médicas;
II – Coordenações Assistenciais;
III – Coordenação de Hotelaria;
IV – Coordenação de Infraestrutura, Engenharia Clínica e Manutenção;
V – Coordenação de Serviço de Nutrição e Dietética (SND);
VI – Coordenação de Farmácia (estoque e logística);
VII – Coordenação de Faturamento;
VIII – Coordenação de Tecnologia da Informação;
IX – Coordenação Assistencial de Enfermagem e Equipe Multiprofissional, abrangendo:
a) Bloco Cirúrgico;
b) Internação;
c) UTI e Pronto Atendimento;
d) Ambulatório;
e) Centro Diagnóstico.

O modelo de gestão apresentado atende integralmente às exigências de governança, controle, eficiência e segurança assistencial requeridas no Edital de Concorrência n° 06/2026 SES/MG para gestão hospitalar, apresentando:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- estrutura organizacional clara e funcional;
- segregação adequada de funções;
- mecanismos de padronização e auditoria;
- capacidade comprovada de gestão em rede hospitalar.

O presente modelo evidencia a aptidão técnica, administrativa e institucional da proponente para a execução do objeto contratual, nos termos do Edital.

O Organograma, no qual estão contempladas todas as estruturas compartilhadas e regionalizadas de gestão, constitui parte anexa a esta proposta.

11. Protocolos assistenciais

Foram selecionados, para a primeira fase de apresentação, protocolos assistenciais com amplitude compatível com as vocações estabelecidas para o hospital, contemplando linhas de cuidado estratégicas e interfaces multiprofissionais críticas para a segurança do paciente, a qualidade assistencial e a efetiva integração com a rede SUS. A seleção priorizou protocolos capazes de organizar a jornada do paciente de forma transversal, desde o acesso regulado, acolhimento, diagnóstico, tratamento e suporte interdisciplinar até a alta segura e a adequada inserção na rede de continuidade do cuidado, com foco na redução de riscos assistenciais, na padronização de condutas, na humanização do atendimento e no fortalecimento da resposta hospitalar nas especialidades nucleares da vocação institucional.

Serão implantados, inicialmente, os seguintes protocolos, definidos a partir da análise de riscos assistenciais e das necessidades estratégicas institucionais:

1. Protocolo de Auditoria Clínica – HRCL
2. Cirurgia Segura – HRCL
3. Protocolo de Comunicação Efetiva Entre Profissionais – HRCL
4. Protocolo de Gestão de Leitos, Regulação Interna e Jornada do Paciente – (NIR/NJP) HRCL
5. Protocolo de Higienização das Mãos – HRCL
6. Protocolo de Identificação Segura do Paciente – HRCL
7. Protocolo de Prevenção de Quedas – HRCL
8. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco – HRCL

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. Protocolo de Segurança Medicamentosa – HRCL
10. Protocolo de Uso de Exames de Imagem para Linhas de Cuidado – HRCL
11. POP – Boas Práticas de Uso de Exames de Imagem – HRCL
12. PRO.CCL.0003 - Protocolo de Punção de Acesso Vasculares
13. PRO.CCL.0009 - Protocolo de Delirium
14. PRO.CCL.0013 - Protocolo de Endocardite
15. PRO.CCL.0016 - Protocolo Risco Cirúrgico
16. PRO.EMP.0001 - Protocolo de Profilaxia de Tromembolismo Venoso
17. PRO.EMP.0002 - Protocolo de Sepse
18. PRO.EMP.0003 - Gerenciamento da Dor
19. PRO.EMP.0004 - Protocolo Código Azul
20. PRO.NSP.0001 - Protocolo de Avaliação de Risco e Prevenção de Lesão de Pressão
21. PRO.NSP.0004 - Protocolo de Cirurgia Segura
22. PRO.SCI.0002 Protocolo de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea
23. PRO.SCI.0003 Protocolo de Prevenção de Infecção do Trato Urinário
24. PRO.SCI.0004 Protocolo de Prevenção Das Infecções Do Trato Respiratório
25. PRS.GENF.0042 Identificação da Deterioração Clínica - NEWS

Os demais protocolos clínicos, assistenciais e operacionais específicos das diversas linhas de cuidado serão desenvolvidos e implantados ao longo do primeiro ano de operação, de forma progressiva e articulada ao cronograma de abertura dos serviços. Esse processo permitirá acompanhar a entrada em funcionamento das unidades, qualificar os fluxos efetivamente implementados, monitorar indicadores, corrigir fragilidades operacionais e consolidar padrões assistenciais seguros e resolutivos ao longo dos 18 meses previstos para a implantação completa da operação hospitalar.

12. Auditoria clínica

A auditoria clínica é o processo sistemático e crítico que avalia a qualidade da assistência aos pacientes, verificando se os cuidados de saúde estão alinhados a padrões pré definidos, evidências científicas e normas éticas, através da medição dos processos e resultados assistenciais, comparando-os com critérios estabelecidos, com o objetivo de identificar variações, promover melhorias contínuas e garantir a segurança do paciente. A auditoria clínica possibilita a elaboração de planejamentos para sua correções e melhorias assistenciais

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

13. Gestão de Leitos e Eficiência Hospitalar

A gestão de leitos constituirá função estratégica do modelo de gestão hospitalar do HRCL, com papel central na articulação entre acesso regulado, capacidade instalada, permanência hospitalar, transição do cuidado e eficiência operacional. Em um hospital regional adulto, de porta referenciada, com forte interface com a regulação estadual e vocação para internação clínica, cirúrgica e cuidado intensivo, a gestão de leitos não poderá ser tratada apenas como atividade administrativa de alocação, mas como dispositivo permanente de coordenação assistencial e de suporte à tomada de decisão.

Esse arranjo será conduzido de forma integrada entre o Núcleo Interno de Regulação (NIR), a Central de Comando Operacional, as lideranças médicas e de enfermagem, a gestão da internação, a alta hospitalar e a regulação externa, assegurando visão contínua da ocupação, da fila regulada, do perfil clínico dos pacientes, da previsão de altas, da necessidade de transferências internas e externas e dos gargalos que impactem o acesso e a resolutividade. A gestão de leitos deverá operar com base em critérios técnicos, previsibilidade e priorização assistencial, permitindo resposta mais ágil às demandas do território e uso racional da estrutura disponível.

Sua atuação estará apoiada em monitoramento sistemático de indicadores como taxa de ocupação, giro de leitos, média de permanência, tempo para admissão, permanência prolongada, tempo de permanência em observação, intervalo entre alta médica e liberação do leito, perfil de utilização por especialidade e necessidade de retaguarda intensiva. A leitura desses indicadores deverá ser articulada à governança clínica, à auditoria clínica e à análise por DRG, de forma a identificar oportunidades de qualificação do cuidado, redução de atrasos, revisão de fluxos e melhor adequação entre complexidade assistencial e utilização da capacidade instalada.

A gestão de leitos manterá interface direta com o planejamento da alta hospitalar e com a continuidade do cuidado, favorecendo altas seguras, transições assistenciais bem coordenadas e menor ocorrência de permanências evitáveis. Nessa lógica, o leito deixa de ser compreendido apenas como recurso físico e passa a ser gerido como ativo estratégico do hospital, cuja boa utilização impacta simultaneamente acesso, segurança, desempenho assistencial, sustentabilidade operacional e valor entregue à rede SUS regional.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

14. Inserção do hospital em políticas estratégicas do SUS

14.1 Programa Opera Mais Minas

O Programa Opera Mais Minas representa uma das principais estratégias do Estado para enfrentamento da demanda reprimida por cirurgias eletivas, com impacto direto sobre acesso, tempo de espera, resolubilidade regional e utilização mais eficiente da capacidade hospitalar instalada. Trata-se de política estruturante que supera a lógica de ações pontuais e se insere como instrumento permanente de reorganização da oferta cirúrgica no SUS mineiro, estimulando produtividade, regulação qualificada, planejamento da fila e ampliação do acesso em especialidades estratégicas.

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete posicionará sempre como ativo regional de alta relevância para a execução dessa política na Macrorregião Centro-Sul, dada sua estrutura cirúrgica, sua retaguarda de internação e terapia intensiva e sua vocação para absorção regulada de procedimentos eletivos e de maior densidade assistencial. A contribuição do hospital para o Opera Mais Minas não deverá se limitar ao incremento de volume cirúrgico, mas abranger a organização de fluxos internos, qualificação da agenda operatória, integração com a regulação, otimização de salas cirúrgicas, redução de cancelamentos e fortalecimento da capacidade regional de resposta às filas históricas.

Ao se inserir de forma estruturada no programa, o HRCL reforça seu papel como hospital indutor de resolubilidade, capaz de reduzir deslocamentos evitáveis para outros polos, ampliar o acesso oportuno a cirurgias reguladas e produzir valor assistencial para a rede SUS, com segurança, previsibilidade operacional e aderência às prioridades sanitárias do território.

14.2 Agora Tem Especialistas

A agenda Agora Tem Especialistas dialoga diretamente com um dos maiores desafios do SUS contemporâneo: garantir acesso oportuno, regulado e resolutivo à atenção especializada, reduzindo fragmentação do cuidado, tempos excessivos de espera e descontinuidades entre a atenção básica, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar. Em regiões onde persistem vazios assistenciais, sobrecarga de polos de referência e dificuldade de acesso a consultas, exames e procedimentos especializados, políticas dessa natureza tornam-se fundamentais para qualificar a jornada do usuário e fortalecer a efetividade da rede.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete poderá contribuir de forma concreta para essa agenda ao funcionar como retaguarda hospitalar estratégica para linhas de cuidado especializadas, absorvendo demanda regulada compatível com sua vocação assistencial, apoiando fluxos diagnósticos e terapêuticos e garantindo retaguarda clínica, cirúrgica e intensiva para pacientes que necessitem de maior densidade tecnológica. Sua atuação deverá estar articulada à regulação, à contrarreferência qualificada e à organização das linhas prioritárias do território, contribuindo para que o acesso ao especialista não seja evento isolado, mas parte de uma jornada assistencial mais coordenada, segura e resolutiva.

Mais do que ampliar oferta pontual, o papel do HRCL nessa agenda é o de qualificar a capacidade regional de resposta especializada, reforçando sua posição como hospital regional de referência, integrado ao planejamento da SES-MG e comprometido com a redução de barreiras assistenciais e com o fortalecimento da rede de atenção à saúde na Macrorregião Centro-Sul.

14.3 Outras políticas estaduais de saúde

Além dos programas diretamente voltados à ampliação do acesso cirúrgico e especializado, o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete atuará em plena aderência às demais políticas estaduais de saúde que estruturam a regionalização, orientam a distribuição da oferta assistencial e definem prioridades para a organização das redes de atenção em Minas Gerais. O papel do hospital não pode ser compreendido de forma isolada ou apenas como nova capacidade física instalada, mas como componente ativo de uma estratégia estadual de fortalecimento da assistência hospitalar, ampliação da resolubilidade regional e redução de vazios assistenciais.

Essa inserção exige alinhamento permanente com os instrumentos de planejamento e pactuação interfederativa, especialmente aqueles que organizam a rede regional, orientam fluxos assistenciais e definem o papel dos hospitais regionais dentro do SUS mineiro. Nesse sentido, o HRCL deverá manter coerência com o Plano Diretor de Regionalização, com o Planejamento Regional Integrado, com o PPAG estadual e com as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde, estruturando sua oferta de serviços em consonância com o perfil epidemiológico, a demanda regulada, a capacidade instalada existente na região e os vazios assistenciais identificados.

Sua atuação, portanto, estará comprometida com a consolidação das redes temáticas e das

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

linhas prioritárias de cuidado, com destaque para urgência referenciada, internação clínica e cirúrgica adulta, terapia intensiva, cirurgia especializada, apoio diagnóstico e articulação com os demais pontos da rede. Ao operar dessa forma, o hospital deixa de ser apenas uma nova unidade prestadora de serviços e passa a assumir posição de equipamento estruturante da política estadual de saúde, capaz de induzir melhor organização regional, ampliar acesso qualificado e produzir impacto concreto sobre a equidade e a resolubilidade assistencial no território.

15. Transparência, participação social e ouvidoria

O hospital estará preparado, desde sua ambiência e organização inicial, para funcionar como um ambiente amigável ao usuário, com sinalizações claras, inclusivas e acessíveis, fluxos compreensíveis, comunicação objetiva e equipes treinadas para acolher pacientes, acompanhantes e familiares com respeito, escuta qualificada e postura resolutiva. Essa diretriz não se limita à recepção, mas alcança toda a jornada assistencial, com atenção à identificação de barreiras eventuais no hospital, sejam elas físicas, informacionais, comunicacionais ou relacionais, para que a experiência do usuário seja mais segura, compreensível e humana. A literatura institucional do SUS destaca a importância da ambiência, da sinalização e da acessibilidade como componentes da humanização do cuidado, enquanto o Programa Nacional de Segurança do Paciente reforça a participação ativa de pacientes e familiares como fator de cuidado mais seguro e qualificado.

O canal de escuta do usuário será instrumento permanente de aproximação entre o hospital e a população, reconhecendo que a percepção do paciente é parte relevante da avaliação da qualidade assistencial. A escuta deverá combinar mecanismos estruturados, como pesquisa de satisfação e acompanhamento mensal do *Net Promoter Score*, com mecanismos abertos, como ouvidoria, registros de sugestões, elogios, reclamações e observações de campo sobre dificuldades vivenciadas pelos usuários. O papel desse canal não será apenas medir satisfação, mas transformar a voz do usuário em insumo para revisão de fluxos, correção de falhas, qualificação do acolhimento e fortalecimento da confiança social no serviço. A própria OuvSUS define a ouvidoria como espaço de escuta, acolhimento, análise e encaminhamento das manifestações dos usuários, e a Ouvidoria de Saúde de Minas Gerais a caracteriza como ponte entre a sociedade e o governo nas questões relativas aos serviços do SUS.

A interface com o gestor será concebida como eixo de governança relacional e não apenas como instância formal de reporte. Isso inclui integração frequente com a gestão municipal, com

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

reuniões regulares para alinhamento de fluxos, discussão de dificuldades operacionais, compartilhamento de resultados e coleta sistemática de feedback sobre o funcionamento do hospital na rede. Essa relação deve permitir leitura mais precisa da experiência dos municípios com o serviço hospitalar, inclusive quanto ao acesso, à comunicação, ao comportamento institucional, à resolutividade e à aderência do hospital à hierarquia e à lógica regional da rede de atenção. Em termos práticos, essa interface fortalece a coordenação do cuidado, reduz ruídos entre pontos da rede e amplia a capacidade de resposta do hospital às necessidades reais do território. A organização das redes de atenção à saúde pressupõe acolhimento humanizado, provisão de serviços seguros e efetivos e integração entre os pontos de atenção, o que reforça a importância dessa relação contínua com os gestores municipais.

Essa interface também incluirá um componente pedagógico e cultural dentro do próprio hospital. Os profissionais precisarão ser treinados para manter relação respeitosa, colaborativa e resolutiva com os municípios, com domínio sobre a hierarquia da rede, os fluxos regulatórios, os papéis institucionais de cada ente e a necessidade de comunicação clara nas transições assistenciais. Não basta que o hospital tenha capacidade técnica interna; ele precisa ser reconhecido como parceiro confiável da rede, capaz de orientar, responder e construir soluções em conjunto. A atuação ética, humanizada e qualificada dos profissionais deve ser tratada como competência institucional e não como atributo individual isolado, de modo a consolidar uma cultura organizacional de cooperação, respeito e responsabilidade compartilhada.

Na gestão de manifestações a ouvidoria será estruturada como ponto de escuta ativa de usuários, pacientes, acompanhantes, familiares e trabalhadores, cumprindo papel estratégico na identificação de problemas concretos do cuidado e das relações institucionais. Sua função não se limitará ao recebimento passivo de manifestações, mas envolverá acolhimento qualificado, registro adequado, classificação das demandas, análise de causa, encaminhamento responsável, resposta tempestiva e devolutiva acompanhada de soluções. Nessa perspectiva, a gestão de manifestações deve ser entendida como ferramenta de melhoria da qualidade, da humanização e da transparência, capaz de captar tanto situações críticas quanto oportunidades de aperfeiçoamento identificadas pelos próprios usuários e profissionais. No SUS, a OuvSUS é responsável por receber solicitações, elogios, reclamações, denúncias e demais manifestações sobre os serviços e atendimentos prestados, e em Minas Gerais a Ouvidoria de Saúde registra e acompanha reclamações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios até a decisão administrativa final.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Uma gestão madura das manifestações exige que cada demanda seja tratada como dado qualificado para gestão. Isso significa consolidar painéis temáticos, identificar recorrências, mapear setores mais sensíveis, reconhecer barreiras assistenciais e administrativas, monitorar prazos de resposta, avaliar reincidências e verificar se as soluções adotadas realmente produziram melhora percebida. Também é essencial que as sugestões passíveis de implementação sejam acolhidas, testadas, institucionalizadas e encerradas com retorno claro ao manifestante sempre que cabível. Esse processo fortalece o controle social, amplia a legitimidade do hospital perante a população e produz ganhos concretos de qualidade, uma vez que transforma queixas e sugestões em ações de correção, prevenção e aperfeiçoamento do serviço. A Ouvidoria deve atuar como canal direto entre cidadão e instituição, com competência para examinar manifestações sobre procedimentos, ações de servidores e de seus hospitais, em favor do controle social.

A Ouvidoria institucional será apoiada por sistema informatizado robusto, dotado de recursos de inteligência artificial, que potencializa o tratamento das manifestações de pacientes, acompanhantes e demais usuários. A utilização dessa tecnologia permite maior agilidade na triagem, classificação e priorização das demandas, contribuindo para redução de prazos de resposta, padronização de análises e aumento da resolutividade.

O sistema possibilita ainda a identificação automatizada de padrões, recorrências e riscos assistenciais, transformando dados das manifestações em informações qualificadas para apoio à tomada de decisão. Dessa forma, a Ouvidoria deixa de atuar apenas de forma reativa e passa a integrar a gestão estratégica da instituição, contribuindo ativamente para a melhoria contínua dos processos, da experiência do paciente e da qualidade assistencial.

Adicionalmente, a ferramenta favorece a rastreabilidade, a transparência e a geração de indicadores gerenciais, permitindo o monitoramento sistemático do desempenho institucional, a identificação de oportunidades de melhoria e o direcionamento de ações corretivas e preventivas de forma mais assertiva.

A melhoria contínua da assistência deve ser o eixo integrador dos quatro tópicos anteriores. Canal de escuta do usuário, interface com o gestor, ouvidoria e gestão de manifestações não podem funcionar como estruturas paralelas ou meramente formais. Todos esses componentes precisam alimentar um mesmo sistema de aprendizagem institucional, em que a experiência do paciente, a leitura dos municípios, os sinais captados pelos trabalhadores e os indicadores

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

assistenciais sejam convertidos em decisões gerenciais, revisão de processos e qualificação do cuidado. Essa lógica exige método, com definição de indicadores, metas, responsáveis, análise periódica, plano de ação, reavaliação dos resultados e padronização das melhorias bem-sucedidas, consolidando ciclos permanentes de aperfeiçoamento. Documentos recentes na área de qualidade e segurança destacam que os indicadores devem ser utilizados para transformar dados em decisões fundamentadas e apoiar a melhoria contínua da qualidade e da segurança do paciente.

Na prática, a melhoria contínua deve incidir sobre aspectos assistenciais, relacionais e organizacionais. Isso inclui reduzir falhas de comunicação, aperfeiçoar acolhimento, corrigir atrasos, revisar fluxos, enfrentar eventos adversos, qualificar a transição do cuidado, elevar a resolutividade e melhorar a experiência do usuário e da rede referenciadora. O hospital deve operar com cultura de análise e resposta, em que cada não conformidade relevante gere investigação e aprendizado, e cada resultado positivo gere consolidação de boas práticas. A Anvisa tem reforçado que a promoção da segurança do paciente depende de planejamento, comunicação efetiva, padronização de procedimentos e uso de checklists, elementos que dialogam diretamente com uma gestão assistencial orientada para melhoria contínua. Esses quatro eixos devem exercer papel estruturante na governança do hospital, tornando a escuta qualificada e a resposta institucional parte inseparável da qualidade assistencial.

16. Gestão de Pessoas

A gestão de pessoas do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete será estruturada como eixo crítico da operação assistencial, da estabilidade institucional e do cumprimento fiel do contrato com a SES-MG. O hospital organizará sua força de trabalho em consonância com o edital, com o perfil assistencial pactuado, com a abertura escalonada dos leitos e serviços e com a vocação regional da unidade para assistência hospitalar adulta, cirúrgica e crítica, integralmente destinada ao SUS. O modelo adotado combinará dimensionamento técnico, organização multiprofissional, governança de escalas, educação permanente e estratégias de perenidade das equipes, com valorização contínua dos profissionais e gestão humanizada.

16.1 Dimensionamento das equipes

O hospital dimensionará suas equipes por categoria profissional, com todas as coordenações identificadas, em conformidade com o edital e com a lógica de julgamento por melhor técnica.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Esse dimensionamento acompanhará o cronograma de escalonamento, a complexidade dos serviços, o perfil dos pacientes, a operação do pronto atendimento referenciado, da internação, da UTI, do centro cirúrgico, do apoio diagnóstico, do NIR e da jornada do paciente, assegurando coerência entre capacidade instalada e capacidade real de operação.

O modelo de dimensionamento também responderá ao vazio assistencial que justificará a implantação do hospital, especialmente no que se refere à baixa resolubilidade de leitos e hospitais da rede e à insuficiência de RH especializado em serviços de maior densidade tecnológica. Por isso, o hospital priorizará dimensionamento seguro nas áreas críticas e estratégicas, com leitura permanente de carga assistencial, absenteísmo, produção, permanência e uso de leitos, para que a expansão dos serviços ocorra sem perda de qualidade, sem sobrecarga indevida das equipes e com aderência às normas do SUS e ao contrato de gestão.

16.2 Estrutura multiprofissional

O hospital organizará estrutura multiprofissional integrada, com participação articulada de medicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, fonoaudiologia e demais áreas necessárias ao perfil assistencial pactuado. Essa estrutura atuará de forma interdisciplinar nas enfermarias, na UTI, no centro cirúrgico, no ambulatório e na gestão da jornada do paciente, sustentando rounds multiprofissionais, segurança do paciente, alta segura, gestão clínica do episódio assistencial e integração com a rede regional.

A organização multiprofissional também responderá a problemas já reconhecidos no diagnóstico territorial, como fragmentação dos processos de trabalho e baixa integração entre profissionais, fatores que enfraquecem a resolutividade e a continuidade do cuidado. O hospital atuará em sentido oposto, estruturando prática assistencial baseada em protocolos, comunicação efetiva, co-responsabilização das equipes e vinculação do paciente à rede SUS do território, o que reforçará a vocação regional da unidade e sua responsabilidade pública perante a SES-MG, o município de gestão plena e os municípios referenciados.

16.3 Gestão de escalas médicas

O hospital implantará gestão de escalas médicas orientada por segurança assistencial, continuidade do cuidado, cobertura efetiva das linhas críticas e aderência à carga horária

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

contratada. As escalas serão estruturadas de forma compatível com o funcionamento do pronto atendimento referenciado, da UTI, da retaguarda de internação, do centro cirúrgico e das interconsultas, evitando desassistência, lacunas de cobertura e dependência de arranjos instáveis que comprometam o cumprimento do perfil assistencial.

A gestão das escalas também enfrentará um desafio já identificado nos estudos territoriais: a dificuldade de contratar e fixar médicos especialistas e a rotatividade profissional, que fragilizam a resposta regional em média e alta complexidade. Por isso, o hospital adotará escalas médicas com governança centralizada, regras claras de cobertura, monitoramento de absenteísmo, plano de contingência para especialidades críticas e articulação entre liderança técnica, direção assistencial e coordenações médicas, preservando a regularidade da assistência 100% SUS e a execução fiel do contrato com a SES-MG.

16.4 Educação permanente em saúde

O hospital implantará política de educação permanente em saúde vinculada às necessidades reais da assistência, aos protocolos institucionais, à segurança do paciente, ao uso de sistemas de informação e à qualificação das linhas de cuidado. Essa política abrangerá integração inicial das equipes, atualização técnico-científica, capacitação para prontuário eletrônico, formação em protocolos críticos, treinamento em urgência e emergência, cirurgia segura, gestão de leitos, auditoria assistencial e uso de indicadores, sempre em coerência com a vocação hospitalar regional da unidade.

Essa diretriz responderá diretamente a fragilidades identificadas no território, como ausência de política de educação permanente, dificuldades com sistemas de informação e insuficiente preparo técnico de profissionais e gestores. Ao organizar educação permanente como função estruturante e não episódica, o hospital fortalecerá a qualidade assistencial, a padronização de processos, a eficiência do SUS regional e a maturidade institucional exigida pelo contrato, além de criar ambiente propício ao desenvolvimento de residências e campos de formação, conforme valorizado no edital.

As especialidades para o programa de residência médica serão: Clínica Médica, Anestesiologia e Cirurgia Geral, podendo ampliar para demais especialidades, conforme perfil clínico assistencial da instituição.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

16.5 Estratégias de fixação de profissionais

O hospital adotará estratégias de fixação de profissionais voltadas à estabilidade das equipes críticas e à sustentabilidade da operação regional, reconhecendo que a rotatividade e a dificuldade de provimento são problemas estruturais do território e podem comprometer a resolubilidade hospitalar. Essas estratégias incluirão plano de integração institucional, ambiente de prática organizado por protocolos, educação permanente, liderança clínica estruturada, escalas estáveis, monitoramento de absenteísmo e rotatividade, valorização de desempenho e construção de trajetórias profissionais vinculadas à missão pública do hospital.

A política de fixação também dialogará com a natureza regional do hospital e com a necessidade de cumprir, com regularidade, o perfil assistencial contratado com o município de Conselheiro Lafaiete, de gestão plena, e com a SES-MG. Ao garantir maior permanência de profissionais estratégicos, especialmente em enfermagem, anestesia, terapia intensiva e especialidades médicas críticas, o hospital reduzirá vulnerabilidades operacionais, protegerá o cuidado dos usuários do SUS e aumentará sua capacidade de responder de forma estável aos vazios assistenciais e às demandas reguladas da Macrorregião Centro-Sul.

16.6 Plano de Implantação do Hospital

O Plano de Implantação do Hospital será o instrumento estruturante que articulará, em conformidade com o edital, a abertura progressiva dos serviços, a integração plena ao SUS, o alinhamento com a rede regional, o monitoramento sistemático dos resultados e a melhoria contínua da operação assistencial.

16.7 Etapas de implantação

A implantação do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete será conduzida em fases sucessivas, com abertura gradual, segura e plenamente aderente ao edital, de forma a compatibilizar expansão assistencial, conclusão das obras, equipagem, contratação de equipes, ativação de fluxos e integração com a rede regional. Após a assinatura do contrato, a concessionária deverá desenvolver as atividades preparatórias e submeter à SES-MG, em até 90 dias, o Cronograma de Escalonamento, instrumento que organizará a disponibilização progressiva dos leitos e serviços segundo o perfil assistencial pactuado, em diálogo com o Município de Conselheiro Lafaiete, o território de abrangência e a Unidade Regional de Saúde. O próprio edital orienta que esse

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

cronograma contemple todas as especialidades do perfil assistencial e seja compatibilizado com o cronograma das obras, de modo que a implantação não seja apenas física, mas assistencialmente consistente.

Em estrita observância ao Termo de Referência, a abertura deverá iniciar com a disponibilização de, no mínimo, 20% dos leitos e serviços em até 90 dias após a conclusão das obras, avançando progressivamente até atingir 100% dos leitos e serviços em até 18 meses após o início da operação, ressalvadas apenas prorrogações formalmente justificadas e aprovadas pela SES-MG. Essa diretriz impõe que a implantação seja desenhada com marcos objetivos, metas assistenciais intermediárias e entregas concretas em cada fase, evitando tanto sub abertura quanto ativação precipitada de serviços sem sustentação operacional. Para fins de proposta técnica, a estratégia mais robusta é apresentar fases que iniciem pela governança hospitalar, pronto atendimento referenciado, leitos críticos, apoio diagnóstico essencial, centro cirúrgico inicial e ambulatórios vinculados às linhas de cuidado, com progressão até a plena capacidade hospitalar regional.

16.8 Estruturação das equipes

A estruturação das equipes será tratada como eixo crítico da implantação, porque a abertura escalonada prevista no edital exige correspondência exata entre leitos ativados, serviços disponibilizados e capacidade real de funcionamento assistencial. A concessionária deverá prover, desde a fase preparatória, as equipes necessárias à assistência direta, aos serviços administrativos e à gestão hospitalar, incluindo lideranças e coordenações com atribuições claras nas áreas de pronto atendimento, UTI, internação, centro cirúrgico, apoio diagnóstico, farmácia clínica, enfermagem, NIR, jornada do paciente, segurança do paciente, controle de infecção e demais núcleos estratégicos. Em proposta para concorrência por melhor técnica, ganha força a modelagem que já apresenta organograma completo, enquadramento das atividades assistenciais e dimensionamento de recursos humanos por categoria, com todas as coordenações identificadas, exatamente como valorizado pelo edital.

Mais do que prover quantitativo de pessoal, a proposta deve demonstrar a capacidade de organizar equipes com identidade assistencial, liderança, treinamento inicial e progressão planejada conforme cada etapa do escalonamento. O Termo de Referência atribui à concessionária a responsabilidade pela qualificação e treinamento das equipes e pelo preparo para operação e manuseio dos equipamentos, o que permite qualificar tecnicamente a proposta ao explicitar trilha de integração institucional, capacitação em protocolos, formação para

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

prontuário eletrônico, segurança do paciente, resposta clínica ao paciente grave e governança de indicadores. Essa abordagem dialoga com a própria análise situacional dos territórios, que aponta como desafio o provimento de equipes adequadas e qualificadas, compatíveis com a tipologia e a complexidade dos serviços hospitalares. Uma proposta superior é aquela que demonstra que o hospital abrirá não apenas com profissionais contratados, mas com equipes funcionalmente organizadas para operar linhas de cuidado, aderir a protocolos, sustentar a regulação do acesso e produzir desempenho assistencial desde a abertura mínima de 20% até a plena ativação da unidade.

16.9 Implantação de processos assistenciais

A implantação dos processos assistenciais deverá preceder e sustentar a abertura progressiva dos serviços, de modo que cada fase do hospital entre em funcionamento já apoiada por protocolos, fluxos, critérios clínicos, responsabilidades definidas e rotinas de monitoramento. Em uma concorrência julgada por melhor técnica, esse ponto é decisivo: o edital atribui pontuação específica à sistematização e organização de cada atividade assistencial com seus protocolos, à estruturação do acolhimento e classificação de risco, ao serviço de farmácia e terapêutica integrado ao prontuário eletrônico, à nutrição e dietética, às comissões técnicas, à ouvidoria e ao gerenciamento de resíduos. Portanto, a proposta deve deixar inequívoco que o hospital iniciará a operação com processos assistenciais essenciais previamente implantados, como classificação de risco, segurança do paciente, gestão de leitos, cirurgia segura, alta segura, uso racional de exames, auditoria clínica, resposta à deterioração clínica e integração entre pronto atendimento, internação, UTI, centro cirúrgico e apoio diagnóstico.

Além da robustez interna, os processos assistenciais nascerão aderentes ao papel regional da unidade e ao comando expresso do edital de que a prestação dos serviços será 100% destinada ao SUS, em conformidade com o perfil assistencial pactuado e com observância obrigatória do fluxo regulatório do território, incluindo fidelidade às grades de referência e contrarreferência. Isso significa que a implantação processual não poderá ser genérica nem desvinculada da rede: deverá estar conectada à regulação estadual, à contratualização com o Município de Referência, à gestão da jornada do paciente e à lógica de resolubilidade regional. A proposta ganha densidade quando demonstra que cada etapa de abertura assistencial corresponderá a processos já alinhados com a rede, aptos a ampliar acesso, reduzir evasão assistencial, evitar permanências desnecessárias e consolidar o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete como

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

equipamento estruturante da Macrorregião Centro-Sul. Esse raciocínio é coerente também com o PRI, que enfatiza implantação de protocolos assistenciais, fortalecimento de fluxos e organização regional do cuidado como condição para elevar acesso e resolubilidade.

16.10 Implantação de sistemas de informação

A implantação dos sistemas de informação será tratada como fundamento da operação hospitalar, devendo ocorrer desde as fases iniciais e não apenas após a estabilização assistencial. O edital atribui pontuação específica à sistematização e organização do serviço de tecnologia da informação com utilização de prontuário eletrônico em 100% das atividades assistenciais, o que exige da proposta técnica uma arquitetura informacional robusta, capaz de sustentar pronto atendimento, internação, UTI, centro cirúrgico, apoio diagnóstico, farmácia, regulação interna, auditoria clínica, faturamento, monitoramento gerencial e segurança do paciente. Em termos de mérito concorrencial, a proposta se torna mais forte quando demonstra que a abertura mínima de 20% dos leitos e serviços já ocorrerá com prontuário eletrônico, rastreabilidade de processos, suporte à decisão clínica e produção de dados confiáveis para gestão assistencial e contratual.

Mais do que informatizar, o hospital irá operar com inteligência assistencial. Os sistemas precisam sustentar codificação, monitoramento clínico-operacional, gestão de leitos, fluxo regulatório, tempos de resposta, produção cirúrgica, apoio à auditoria, painéis de indicadores e preparação para uso de metodologias de qualidade e desempenho. O próprio edital valoriza o compromisso com utilização de DRG a partir do primeiro ano de operação e a experiência prévia das proponentes com acreditação, o que reforça a necessidade de sistemas capazes de gerar dados assistenciais íntegros, auditáveis e comparáveis desde o início da operação. Além disso, o diagnóstico regional mostra que a Microrregião de Conselheiro Lafaiete já apresenta 91,66% dos municípios utilizando PEC, embora o próprio município-sede ainda mantenha uso parcial de PEC e CDS, o que reforça a importância de o hospital nascer com estrutura de informação mais madura, interoperável e capaz de dialogar com a rede. Assim, a proposta mais consistente é aquela que apresenta implantação progressiva dos módulos, mas com base única de informação desde a abertura inicial, permitindo ao hospital acompanhar desempenho, apoiar a contratualização, responder ao monitoramento da SES-MG e construir, desde cedo, uma cultura de gestão por dados, qualidade e valor em saúde.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

16.11 Cronograma de ativação assistencial

O cronograma de ativação assistencial do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deverá ser apresentado como instrumento técnico de abertura progressiva, em estrita aderência ao edital, que exige sua submissão à SES-MG em até 90 dias após a assinatura do contrato, elaboração em diálogo com o Município de Conselheiro Lafaiete, com o território de abrangência e com a Unidade Regional de Saúde, além de compatibilização com o cronograma das obras e com todas as especialidades previstas no perfil assistencial. O mesmo edital determina que a disponibilização dos leitos e serviços se inicie com, no mínimo, 20% do perfil pactuado em até 90 dias após a conclusão das obras, evoluindo de forma gradual até 100% em até 18 meses após o início da operação. À luz dessas exigências, e considerando o plano assistencial em construção, a proposta mais consistente é aquela que organiza a implantação em três grandes momentos: ativação inicial segura, ampliação estruturada de serviços e operação plena regional, sempre com abertura vinculada à capacidade real de equipes, equipamentos, apoio diagnóstico, regulação e processos assistenciais.

16.11.1 Fase 1 – ativação inicial

A Fase 1 corresponde ao início da operação assistencial do hospital, com foco na abertura segura dos primeiros serviços, na implantação da governança institucional e na estabilização dos fluxos operacionais essenciais. Trata-se da etapa de ativação inicial da unidade, em que deverão entrar em funcionamento a governança, o Núcleo Interno de Regulação, o apoio diagnóstico essencial, a **porta hospitalar referenciada para urgências e emergências**, 10 leitos de UTI, 30 leitos de internação, 2 salas cirúrgicas ativas, os serviços de apoio compatíveis com esse porte, o ambulatório de pré e pós-operatório, o ambulatório de egressos e as comissões obrigatórias.

Também nessa fase deverá ser iniciado o processo de codificação e análise crítica por DRG, ainda que em escopo inicial, de modo a apoiar desde o começo a leitura do perfil assistencial, do uso dos leitos e da eficiência da operação. Da mesma forma, a contratualização inicial do perfil assistencial com o município de Conselheiro Lafaiete deverá ser acionada conforme o cronograma de implantação e disponibilidade dos serviços.

O resultado esperado desta etapa é o início seguro da operação hospitalar, com absorção dos primeiros fluxos regulados e consolidação da base organizacional necessária para expansão posterior da capacidade assistencial.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

16.11.2 Fase 2 – ampliação da internação e da produção cirúrgica

A Fase 2 corresponde ao primeiro movimento de ampliação da capacidade operacional do hospital, com ênfase no aumento da internação e da produção cirúrgica. Nesta etapa, a unidade deverá alcançar 60 leitos totais de internação e 3 salas cirúrgicas ativas, ampliando sua capacidade de resposta às demandas reguladas e fortalecendo sua atuação como retaguarda clínica e cirúrgica regional.

Essa expansão permitirá maior previsibilidade da agenda operatória, melhor utilização da estrutura instalada e incremento da capacidade hospitalar para absorção de casos do território, especialmente nas linhas clínica e cirúrgica alinhadas à vocação da unidade. Com mais leitos e maior capacidade de bloco cirúrgico, o hospital passa a contribuir de forma mais expressiva para retenção assistencial na própria região.

O resultado esperado nesta fase é o aumento da produção cirúrgica e a redução da evasão assistencial, com fortalecimento progressivo da resolubilidade regional e maior estabilidade dos fluxos assistenciais.

16.11.3 Fase 3 – expansão assistencial e ganho de complexidade

A Fase 3 representa a ampliação da densidade assistencial do hospital, com fortalecimento da retaguarda crítica, expansão das linhas especializadas e maior capacidade de resposta a casos de maior complexidade compatíveis com a vocação da unidade. Nesta etapa, está prevista a ampliação para 20 leitos de UTI, a expansão das linhas especializadas, a entrada em operação da 4ª sala cirúrgica e o alcance de 100 leitos, além da expansão do ambulatório cirúrgico.

Esse momento marca a transição do hospital para um patamar mais robusto de operação, com maior integração entre terapia intensiva, internação, centro cirúrgico, ambulatórios e apoio diagnóstico. A ampliação da UTI e da estrutura cirúrgica fortalece especialmente a segurança do paciente grave, o suporte ao pós-operatório de maior risco e a capacidade regional de absorção de casos que exigem retaguarda hospitalar mais qualificada.

O resultado esperado é que o hospital passe a operar com mix assistencial mais completo, com maior capacidade clínica, cirúrgica e crítica, ampliando a suficiência regional e a estabilidade da operação.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

16.11.4 Fase 4 – consolidação plena do perfil hospitalar

A Fase 4 corresponde à consolidação plena da operação hospitalar, com a 4ª sala cirúrgica operante, 100% dos leitos previstos em funcionamento, expansão dos ambulatórios cirúrgicos e incorporação progressiva de atividades formativas compatíveis com a maturidade institucional da unidade.

Nessa fase, o hospital poderá avançar na oferta de campos de estágio para cursos de graduação, como medicina, enfermagem, fisioterapia e radiologia, bem como apoiar cursos técnicos em enfermagem e radiologia, em consonância com sua estrutura assistencial e com a lógica de integração ensino-serviço. Também poderá iniciar a preparação para o primeiro programa de residência médica, desde que reunidas as condições institucionais, assistenciais e regulatórias necessárias.

Mais do que concluir a implantação física e assistencial, essa etapa representa a consolidação do hospital como equipamento regional adulto-cirúrgico e crítico, com operação amadurecida, governança clínica estabilizada, integração consistente com a rede e maior capacidade de contribuir não apenas para a assistência, mas também para a formação de profissionais e para o fortalecimento estrutural do território.

O resultado esperado é a consolidação do perfil regional adulto-cirúrgico e crítico, com maior estabilidade assistencial, ampliação da resolubilidade e fortalecimento do papel estruturante do hospital na Macrorregião Centro-Sul.

Quadro 6 – Proposta de escalonamento de abertura

Fase	Prazo s	Escopo	Resultado esperado
Fase 1	0–4 meses	Governança, NIR, apoio diagnóstico essencial, porta referenciada, 10 leitos de UTI, 30 leitos de internação, 2 salas cirúrgicas ativas. Serviços de apoio conforme tamanho, ambulatório de pré e pós operatório, ambulatório de egressos, comissões obrigatórias. Início da codificação do DRG.	Início seguro da operação e absorção dos primeiros fluxos regulados.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Fase	Prazo s	Escopo	Resultado esperado
		Contratualização do perfil assistencial com o município de Conselheiro Lafaiete.	
Fase 2	4–8 meses	60 leitos totais de internação e 3 salas cirúrgicas ativas.	Aumento de produção cirúrgica e redução de evasão assistencial.
Fase 3	10–18 meses	Ampliação para 20 leitos de UTI. Expansão das linhas especializadas, 4ª sala cirúrgica operante e 100 leitos Expansão de ambulatório cirúrgicos	Hospital passa a operar com mix assistencial mais completo.
Fase 4	15–18 meses	4ª sala cirúrgica operante e 100 % dos leitos previstos. Expansão de ambulatório cirúrgicos Oferta de campos de estágios para cursos de graduação de medicina, enfermagem, fisioterapia. Curso técnico de enfermagem e de radiologia. Preparo para primeiro programa de residência Médica	Consolidação do perfil regional adulto-cirúrgico e crítico.

Fonte: elaboração própria, em diálogo com a lógica de escalonamento do termo de referência.

17. Integração com a Rede de Saúde

A integração com a rede de saúde será tratada como diretriz estruturante da operação do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, e não como componente acessório. O hospital funcionará como ponto regional do SUS vocacionado à média e alta complexidade adulta, inserido nas Redes de Atenção à Saúde, com atuação fiel ao perfil assistencial pactuado, ao fluxo regulatório do território e às responsabilidades interfederativas definidas no contrato e no planejamento regional. Essa posição é estratégica porque o próprio plano assistencial identifica

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

vazio relevante em internação qualificada, terapia intensiva, cirurgia especializada e retaguarda para pacientes graves, ao passo que o edital exige prestação 100% SUS, respeito ao perfil pactuado e fidelidade às grades de referência e contrarreferência.

17.1 Integração com a atenção primária

O HRCL atuará com respeito ao papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e principal ordenadora do acesso na rede, reconhecendo sua centralidade na condução longitudinal dos usuários, seu conhecimento sobre o território, os fluxos locais e as necessidades da população. Sua atuação hospitalar se dará de forma complementar e articulada, sem deslocar funções próprias da APS, sem capturar demandas que devam permanecer no nível local e sem enfraquecer o vínculo do usuário com sua equipe de referência.

Em uma microrregião com cobertura elevada de atenção primária, o HRCL deve operar como retaguarda hospitalar resolutiva para condições agudas, cirúrgicas e críticas compatíveis com sua vocação, devolvendo o paciente estabilizado à rede com contrarreferência qualificada, plano de seguimento e ambulatório de egressos quando necessário. Essa lógica fortalece os princípios do SUS, respeita o gestor pleno municipal na coordenação territorial do cuidado e responde ao vazio assistencial sem enfraquecer a base da rede

17.2 Integração com a regulação estadual

A integração com a regulação estadual será plena, cotidiana e formalmente aderente ao contrato, uma vez que o edital determina que o hospital siga os protocolos regulatórios instituídos e se mantenha fiel às grades de referência e contrarreferência do território. O HRCL atuará em sintonia com a Central Regional de Regulação Assistencial, com o sistema estadual de regulação e com seu próprio NIR, absorvendo fluxos regulados dentro do perfil assistencial pactuado, evitando recusas indevidas e ampliando a resolubilidade regional com transparência operacional. Para uma unidade criada justamente para reduzir deslocamentos evitáveis e sobrecarga sobre polos externos, a regulação não é mera porta administrativa; é o mecanismo que transforma capacidade instalada em acesso equânime e uso racional de leitos, exames e centro cirúrgico.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

17.3 Integração com SAMU

A integração com o SAMU será estruturada como componente essencial da resposta regional às urgências e emergências, especialmente diante da vocação do hospital para pronto-socorro referenciado, paciente crítico e suporte cirúrgico adulto, em respeito às regras de regulação da SES MG. O PRI destaca o SAMU como elemento do sistema de apoio logístico da macrorregião e o descreve como serviço responsável pelo atendimento in loco, pela articulação do acesso em urgência e inclusive pelo uso de vaga zero quando necessário.O HRCL manterá fluxos pactuados de recebimento, comunicação clínica e regulação do destino dos casos graves, funcionando como retaguarda organizada do sistema de urgência, com ganho para o SUS regional, maior previsibilidade do cuidado e menor fragmentação assistencial.

17.4 Integração com hospitais de referência terciária

A integração com hospitais de referência terciária será estruturada como relação cooperativa e complementar, e não concorrencial. O HRCL deverá ampliar a capacidade regional de resposta para casos compatíveis com seu perfil assistencial e sua vocação adulto-cirúrgica e crítica, ao mesmo tempo em que organizará fluxos de transferência e contra referência para centros terciários quando houver necessidade de recursos não previstos no contrato ou fora da densidade tecnológica pactuada. Essa organização é central para reduzir evasão assistencial e deslocamentos desnecessários, sem romper a hierarquização do SUS, permitindo que o hospital retenha localmente aquilo que deve ser resolvido na macrorregião e encaminhe com qualidade aquilo que demande referência terciária, inclusive em áreas como oncologia diagnóstica e linhas cirúrgicas especializadas.

18. Inovação e Tecnologia em Saúde

A inovação e a tecnologia em saúde deverão ser apresentadas como instrumentos de qualificação assistencial, eficiência operacional e governança, e não como adorno institucional. O edital valoriza explicitamente a organização do serviço de tecnologia da informação com prontuário eletrônico em 100% das atividades assistenciais e o compromisso com uso de DRG a partir do primeiro ano, o que exige uma proposta capaz de demonstrar base digital robusta, rastreabilidade clínica, suporte à decisão, gestão por indicadores e integração de dados assistenciais desde a ativação inicial. Em uma macrorregião que já discute prontuário eletrônico,

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

sistemas de apoio diagnóstico, parque tecnológico, regulação, NIR e governança regional, a inovação relevante para o HRCL é aquela que fortalece o SUS, respeita o contrato, sustenta a vocação regional do hospital e converte tecnologia em acesso, segurança, qualidade e redução dos vazios assistenciais do território.

18.1 Prontuário eletrônico e sistema de gestão hospitalar

A implantação dos sistemas de informação deverá ser tratada como fundamento da operação hospitalar, com implementação desde as fases iniciais de funcionamento da unidade, e não apenas após a estabilização assistencial. Essa diretriz é estratégica tanto para a segurança e a qualidade do cuidado quanto para a consistência da gestão hospitalar, especialmente em uma unidade de perfil regional, com múltiplos pontos críticos de operação e forte dependência de integração entre áreas assistenciais, administrativas e gerenciais.

Nesse contexto, a proposta deverá contemplar arquitetura informacional robusta, capaz de sustentar o funcionamento integrado do pronto atendimento referenciado, internação, UTI, centro cirúrgico, apoio diagnóstico e terapêutico, farmácia, regulação interna, auditoria clínica, faturamento, monitoramento gerencial e segurança do paciente. O prontuário eletrônico deverá estar presente em 100% das atividades assistenciais, assegurando registro clínico padronizado, rastreabilidade dos processos, suporte à decisão clínica, produção de dados confiáveis e capacidade de monitoramento contínuo da operação hospitalar.

Em termos de implantação, a proposta se fortalece ao demonstrar que a abertura inicial da unidade, inclusive na etapa mínima de ativação de leitos e serviços, já ocorrerá apoiada em prontuário eletrônico e sistema de gestão hospitalar plenamente operacionais. Essa abordagem permite que a expansão assistencial ocorra desde o início com base em informação qualificada, integração entre processos, governança de dados e maior capacidade de acompanhamento assistencial e contratual, favorecendo segurança do paciente, controle operacional, transparência gerencial e qualificação da tomada de decisão.

18.2 Integração de dados assistenciais

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete implantará integração de dados assistenciais como fundamento da coordenação do cuidado, da gestão clínica e da adequada execução contratual. O hospital utilizará prontuário eletrônico em 100% das atividades assistenciais, conforme

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

exigido no edital, e organizará seus sistemas para registrar, consolidar e disponibilizar informações assistenciais, operacionais e gerenciais com rastreabilidade, segurança e aderência aos sistemas oficiais exigidos pela SES-MG. Essa integração permitirá que o hospital opere de forma coerente com o SUS, com o fluxo regulatório do território e com sua vocação regional, transformando dados assistenciais em suporte efetivo à regulação, ao monitoramento contratual e à qualificação da assistência.

A integração de dados assistenciais também fortalecerá o diálogo do hospital com a rede regional, especialmente porque a microrregião de Conselheiro Lafaiete já apresentará elevado grau de informatização na atenção primária, com 91,66% dos municípios utilizando PEC, ainda que o município-sede mantenha uso parcial de PEC e CDS. Nesse contexto, o hospital estruturará base informacional capaz de apoiar contrarreferência qualificada, continuidade do cuidado, análise por DRG, leitura de permanência, produção cirúrgica, desfechos assistenciais e avaliação da resolubilidade regional, contribuindo para reduzir vazios assistenciais e deslocamentos evitáveis para outros polos.

18.3. Sistema de Monitoramento e Indicadores

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete implantará sistema de monitoramento e indicadores desde a fase inicial de operação, com uso gerencial contínuo, leitura clínica qualificada e aderência aos instrumentos de avaliação da SES-MG. Esse sistema acompanhará execução do cronograma de escalonamento, metas assistenciais, adesão às políticas estaduais, desempenho na Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais e parâmetros contratuais, conforme previsto no edital, além de sustentar a gestão clínica, o NIR, a auditoria assistencial e a melhoria contínua. O hospital disponibilizará informações nos sistemas oficiais e manterá monitoramento estruturado para garantir adequada gestão do contrato, sustentabilidade da operação 100% SUS e resposta efetiva ao papel regional da unidade.

O sistema de monitoramento também incorporará metodologias de análise de desempenho compatíveis com a complexidade hospitalar, incluindo uso de DRG a partir do primeiro ano de operação, como valorizado pelo edital e previsto no plano assistencial em construção. A leitura dos indicadores orientará decisões sobre acesso, leitos, permanência, produção, qualidade, segurança, regulação e experiência do paciente, permitindo que o hospital opere com transparência, racionalidade do uso da capacidade instalada e foco em valor assistencial para a população usuária do SUS.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

18.4 Indicadores assistenciais

O hospital monitorará indicadores assistenciais como taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade hospitalar e taxa de reinternação, utilizando esses parâmetros para avaliar efetividade clínica, desempenho das linhas de cuidado, estabilidade da operação e adequação do uso de leitos. Esses indicadores serão analisados de forma sistemática e vinculados à governança clínica, ao NIR, ao DRG e à jornada do paciente, permitindo intervenção precoce sobre permanência evitável, alta insegura, sobrecarga assistencial e variações indevidas de prática.

Além do acompanhamento rotineiro, os indicadores assistenciais apoiarão o compromisso contratual do hospital com a SES-MG e com a regionalização da assistência, pois refletirão diretamente a capacidade da unidade de responder ao vazio assistencial da macrorregião com qualidade, segurança e resolubilidade. O hospital utilizará esses indicadores para produzir análise crítica periódica, apoiar auditoria assistencial, revisar protocolos, orientar planos de melhoria e demonstrar, com base em evidências, que a expansão da capacidade regulada se converterá em melhor acesso e melhor cuidado para os usuários do SUS.

Quadro 5 – Indicadores prioritários para monitoramento

Eixo	Indicador	Uso gerencial	Observação
Acesso	Tempo porta-destino na linha vermelha	Mede agilidade da porta referenciada	Deve ser estratificado por gravidade.
Leitos	Taxa de ocupação hospitalar e da UTI	Avalia equilíbrio entre ociosidade e saturação	Monitoramento diário pelo NIR.
Giro	Média de permanência observada e esperada por DRG	Mede eficiência clínica	Exige codificação e prontuário consistentes.
Produção	Número de cirurgias realizadas por sala e por especialidade	Avalia produtividade do bloco	Separar eletiva e urgência.
Cancelamento	Taxa de suspensão	Aponta falhas de	Classificar causas

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Eixo	Indicador	Uso gerencial	Observação
	cirúrgica	programação e preparo	evitáveis e não evitáveis.
Qualidade	Reinternação não programada em 30 dias	Mede efetividade da alta e continuidade do cuidado	Acompanhar por linha de cuidado.
Segurança	Infecção de sítio cirúrgico, PAV, IPCS, LP	Monitora eventos assistenciais sensíveis	Responsabilidade compartilhada entre CCIH e NSP.
Desfecho	Mortalidade hospitalar e mortalidade padronizada por risco	Avalia gravidade e qualidade	Precisa de leitura qualificada, não automática.
Experiência	Satisfação do paciente e família - NPS	Mede percepção de cuidado e comunicação	Útil para hotelaria, enfermagem e ouvidoria.
Regulação	Tempo entre autorização internação visa Sistema Estadual de Regulação Taxa de recusa de paciente dentro do perfil do hospital	Avalia integração com a rede	Importante para hospital regional.
Financeiro-assistencial	Receita SUS por alta ponderada por complexidade	Relaciona produção, case mix e faturamento	Indispensável para sustentabilidade operacional.
Pessoas	Absenteísmo e rotatividade de equipes críticas	Monitora estabilidade operacional	Especial atenção a enfermagem, anestesia e terapia intensiva.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Fonte: elaboração própria.

19. Sustentabilidade e Eficiência Operacional

A sustentabilidade e a eficiência operacional constituem diretrizes transversais à gestão do Hospital Regional, orientando as decisões assistenciais, administrativas e de apoio, de modo a assegurar a continuidade dos serviços, a racionalidade no uso de recursos e a conformidade com as normas técnicas, sanitárias, ambientais e de governança aplicáveis à prestação de serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

As ações descritas a seguir estão integradas ao modelo de gestão hospitalar proposto, alinhadas ao Perfil Assistencial pactuado, ao Termo de Referência e às boas práticas de gestão pública e hospitalar.

19.1 Gestão de insumos

O HRCL adotará modelo estruturado de gestão de insumos assistenciais e administrativos, com foco na racionalização do consumo, na garantia de abastecimento contínuo e na segurança do paciente.

A gestão será realizada por meio do planejamento de necessidades com base no Perfil Assistencial, no Cronograma de Escalonamento e nos protocolos clínicos; padronização de materiais, medicamentos e correlatos, integrada às diretrizes assistenciais e às comissões técnicas; controle sistemático de estoques, com acompanhamento de consumo, validade e giro de materiais; integração dos processos de farmácia, almoxarifado e unidades assistenciais, com registro em sistemas informatizados.

Esse modelo visa reduzir desperdícios, evitar desabastecimentos e assegurar o uso adequado de insumos críticos, contribuindo para a eficiência operacional e para a qualidade da assistência prestada.

19.2 Sustentabilidade ambiental

A sustentabilidade ambiental será incorporada às rotinas operacionais do hospital, em conformidade com a legislação vigente e com as exigências previstas no Termo de Referência, especialmente no que se refere ao Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

(PGRSS).

As ações contemplam:

- implantação e manutenção do PGRSS, abrangendo segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos;
- capacitação contínua das equipes quanto às boas práticas ambientais e de biossegurança;
- adoção de rotinas operacionais que minimizem impactos ambientais, sem prejuízo da segurança sanitária;
- monitoramento dos processos relacionados à gestão de resíduos e demais aspectos ambientais pertinentes à operação hospitalar.

Essas diretrizes reforçam o compromisso institucional com a proteção ambiental, a saúde coletiva e a conformidade regulatória.

19.2.1 Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)

O HRCL contará com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) devidamente estruturado, elaborado em conformidade com a legislação sanitária e ambiental vigente, especialmente a RDC Anvisa nº 222/2018, a Lei Federal nº 12.305/2010, o Decreto nº 10.936/2022 e a Resolução CONAMA nº 358/2005.

O PGRSS foi desenvolvido como instrumento técnico e operacional indispensável à garantia da segurança sanitária, da proteção dos trabalhadores, da preservação ambiental e da qualidade assistencial, contemplando todas as etapas do manejo dos resíduos, desde a geração até a destinação final ambientalmente adequada. O plano estabelece diretrizes claras quanto à segregação, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, armazenamento, tratamento e destinação final, bem como define responsabilidades institucionais, fluxos operacionais e mecanismos de monitoramento e melhoria contínua.

Adicionalmente, o documento contempla a estrutura organizacional necessária para sua implementação, incluindo a definição de responsável técnico, integração com as áreas assistenciais e de apoio, articulação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), além da previsão de capacitação contínua das equipes

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

envolvidas.

O documento também incorpora indicadores de desempenho, rotinas de auditoria, gestão de não conformidades e plano de contingência para situações críticas, assegurando rastreabilidade, conformidade regulatória e sustentabilidade operacional.

A proposta de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do HRCL encontra-se no Anexo 02 à presente Proposta Técnica, compondo parte integrante da documentação apresentada.

19.3 Eficiência energética

O HRCL adotará práticas voltadas à eficiência energética, considerando as características do projeto arquitetônico, dos sistemas prediais e da operação hospitalar.

As ações incluem:

- uso racional de energia elétrica nos ambientes assistenciais, administrativos e de apoio;
- definição de rotinas operacionais que favoreçam a redução de consumo sem comprometer a assistência;
- acompanhamento dos principais pontos de consumo, com vistas à identificação de oportunidades de melhoria;
- avaliação de viabilidade estrutural e financeira da implantação de captação de energia solar através de painéis fotovoltaicos;
- integração das práticas de eficiência energética à política de manutenção predial e de equipamentos.

A eficiência energética é tratada como componente da boa governança hospitalar, contribuindo para a sustentabilidade operacional e para a redução de custos indiretos ao longo da concessão.

19.4 Gestão responsável de recursos públicos

A gestão dos recursos vinculados à prestação dos serviços será conduzida com observância aos princípios da legalidade, economicidade, transparência e accountability, próprios da administração pública e das entidades que operam serviços de saúde no âmbito do SUS.

Nesse sentido, assegura-se a utilização dos recursos financeiros de acordo com os objetivos

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

assistenciais pactuados e com o Perfil Assistencial do hospital; conformidade com as regras de financiamento tripartite e com os instrumentos de contratualização vigentes; adoção de práticas de controle, monitoramento e prestação de informações aos entes competentes; integração da gestão econômico-financeira aos instrumentos de planejamento, metas e indicadores definidos no Termo de Referência.

A gestão responsável dos recursos públicos visa garantir a sustentabilidade do hospital, a continuidade da assistência e o adequado atendimento às demandas da população usuária do SUS.

20. Avaliação de Desempenho e Melhoria Contínua

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete adotará avaliação de desempenho e melhoria contínua como eixo permanente de governança clínica e de gestão contratual, em plena aderência ao SUS, ao contrato com a SES-MG, ao perfil assistencial pactuado e às diretrizes da regionalização. Esse modelo acompanhará a vocação do hospital como referência regional para ampliar acesso, reduzir vazios assistenciais e elevar a resolubilidade da Macrorregião Centro-Sul, sem se afastar das normas regulatórias, das metas pactuadas e da obrigação de ofertar assistência integralmente destinada ao SUS.

20.1 Monitoramento de indicadores

O hospital implantará monitoramento sistemático de indicadores assistenciais, operacionais e contratuais, com registro em sistemas oficiais, análise gerencial periódica e prestação de contas à SES-MG nos prazos previstos no edital. Esse monitoramento abrangerá metas do cronograma de escalonamento, adesão às políticas estaduais de saúde, desempenho na Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais, produção assistencial, qualidade, segurança do paciente, tempo de permanência, reinternação, ocupação de leitos e demais parâmetros necessários à adequada gestão do contrato e à sustentabilidade do serviço 100% SUS.

20.2 Auditoria assistencial

O hospital estruturará auditoria assistencial com caráter técnico, educativo e corretivo, articulada à governança clínica, ao Núcleo de Segurança do Paciente, à análise de prontuários e

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ao uso de DRG, com foco na conformidade dos processos, na qualidade do cuidado e na identificação precoce de fragilidades assistenciais. A auditoria verificará aderência a protocolos, pertinência clínica, segurança, uso racional de recursos e desempenho das linhas de cuidado, sempre orientada pelos princípios do SUS, pelo contrato com a SES-MG e pela necessidade de dar resposta qualificada aos vazios assistenciais e à vocação regional do hospital.

20.3 Planos de melhoria contínua

O hospital elaborará e executará planos de melhoria contínua a partir dos resultados do monitoramento, das auditorias assistenciais, das análises de incidentes, dos fóruns clínicos e da leitura sistemática dos indicadores de desempenho. Esses planos priorizarão segurança do paciente, efetividade clínica, fluxo assistencial, permanência adequada, uso eficiente da capacidade instalada e fortalecimento da resposta regional, com metas, responsáveis, prazos e reavaliação periódica, em sintonia com a Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais e com a necessidade de entregar valor em saúde à população usuária do SUS.

21. Considerações Finais

21.1 Compromisso com o SUS

O hospital manterá compromisso integral com o SUS e destinará 100% de sua prestação assistencial à rede pública, conforme exigência expressa do edital e do contrato. Esse compromisso se traduzirá em acesso regulado, observância das normas do sistema, respeito ao gestor público, transparência na produção, cumprimento das metas pactuadas e utilização de toda a infraestrutura, dos equipamentos e das equipes para atender exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde.

21.2 Compromisso com a regionalização da assistência

O hospital atuará em plena coerência com a regionalização da assistência e com o planejamento regional integrado, funcionando como referência macrorregional para ampliar a capacidade de resposta do território e reduzir deslocamentos evitáveis para outros polos. Sua operação respeitará a vocação regional adulto-hospitalar pactuada, os fluxos regulatórios instituídos, as grades de referência e contrarreferência e a contratualização com o município de referência, fortalecendo a rede de atenção e contribuindo para superar os vazios assistenciais identificados

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

na Microrregião de Conselheiro Lafaiete e na Macrorregião Centro-Sul.

21.3 Compromisso com a qualidade e segurança do paciente

Está atestada nos protocolos apresentados e o hospital manterá compromisso permanente com a qualidade e a segurança do paciente por meio de governança clínica estruturada, protocolos institucionais, monitoramento de indicadores, auditoria assistencial, atuação do Núcleo de Segurança do Paciente, revisão de processos e cultura de melhoria contínua. Esse compromisso já estará materializado e atestado nos protocolos institucionais apresentados no plano assistencial, que organizarão a operação do hospital com base em padronização, rastreabilidade, prevenção de eventos adversos e resposta clínica oportuna, compatíveis com a densidade assistencial e a relevância regional da unidade.

Sinaliza-se a necessidade de investimento para a adequação de não conformidades na obra já executada e revisão de toda a parte regulatória e documental que legitimará o funcionamento da instituição.

Uma vez atendidas as questões para conformidade total aos requisitos operacionais e regulatórios, a instituição se compromete com a obtenção de certificação ONA nos primeiros 36 meses após o início da operação do hospital.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Relatório da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente: hospitais com unidade de terapia intensiva (UTI) – 2024 (Ano IX). Brasília, DF: Anvisa, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente/relatrio_av_das_praticas_UTI_2024.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BAIN & COMPANY. Net Promoter Score (NPS) & System. [S. l.]: Bain & Company, [2026]. Disponível em: <https://www.bain.com/consulting-services/customer-strategy-and-marketing/net-promoter-score-system/>. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Produção Ambulatorial (SIA/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2026]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Produção Hospitalar (SIH/SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2026]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Manual de auditoria interna do SUS [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_auditoria_interna_SUS.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta n. 264/2024 – CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; e DAHU/SAES/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-264-2024-cgesmu-dgci-desco-e-deppros-saps-ms.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (OuvSUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., 4. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. Ministério dos Transportes. Secretaria Nacional de Trânsito. Frota de veículos - 2026. Brasília, DF:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Ministério dos Transportes, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/conteudo-senatran/frota-de-veiculos-2026>. Acesso em: 21 mar. 2026.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). Inteligência artificial ajuda a aumentar eficiência de hospitais da Fhemig. Belo Horizonte: FHEMIG, 2025. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/3145-inteligencia-artificial-ajuda-a-aumentar-eficiencia-de-hospitais-da-fhemig>. Acesso em: 21 mar. 2026.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). Ouvidoria. Belo Horizonte: FHEMIG, [2026]. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/ouvidoria>. Acesso em: 22 mar. 2026.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). Rede Fhemig lança o Manual de Governança do DRG. Belo Horizonte: FHEMIG, 2024. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/2907-rede-fhemig-lanca-o-manual-de-governanca-do-drg>. Acesso em: 21 mar. 2026.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). Sobre o órgão. Belo Horizonte: FHEMIG, [2026]. Disponível em: <https://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao>. Acesso em: 21 mar. 2026.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Revisão do Plano Diretor do Município de Conselheiro Lafaiete/MG: diagnóstico e proposições preliminares para a mobilidade. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2022. Disponível em: <https://conselheirolafaiete.mg.gov.br/v2/wp-content/uploads/2022/05/Proposicoes-Lafaiete-Mobilidade-v2-jun22-1.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Minas Gerais - Censo 2010: tabela 2.9 - população residente em 2000 e população residente em 2010, por situação do domicílio, com indicação da população urbana residente na sede municipal, área total e densidade demográfica, segundo as mesorregiões, as microrregiões e os municípios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=31>. Acesso em: 21 mar. 2026.

LISBÔA DE MÉLO, Kariny Gardênya Barbosa et al. Manual de indicadores de saúde [livro eletrônico]: qualidade e segurança do paciente. João Pessoa, PB: Ed. dos Autores, 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. PPAG 2024-2027 - revisão para 2025. Belo Horizonte: ALMG, 2024. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/ppag/leis/PPAG-2024-2027-Revisao-para-2025-00001>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. PPAG 2024-2027. Belo Horizonte: ALMG, 2024. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/ppag/leis/PPAG-2024-2027>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. CES-MG – Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: CES-MG, [2026]. Disponível em: <https://ces.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Departamento de Trânsito de Minas Gerais. Relatório de gestão e indicadores de resultados 2021. Belo Horizonte: Detran-MG, 2022. Disponível em:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

<https://transito.mg.gov.br/publico/files/upload/Relatorio_de_Gestao_2021.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Anexo I-A – Setores e ambientes do projeto arquitetônico do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Anexo I-B – Estudo das necessidades de saúde do território. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Anexo I-C – Perfil assistencial do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Análises situacionais de saúde dos territórios de Minas Gerais: apresentação dos resultados obtidos pelas quatorze macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: SES-MG, 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Edital de Concorrência Presencial n. 38/2025 e anexos atualizados: Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Evolução da resolubilidade das microrregiões de Minas Gerais, 2012-2024. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2024.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Opera Mais, Minas Gerais. Belo Horizonte: SES-MG, [2026]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/operamais/>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Opera Mais, Minas Gerais: atos normativos. Belo Horizonte: SES-MG, [2026]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/operamais/atosnormativos/>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Planejamento Regional Integrado – Macrorregião Centro Sul. Belo Horizonte: SES-MG, 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2023/08/Plano_Centro-Sul-978.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Planilha de Regionalização - PDR 2026. Belo Horizonte: SES-MG, 2026. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2026/02/Planilha-de-Regionalizacao_Versao-2026.xlsx>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG): revisão 2023. Belo Horizonte: SES-MG, 2025. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/Plano-Diretor-de-Regionalizacao-Revisao-2023.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG n. 10.084, de 16 de abril de 2025. Aprova a alteração da Resolução SES/MG n. 9.860, de 22 de novembro de 2024, que descreve as regras de financiamento do módulo Opera Mais, Minas Gerais da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte: SES-MG, 2025. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?controller=document&id=27097-resolucao-ses-mg-n-10-084-de-16-

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

de-abril-de-2025%3Flayout%3Dprint&option=com_gmg>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG n. 10.446, de 17 de setembro de 2025. Aprova as diretrizes do Programa Estadual de Portas de Urgência e Emergência no âmbito da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte: SES-MG, 2025. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?controller=document&id=27810-resolucao-ses-mg-n-10-446-de-17-de-setembro-de-2025%3Flayout%3Dprint&option=com_gmg>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG n. 10.722, de 18 de novembro de 2025. Altera a Resolução SES/MG n. 10.446, de 17 de setembro de 2025, que aprova as diretrizes do Programa Estadual de Portas de Urgência e Emergência no âmbito da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte: SES-MG, 2025. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?controller=document&id=28009-resolucao-ses-mg-n-10-722-de-18-de-novembro-de-2025%3Flayout%3Dprint&option=com_gmg>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG n. 10.838, de 15 de dezembro de 2025. Define as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte: SES-MG, 2025. Disponível em: <https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?controller=document&id=28258-resolucao-ses-mg-n-10-838-de-15-de-dezembro-de-2025%3Flayout%3Dprint&option=com_gmg>. Acesso em: 21 mar. 2026.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG n. 10.850, de 16 de dezembro de 2025. Define as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o projeto de saúde Módulo Hospitais Regionais, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. Belo Horizonte: SES-MG, 2025.

ANEXOS

- ANEXO I: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
- ANEXO II: Organograma do HRCL.
- ANEXO III: Dimensionamento de Recursos Humanos, por categoria, com todas as coordenações identificadas.
- ANEXO IV: Quadro de correspondência entre Proposta Técnica e requisitos
- ANEXO V: Protocolos Assistenciais
- ANEXO VI: Declaração de Acreditação ONA
- ANEXO VII: Declaração de Implementação de DRG
- ANEXO VIII: Proposta de Programa de Residência.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ANEXO I

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Sistema institucional de segregação, manejo, segurança sanitária, rastreabilidade e destinação ambientalmente adequada dos resíduos gerados na assistência e nos serviços de apoio

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Musse Dib
Abrangência	Segurança Cirúrgica	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Documento estruturado em formato de protocolo hospitalar, com foco sanitário, operacional, ambiental, ocupacional e gerencial.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Este protocolo estabelece diretrizes, responsabilidades, critérios técnicos e fluxos operacionais para a implantação, execução, monitoramento e revisão contínua do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, com o objetivo de assegurar o manejo seguro dos resíduos desde a geração até a destinação final ambientalmente adequada, reduzir riscos assistenciais, sanitários, ocupacionais e ambientais e garantir conformidade com a legislação vigente.

A Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e constitui a principal referência sanitária federal para organização do PGRSS. De forma complementar, a Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos, o Decreto Federal nº 10.936, de 12 de janeiro de 2022, que a regulamenta, e a Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, estabelecem diretrizes ambientais, de responsabilidade do gerador e de tratamento e disposição final dos resíduos de serviços de saúde.

No âmbito deste protocolo, o PGRSS é compreendido como instrumento obrigatório de organização institucional, segurança sanitária e responsabilidade ambiental, devendo orientar rotinas, estrutura física, logística interna, segregação, acondicionamento, identificação, coleta, armazenamento, transporte, tratamento, destinação final, resposta a acidentes e educação permanente das equipes.

2. Introdução

O HRCL atuará na média e alta de relevância territorial, necessitando estrutura robusta de gerenciamento de resíduos, não apenas como requisito regulatório, mas como componente inseparável da segurança do paciente, da prevenção de infecções, da proteção dos trabalhadores e da sustentabilidade da operação. Em um hospital novo, com pronto-socorro referenciado, internação clínica e cirúrgica, terapia intensiva, centro cirúrgico e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, o PGRSS deve nascer como processo institucional estruturado, transversal e monitorado desde o início da operação.

No HRCL, o gerenciamento de resíduos irá operar de forma articulada com a Diretoria do hospital, com a Gerência de Enfermagem, a Gerência de Operações, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o Núcleo de Segurança do Paciente, o SESMT, a Farmácia, o Laboratório, a CME, o Centro Cirúrgico, a manutenção e os contratos de coleta, transporte, tratamento e destinação final, contribuindo para uma operação segura, rastreável e aderente às exigências sanitárias e ambientais.

Há necessidade de estruturação operacional compatível com o perfil assistencial pactuado, qualificação das equipes, organização dos serviços de apoio e plena capacidade de início e sustentação do funcionamento hospitalar. Nesse contexto, o PGRSS deve ser tratado como requisito preparatório e operacional indispensável para a abertura do hospital e para sua manutenção ao longo da execução contratual.

A adequação do PGRSS ao HRCL é especialmente relevante diante do papel regional do hospital na ampliação da resolubilidade assistencial da microrregião e da macrorregião Centro-Sul. A

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

abertura do hospital implicará aumento da produção assistencial, da circulação de pacientes e da geração de resíduos assistenciais e de apoio, exigindo padrão elevado de governança e conformidade desde a fase inicial de implantação.

3. Caracterização do empreendimento

Hospital Geral com funcionamento 24h, contemplando:

- Pronto Atendimento
- Unidade de Internação
- Centro Cirúrgico
- UTI
- Diagnóstico e terapia (SADT)
- Laboratório
- CME
- Nutrição e apoio

O projeto arquitetônico contempla áreas segregadas para resíduos (LIXO A, B, D e E) e saídas específicas, garantindo fluxo adequado e seguro.

4. Abrangência

Este protocolo aplica-se a todos os setores assistenciais, técnico-assistenciais, administrativos e operacionais HRCL, incluindo pronto-socorro referenciado, unidades de internação, terapia intensiva, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica, CME, ambulatórios hospitalares, laboratório, diagnóstico por imagem, farmácia, nutrição e dietética, necrotério, hotelaria, higienização, manutenção, almoxarifado, segurança, áreas administrativas e demais estruturas de apoio.

Aplica-se igualmente às lideranças médicas, de enfermagem e multiprofissionais, aos trabalhadores próprios, terceirizados, residentes, estagiários, equipes de apoio, empresas contratadas para coleta, transporte, tratamento e destinação final e a qualquer área ou profissional que participe de alguma etapa do gerenciamento dos resíduos.

5. Definições operacionais

Resíduos de serviços de saúde são os resíduos gerados nas atividades exercidas pelos serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive assistência, pesquisa, ensino, laboratório, necrotério, farmácia, esterilização e apoio diagnóstico, conforme o escopo da RDC Anvisa nº 222/2018.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que descreve as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos, contemplando aspectos de segregação, acondicionamento, identificação, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final.

Gerenciamento de resíduos corresponde ao conjunto de ações exercidas, direta ou indiretamente, nas etapas de manejo dos resíduos, em conformidade com exigências sanitárias, ambientais e de segurança ocupacional.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Segregação é a separação dos resíduos no momento e local de sua geração, conforme suas características físicas, químicas, biológicas, estado físico e riscos envolvidos.

Acondicionamento é o ato de embalar os resíduos segregados em recipientes ou sacos que evitem vazamentos, ruptura e exposição ocupacional.

Armazenamento temporário é a guarda provisória dos recipientes contendo resíduos, próximos aos pontos de geração, por tempo limitado e sob condições controladas.

Armazenamento externo é a guarda dos resíduos acondicionados em abrigo externo específico até a coleta e o transporte externos.

Destinação final ambientalmente adequada corresponde à destinação que inclui reutilização, reciclagem, tratamento e disposição final compatíveis com normas sanitárias e ambientais.

6. Base legal e diretrizes institucionais

O PGRSS do HRCL observará no mínimo, a seguinte base normativa federal: Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; Decreto nº 10.936, de 12 de janeiro de 2022, que a regulamenta; Resolução RDC Anvisa nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde; e Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

No âmbito do Estado de Minas Gerais, deverão ser observadas a Lei Estadual nº 18.031, de 12 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a Política Estadual de Resíduos Sólidos, o Decreto Estadual nº 45.181, de 25 de setembro de 2009, que a regulamenta, além das orientações técnicas e roteiros de inspeção da Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais aplicáveis ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Como diretriz institucional, o PGRSS do HRCL está etabelecido com foco em segurança do paciente, prevenção de acidentes de trabalho, biossegurança, conformidade regulatória, rastreabilidade documental, redução de não conformidades, sustentabilidade operacional e integração plena com a governança hospitalar.

7. Classificação dos resíduos

O programa institucional de gerenciamento de resíduos do HRCL já contempala integralmente a classificação dos resíduos prevista na RDC nº 222/2018.

- Grupo A: resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.
- Grupo B: resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente.
- Grupo C: rejeitos radioativos, quando houver serviço gerador licenciado para tal atividade.
- Grupo D: resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares, incluídos os recicláveis sem contaminação.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Grupo E: materiais perfurocortantes ou escarificantes.

8. Estrutura mínima operacional

O PGRSS deverá estar vinculado à Diretoria do hospital, com coordenação técnica claramente definida e articulação direta com a governança assistencial e administrativa.

A estrutura mínima deverá contemplar coordenação institucional do PGRSS, responsável técnico formalmente designado, apoio da Gerência de Enfermagem, Hotelaria, SESMT, CCIH, NSP, Farmácia, Laboratório, CME, manutenção e suprimentos, contratos regulares e fiscalizados para coleta, transporte, tratamento e destinação final, instrumentos formais para segregação, identificação, coleta interna, armazenamento, resposta a acidentes e registros, além de programa permanente de capacitação e painel gerencial de indicadores.

9. Responsabilidades

Instância	Responsabilidade
Diretoria do hospital	Aprovar este protocolo, assegurar estrutura física, recipientes, insumos, EPIs, equipe, contratos e suporte gerencial para implantação e manutenção do PGRSS.
Coordenação do PGRSS	Elaborar, revisar e atualizar o plano institucional; definir fluxos; supervisionar indicadores; conduzir análises de não conformidade; interagir com órgãos de fiscalização e consolidar relatórios gerenciais.
Gerências assistenciais e de apoio	Garantir a aplicação do protocolo em suas áreas, assegurar segregação correta na origem, apoiar treinamentos, comunicar incidentes e responder pelos planos de ação.
Profissionais geradores de resíduos	Segregar corretamente o resíduo no local e momento da geração, respeitando classificação, acondicionamento e descarte seguro.
Higienização e coleta interna	Executar coleta, transporte interno, higienização de recipientes e manejo operacional conforme rotina padronizada, sem triagem corretiva de resíduos segregados inadequadamente.
SESMT e Saúde Ocupacional	Definir EPIs por atividade, capacitar trabalhadores, acompanhar acidentes com exposição biológica e perfurocortante e apoiar medidas preventivas.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CCIH e NSP	Analisar interfaces entre resíduos, risco assistencial, prevenção de infecções, exposição ocupacional e eventos adversos.
Empresas terceirizadas	Executar coleta, transporte, tratamento e destinação final em conformidade com contratos, licenças e legislação vigente, apresentando manifestos e certificados.

10. Fluxo operacional do PGRSS

O planejamento institucional deverá contemplar o mapeamento dos pontos geradores, a caracterização dos resíduos produzidos, a definição dos recipientes e suportes necessários, os fluxos internos, as rotas de coleta, os locais de armazenamento, os contratos externos, as contingências e os indicadores de monitoramento.

A segregação deverá ocorrer imediatamente no local e no momento da geração, conforme o grupo de risco e a natureza do material, vedada a mistura que amplie risco sanitário, ambiental ou custo de tratamento.

O acondicionamento deverá ser realizado em recipientes íntegros, resistentes, compatíveis com a natureza do resíduo, adequadamente identificados e posicionados de forma funcional ao processo de trabalho.

A identificação deverá abranger sacos, coletores, bombonas, recipientes, carros de coleta e áreas de armazenamento, assegurando leitura rápida e inequívoca pela equipe e pelas instâncias de fiscalização.

A coleta e o transporte interno deverão seguir rotas, horários e equipamentos padronizados, evitando cruzamentos desnecessários com fluxos limpos, alimentação, roupas limpas, medicamentos e materiais esterilizados.

O armazenamento temporário deverá ocorrer em locais definidos, ventilados, higienizáveis, sinalizados e com controle de acesso, sem permanência de resíduos em áreas assistenciais inadequadas.

O armazenamento externo deverá ser realizado em abrigo exclusivo, seguro, lavável, ventilado, identificado e compatível com o volume gerado e a frequência de coleta externa.

A coleta, o transporte, o tratamento e a destinação externos deverão ser executados por prestadores regularizados, com documentação válida, rastreabilidade completa e fiscalização contratual sistemática.

Toda a operação deverá ser sustentada por registros formais de treinamento, inspeção, não conformidade, acidentes, manifestos de transporte e comprovantes de destinação final.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

10.1 Quantificação dos RSS

A estimativa da quantificação dos resíduos gerados no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete foi realizada com base no perfil clínico assistencial, conforme quadro a seguir.

- Internação: 77 leitos
- UTI: 20 leitos
- Pronto Atendimento: 10 leitos
- Total considerado: 107 leitos equivalentes

A Sala vermelha (8) não é contabilizada como leito-dia contínuo, mas impacta aumento de infectantes (considerado no fator de ajuste).

Parâmetros aplicados: Geração total: 4,5 a 6,0 kg/leito/dia

DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO DE RESÍDUOS

Tipo de resíduo	%	Kg/dia	Kg/mês
Grupo A/E (infectantes)	40%	272 kg	8.160 kg
Grupo D (comuns)	57%	388 kg	11.640 kg
Grupo B (químicos)	3%	20 kg	600 kg
TOTAL	100%	**680 kg**	**20.400 kg**

DISTRIBUIÇÃO DE RESÍDUOS POR SETOR E POR GRUPO

Produção total estimada: 680 kg/dia

Setor	Produção total (kg/dia)	Grupo A/E (kg/dia)	Grupo B (kg/dia)	Grupo D (kg/dia)	Perfil
UTI (20 leitos)	160	100	5	55	Alta complexidade
Internação (77 leitos)	300	120	5	175	Média complexidade
Pronto Atendimento (observação + sala vermelha)	110	60	3	47	Urgência
Centro Cirúrgico	50	35	2	13	Crítico
SADT (imagem + laboratório)	30	10	5	15	Apoio diagnóstico
CME	10	5	0	5	Apoio crítico
SND	10	0	0	10	Comum
Administrativo / Apoio	10	0	0	10	Comum

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

TOTAL	**680**	**330**	**20**	**330**	—

Observa-se maior concentração de resíduos infectantes nos setores críticos (UTI, Centro Cirúrgico e Pronto Atendimento), compatível com o perfil assistencial da unidade.

Os Resíduos do Grupo D predominam nos setores administrativos, nutrição e parte da internação, enquanto os resíduos químicos concentram-se nas áreas de apoio diagnóstico.

11. Regras operacionais específicas

O HRCL adotará como regras obrigatórias o descarte de perfurocortantes imediatamente após o uso em recipiente rígido apropriado, a proibição de reencape manual de agulhas, salvo hipóteses tecnicamente justificadas, a separação estrita entre resíduos comuns e resíduos infectantes, a segregação específica de resíduos químicos e de medicamentos vencidos, devolvidos ou contaminados, a definição de fluxo próprio para resíduos gerados em Centro Cirúrgico, CME, Laboratório, Farmácia e UTI, a retirada frequente de resíduos de áreas críticas e a higienização regular de carros de coleta, recipientes reutilizáveis e áreas de armazenamento.

Deverá ser assegurada disponibilidade contínua de EPIs, recipientes compatíveis com o perfil de geração de cada setor, reposição oportuna dos insumos e capacitação periódica das equipes geradoras e operacionais.

O plano deverá ser mantido atualizado e compatível com o perfil real de funcionamento do hospital, com revisão sempre que houver ampliação de serviços, mudança de fluxo, nova exigência regulatória ou identificação de não conformidade relevante.

12. Resposta a acidentes, incidentes e contingências

Toda ocorrência envolvendo perfurocortante, derramamento, ruptura de saco, vazamento, acondicionamento inadequado, falha de coleta, armazenamento inseguro ou exposição ocupacional deverá gerar resposta imediata, com isolamento da área, recondicionamento do resíduo, limpeza adequada, atendimento ao trabalhador exposto, notificação do evento e análise de causa.

O hospital deverá possuir plano de contingência para situações como aumento abrupto de geração, atraso de coleta externa, interdição do abrigo externo, falha contratual da empresa coletora, surtos, incidentes químicos e eventos de massa. Nessas situações, a coordenação do PGRSS deverá acionar fluxo emergencial com redefinição temporária de rotas, reforço de coleta, priorização de áreas críticas e registro formal das medidas adotadas.

13. Documentos e registros obrigatórios

O serviço deverá manter, no mínimo, o protocolo institucional de PGRSS vigente, o plano de gerenciamento de resíduos formalizado, a designação do responsável técnico, o mapeamento dos pontos geradores, o inventário dos grupos de resíduos gerados por setor, os procedimentos operacionais padrão correlatos, os registros de treinamentos admissionais e periódicos, os contratos com empresas de coleta, transporte, tratamento e destinação final, as licenças e autorizações

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

pertinentes dos prestadores contratados, os manifestos de transporte e comprovantes de destinação final, os registros de acidentes, incidentes e não conformidades, o painel de indicadores e os planos de ação corretiva e preventiva.

14. Indicadores de monitoramento

O programa institucional de gerenciamento de resíduos deverá monitorar, no mínimo, o percentual de setores auditados sem não conformidade crítica, o percentual de profissionais treinados no período, a taxa de acidentes com perfurocortantes relacionados ao manejo de resíduos, o número de ocorrências de segregação inadequada por auditoria, o tempo médio de permanência dos resíduos em armazenamento temporário e externo, o percentual de manifestos e certificados de destinação arquivados no prazo, os quilogramas de resíduo infectante por paciente-dia, os quilogramas de resíduo comum por paciente-dia, o número de derramamentos, vazamentos ou rupturas com necessidade de intervenção e o percentual de planos de ação concluídos no prazo.

Indicador	Finalidade gerencial
Percentual de setores auditados sem não conformidade crítica	Conformidade operacional
Percentual de profissionais treinados no período	Cobertura de educação permanente
Taxa de acidentes com perfurocortantes relacionados ao manejo de resíduos	Risco ocupacional
Número de ocorrências de segregação inadequada por auditoria	Falhas de processo
Tempo médio de permanência dos resíduos em armazenamento temporário e externo	Segurança e regularidade da coleta
Percentual de manifestos e certificados arquivados no prazo	Rastreabilidade documental
Kg de resíduo infectante por paciente-dia	Eficiência de segregação
Kg de resíduo comum por paciente-dia	Perfil de geração
Número de derramamentos, vazamentos ou rupturas com necessidade de intervenção	Segurança operacional
Percentual de planos de ação concluídos no prazo	Resolutividade gerencial

Fontes irão desde auditoria, notificações da empresa contrata, aferições sistemáticas de resíduos, notificação de eventos.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

15. Disposições finais

O PGRSS do HRCL deverá atuar com caráter técnico, preventivo, sanitário, ocupacional e ambiental, integrando-se à governança hospitalar desde a fase preparatória da operação. Não deverá ser tratado como documento meramente formal, mas como sistema institucional vivo, com responsabilidades definidas, fluxos claros, monitoramento contínuo e revisão periódica.

As exigências do edital relativas à equipagem, disponibilização de equipe, qualificação dos trabalhadores e cumprimento do perfil assistencial tornam obrigatória a implantação do PGRSS antes do início pleno da operação hospitalar, com capacidade de suportar a abertura escalonada de leitos e serviços.

Este protocolo entra em vigor na data de sua aprovação e deverá ser revisto, preferencialmente, a cada doze meses, ou antes, sempre que houver alteração normativa, ampliação do escopo assistencial, modificação do perfil de geração de resíduos, não conformidade relevante identificada em inspeção ou mudança contratual dos serviços terceirizados.

16. Referências

BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos.

BRASIL. Decreto nº 10.936, de 12 de janeiro de 2022. Regulamenta a Política Nacional de Resíduos Sólidos.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

MINAS GERAIS. Lei nº 18.031, de 12 de janeiro de 2009. Dispõe sobre a Política Estadual de Resíduos Sólidos.

MINAS GERAIS. Decreto nº 45.181, de 25 de setembro de 2009. Regulamenta a Política Estadual de Resíduos Sólidos.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Vigilância em Saúde. Orientações e instrumentos de inspeção para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

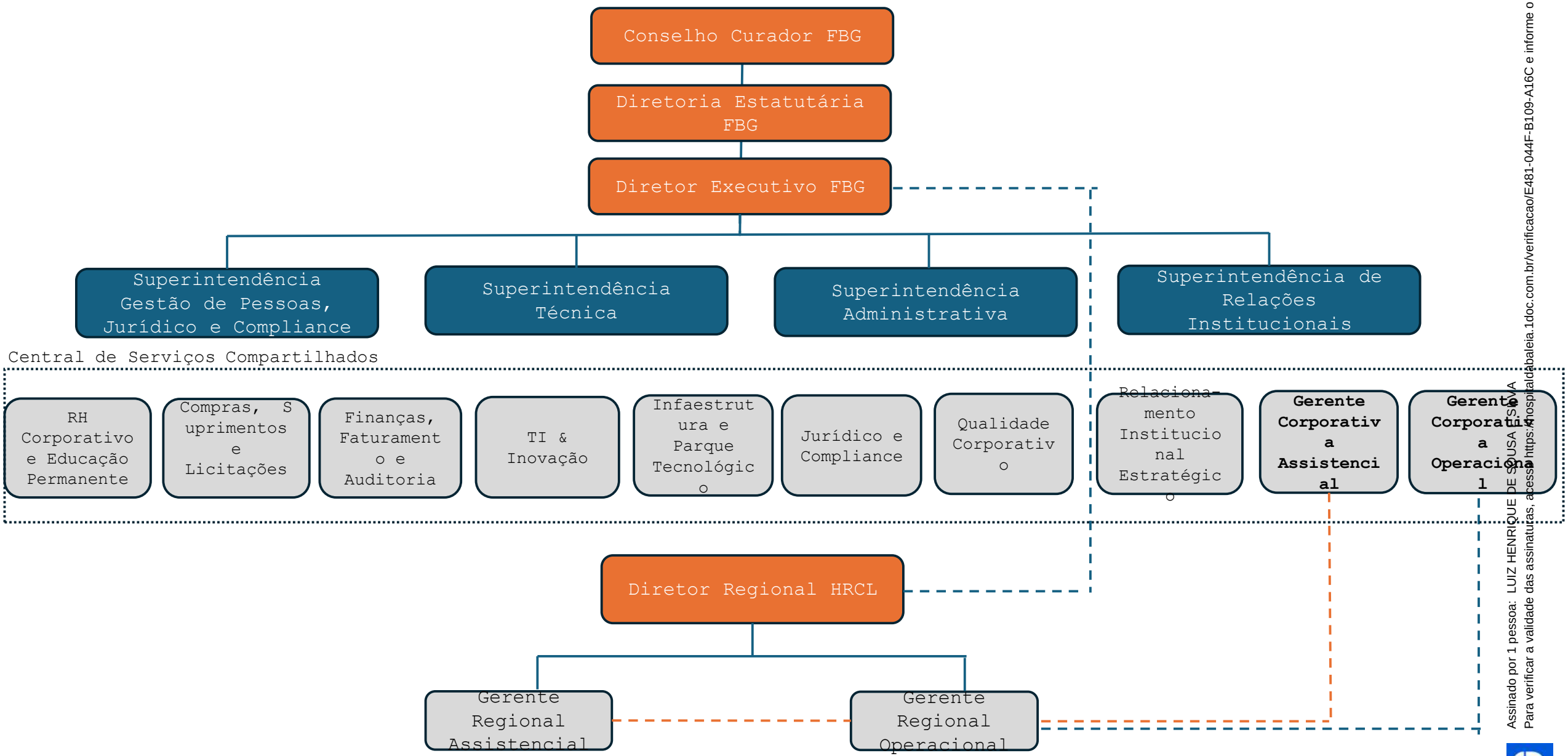
MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Edital e documentos técnicos do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ANEXO II

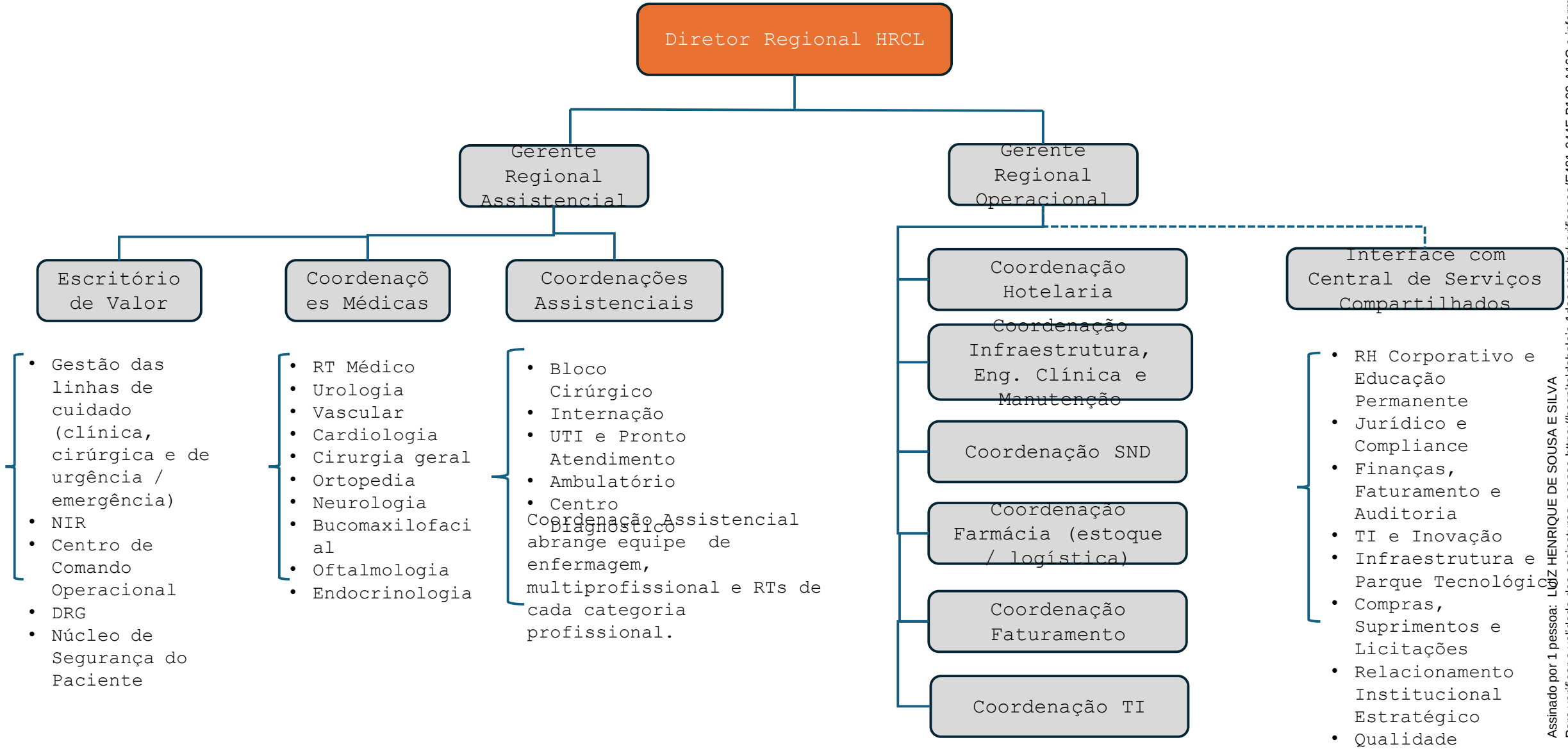
Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

GESTÃO UNIFICADA - REDE HOSPITALAR FUNDAÇÃO BENJAMIN GUIMARÃES (FBG) & HOSPITAL REGIONAL CONSELHEIRO LAFAIETE (HRCL)



Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-0

GESTÃO UNIFICADA - REDE HOSPITALAR FUNDAÇÃO BENJAMIN GUIMARÃES & HOSPITAL REGIONAL CONSELHEIRO LAFAIETE - HRCL



Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Escopo da Central de Serviços Compartilhados

A **Central de Serviços Compartilhados (CSC)** da Fundação Benjamin Guimarães tem como objetivo concentrar processos administrativos, técnicos e de suporte na matriz, permitindo que os hospitais regionais, no caso, o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, foque na gestão assistencial, relacionamento institucional e desempenho clínico-operacional.

Optamos por um modelo híbrido que centraliza processos padronizáveis e transacionais e mantém nas regionais a decisão clínica, a representação institucional e a operação hospitalar. Os resultados esperados para a rede hospitalar são:

- Redução de custos operacionais.
- Padronização de processos.
- Maior qualidade e governança.
- Escala na gestão da rede.
- Fortalecimento da atuação estratégica das diretorias regionais.

Nosso modelo de governança é baseado em políticas e práticas bem estabelecidas e formalizadas, indicadores de desempenho (KPI's) e acordos de nível de serviço (SLA) para os seguintes processos corporativos:

Finanças, Faturamento e Auditoria

- Faturamento hospitalar (SUS, convênios e particulares).
- Auditoria de contas médicas e validação pré-faturamento.
- Codificação assistencial com base no DRG.
- Gestão de recursos administrativos junto às secretarias municipais.
- Controle de autorizações e elegibilidade de pacientes.
- Conciliação de recebíveis e acompanhamento de inadimplência.
- Padronização de processos de faturamento na rede.
- Contabilidade corporativa.
- Controladoria e análise de resultados por unidade.
- Planejamento orçamentário (budget e forecast).
- Tesouraria e gestão de caixa da rede.
- Inteligência financeira para suporte às decisões da diretoria regional.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-0

Escopo da Central de Serviços Compartilhados (cont.)

RH Corporativo e Educação Permanente

- Folha de pagamento da rede.
- Administração de benefícios.
- Recrutamento e seleção centralizados para posições-chave e de liderança.
- Gestão de contratos de trabalho e compliance trabalhista.
- Educação permanente.
- People analytics e indicadores de força de trabalho.
- Padronização de políticas de RH.

TI e Inovação

- Gestão do prontuário eletrônico corporativo.
- Infraestrutura de TI da rede.
- Segurança da informação e LGPD.
- Integração de sistemas clínicos e administrativos.
- Business Intelligence e analytics assistencial e operacional.
- Suporte técnico (Service Desk).
- Projetos de transformação digital e inovação.

Compras, Suprimentos e Licitações

- Compras corporativas de medicamentos e materiais hospitalares.
- Negociação com fornecedores estratégicos e integração com Projeto de Compras Conjuntas HINOVA (parceria com Sebrae e outros hospitais 100% SUS de Belo Horizonte)
- *Benchmarking* de preços.
- Logística integrada entre unidades (centros de distribuição).
- Gestão de estoque estratégico da rede.
- Padronização de materiais e medicamentos.
- Gestão de consignados e OPME de alto custo.
- Gestão das melhores práticas de compras e contratações (Licitações e Processos Análogos).

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-0

Escopo da Central de Serviços Compartilhados (cont.)

Jurídico e Compliance
- Compliance corporativo e programas de integridade.
- Gestão de contratos institucionais e médicos.
- Assessoria jurídica para as unidades.
- Gestão de riscos regulatórios e sanitários.
- Interface com órgãos reguladores nacionais.
- Gestão de contencioso.

Qualidade Corporativo
- Definição de padrões assistenciais da rede.
- Gestão de programas de acreditação hospitalar.
- Monitoramento de indicadores clínicos corporativos.
- Auditoria de qualidade assistencial.
- Disseminação de boas práticas entre hospitais.
- Núcleo corporativo de segurança do paciente.

Relacionamento Institucional Estratégico
- Análise de mercado regional e expansão da rede.
- Apoio na articulação com a secretaria municipal e estadual de saúde e demais órgãos de regulação.
- Relações institucionais em nível municipal, estadual ou nacional.
- Apoio estratégico às diretorias regionais em negociações locais.
- Gestão de marca e comunicação institucional.
- Captação de Recursos
- Prestação de contas

Infraestrutura e Parque Tecnológico
- Projetos de engenharia e obras.
- Gestão do Parque Tecnológico e planejamento de renovação tecnológica.
- Planejamento de manutenção preventiva e corretiva.
- Gestão de contratos de manutenção com fabricantes.
- Avaliação técnica de novas tecnologias e projetos de infraestrutura
- Gestão de riscos relacionados a equipamentos médicos.
- Integração de equipamentos com sistemas hospitalares.

As Gerências Corporativas Assistencial e Operacional fazem parte do escopo da Central de Serviços Compartilhados e serão detalhados a seguir em função da interface direta no suporte aos processos assistenciais e operacionais locais.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Premissas e Atribuições dos Cargos: Gerências Corporativas Assistencial e

Gerente Corporativa Assistencial

Gestor da matriz com responsabilidade direta sobre a interface com as Superintendências e Diretoria Executiva da matriz para definição e formalização das práticas assistenciais baseadas nas melhores evidências científicas e padrões de qualidade, que sejam aplicáveis à realidade de cada regional. Sua função portanto é de conhecer as particularidades de cada regional e definir, de forma corporativa, os padrões e práticas a serem executadas em todas as unidades, por meio do Diretor Regional e Gerente Regional Assistencial. Não tem, portanto, função executiva porém deve acompanhar e auditar a execução das atividades locais e a conformidade com os padrões institucionais. Nesse sentido, seu escopo de definição de práticas abrange:

- Implementação e supervisão dos protocolos clínicos corporativos e políticas assistenciais .
- Definição dos processos, indicadores e SLA's da Gestão de Leitos, Regulação Assistencial (NIR) e do Centro de Comando Operacional.
- Elaboração dos requisites de Qualidade e Segurança do Paciente.
- Direcionamento técnico do SCIH.
- Direcionamento técnico das Práticas Médicas, em conjunto com a Superintendência Técnica.
- Garantia da qualidade e Segurança dos pacientes, por meio do acompanhamento e melhoria continua dos indicadores e metas assistenciais.
- Auditoria assistencial nas regionais, em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança e gestores das áreas assistenciais da matriz

Gerente Corporativa Operacional

Gestor da matriz com responsabilidade direta sobre a interface com as Superintendências e Diretoria Executiva da matriz para definição e formalização das práticas operacionais baseado nas melhores evidências científicas e padrões de qualidade, que sejam aplicáveis à realidade de cada regional. Sua função portanto é de conhecer as particularidades de cada regional e definir, de forma corporativa, os padrões e práticas a serem executadas em todas as unidades, por meio do Diretor Regional e Gerente Regional Operacional. Não tem, portanto, função executiva porém deve acompanhar e auditar a execução das atividades locais e a conformidade com os padrões institucionais. Nesse sentido, seu escopo de definição de práticas abrange:

- Definição dos processos e indicadores de gestão da Experiência do Paciente.
- Definição dos processos e indicadores da Ouvidoria.
- Apoio na definição dos processos, indicadores operacionais e SLA's de Gestão de Leitos e do Centro de Comando Operacional.
- Indicadores e monitoramento da produtividade hospitalar.
- Interface entre os serviços administrativos e de apoio da matriz, por meio do Central de Serviços Compartilhados (CSC).
- Definição dos processos e interface para os processos de Compras e Licitações.
- Definição dos processos e indicadores de Hotelaria, Engenharia Clínica e Infraestrutura.
- Acompanhamento e Gestão dos Indicadores Operacionais.
- Auditoria dos processos operacionais nas regionais, em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança e gestores das áreas assistenciais da matriz

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-0

Premissas e Atribuições do Diretor Regional

O **Diretor Regional do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete** exerce um papel híbrido: precisa garantir o desempenho assistencial e operacional da unidade local ao mesmo tempo em que mantém alinhamento estratégico com a sede corporativa e atua como representante institucional no território. As responsabilidades se organizam nos seguintes eixos principais:

Gestão de Pessoas e Cultura Organizacional:
- Liderança e desenvolvimento do time de gestores e líderes assistenciais.
- Alinhamento entre as equipes locais e os valores da organização.
- Gestão de desempenho e desenvolvimento de talentos.
- Inovação, colaboração e foco no paciente.
- Gestão de conflitos institucionais e integração entre áreas.

Representação institucional
- Articulação junto à Secretaria Municipal de Saúde, SES-MG, órgãos reguladores e gestores do SUS.
- Relações com lideranças políticas e institucionais.
- Desenvolvimento de parcerias com empresários, universidades e organizações da sociedade civil.
- Participação de fóruns e conselhos de saúde locais e regionais.
- Gestão de situações sensíveis ou crises institucionais na região.

Gestão da Qualidade e Segurança Assistencial
- Assegurar conformidade com normas regulatórias e sanitárias e com os padrões de qualidade e segurança.
- Reporte dos resultados, riscos e oportunidades ao Diretor Executivo.
- Participação da formulação e execução do planejamento da qualidade corporativa na região.
- Implementação das diretrizes institucionais, políticas e padrões da rede hospitalar.
- Proposição de investimentos, expansão de serviços e desenvolvimento de novas linhas assistenciais, a partir de demandas da Secretaria Municipal e/ou Estadual
- Alinhamento e fortalecimento da cultura organizacional

Gestão da eficiência, produtividade e sustentabilidade financeira
- Planejamento, execução e acompanhamento do plano operacional da unidade e metas vinculadas aos contratos de gestão.
- Gestão do orçamento, custos operacionais e desempenho econômico-financeiro.
- Gestão dos resultados assistenciais, operacionais e financeiros (KPIs e SLA’s), garantindo excelência assistencial e eficiência operacional
- Promoção da cultura de segurança, dos projetos de melhoria de processos e de transformação organizacional.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-0

Premissas e Atribuições dos Cargos: Gerencias Regionais Assistencial e

Gerente Regional Assistencial

Gestor local com responsabilidade direta sobre a execução das atividades em conformidade com as políticas e práticas institucionais e pela excelência dos processos assistenciais e resultados do cuidado assistencial. Deverá articular com o Gerente Corporativo Assistencial para alinhamento dos processos, indicadores e SLA's de forma a atender ao perfil assistencial e especificidades locais. As atividades sob gestão direta do Gerente Regional Assistencial incluem:

- Gestão do Escritório de Valor e suas atividades relacionadas com DRG, Centro de Comando Operacional, NIR e Gestão das Linhas de Cuidado
- Gestão Assistencial do Pronto-Atendimento, dos Leitos de UTI, enfermarias adulto, centro diagnóstico, ambulatório, incluindo equipes médicas, de enfermagem e integrantes da equipe multiprofissional (fisioterapeutas, psicólogos, nutricionista clínico, farmacêutico clínico e demais profissionais de saúde, quando aplicável)
- Gestão das linhas de cuidado e jornada do paciente cirúrgico com foco nas seguintes especialidades: urologia vascular, cardiológica, cirurgia geral, ortopedia e neurologia, bucomaxilofacial, oftalmologia todas envolvendo alta e/ou média complexidade e na gestão da abordagem cirúrgica aos pacientes com obesidade e Hemorragia Digestiva Alta.
- Gestão das linhas de cuidado e jornada do paciente clínico nas especialidades: geral, cardiologia, ortopedia, neurologia, oncologia, urologia, vascular, bucomaxilofacial.
- Gestão local do Núcleo de Segurança do Paciente e interface com o Núcleo de Qualidade e Segurança da matriz.
- Coordenação do programa de acreditação hospitalar.
- Desenvolvimento e integração das atividades de educação permanente, pesquisa e inovação assistencial.

Gerente Regional Operacional

Gestor local com responsabilidade direta sobre a execução das atividades em conformidade com as políticas e práticas institucionais e pela excelência dos processos operacionais da sua regional. Deverá articular com o Gerente Corporativo Operacional para alinhamento dos processos, indicadores e SLA's de forma a atender às especificidades locais. As atividades sob gestão direta do Gerente Regional Operacional incluem:

- Gestão Administrativa do Hospital, garantindo a execução do processos matriciais e interface com a Central de Serviços Compartilhados.
- Gestão dos processos da Hotelaria.
- Gestão da Farmácia (logística e armazenamento).
- Gestão da Engenharia Clínica, Manutenção e demais serviços de apoio.
- Gestão dos serviços de Nutrição e Dietética

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-0

ANEXO III

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Dimensionamento BH

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
Descrição_cc	cargo	Colaboradores
AGENCIA TRANSFUSIONAL		7
	SUPERVISOR DA AGENCIA TRANSFUNCIONAL	1
	TECNICO DE LABORATORIO	5
	TECNICO DE PATOLOGIA	1
ALA 1 - CLINICA MEDICA ADULTO		21
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	4
	PSICOLOGO	1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	16
ALA 2 - CIRURGICA		30
	ASSISTENTE CONTAS HOSPITALARES	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	7
	TECNICO EM ENFERMAGEM	22
ALA 3 - CIRURGICA		30
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	7
	TECNICO EM ENFERMAGEM	21
ALA 4 - CLINICA MEDICA ADULTO		30
	ASSISTENTE CONTAS HOSPITALARES	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	6
	TECNICO EM ENFERMAGEM	23
ALA 5 - CIRURGICA		21
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	4

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	TECNICO EM ENFERMAGEM	15
ALA 6 - PEDIATRIA		22
	ASSISTENTE CONTAS HOSPITALARES	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	2
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	2
	MEDICO PLANTONISTA	1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	15
ALA 7 - CIRURGICA		14
	ASSISTENTE CONTAS HOSPITALARES	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	10
ALMOXARIFADO		5
	ALMOXARIFE	2
	APRENDIZ	2
	SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO	1
ANATO. PATOLOGICA		4
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR DE LABORATORIO	3
ASSESS. JURIDICA INTERNA		3
	ADVOGADO SENIOR	1
	ASSISTENTE JURIDICO	1
	SUPERVISOR JURIDICO	1
ATEND. ONCOL. (CANCEROLOGIA)		13
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	11
	OPERADOR TELEMARKETING	1
	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO I	1
BG SAUDE		5

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	ANALISTA COMERCIAL EXTERNO	3
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
	ASSISTENTE COMERCIAL	1
CAF - CENTRAL ABASTEC. FARM.		18
	APRENDIZ	2
	ASSISTENTE DE FARMACIA	3
	AUXILIAR DE FARMACIA	8
	FARMACEUTICO III	1
	MOVIMENTADOR DE BENS	2
	TECNICO DE FARMACIA	2
CENTRAL DE GUIAS		2
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	2
CENTRARE		8
	APRENDIZ	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
	AUXILIAR EM SAUDE BUCAL	1
	COORDENADOR DE ENFERMAGEM	1
	PSICOLOGO	1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	1
	TECNICO EM SAUDE BUCAL	1
CENTRO CIRURGICO		88
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4
	AUXILIAR DE CONTAS	2
	COORD. CENTRO CIRURGICO E CME	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	7
	INSTRUMENTADOR CIRURGICO	4
	LIDER ASSISTENCIAL	1
	TECNICO EM ENFERM.BLOCO	67
	TECNICO EM ENFERMAGEM	2

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
CME		32
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	4
	TECNICO EM ENFERMAGEM	2
	TECNICO EM ENFERMAGEM-CME	26
COMERCIAL		3
	ANALISTA COMERCIAL II	1
	APRENDIZ	1
	COORDENADOR COMERCIAL	1
COMPRAS		6
	COMPRADOR I	5
	COORDENADOR DE SUPRIMENTOS	1
COMUNICACAO SOCIAL		42
	ANALISTA DE COMUNICACAO SOCIAL I	1
	ANALISTA DE COMUNICACAO SOCIAL II	2
	ANALISTA DE COMUNICACAO SOCIAL III	1
	APRENDIZ	1
	ASSISTENTE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL	2
	ESTAGIARIO	34
	GERENTE DE COMUNICACAO SOCIAL	1
CONTABILIDADE		7
	ANALISTA ADM.FINANCEIRO	1
	ANALISTA PRESTACAO DE CONSTAS/FINANCEIRO	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO FINANCEIRO	1
	AUXILIAR DE SAME	1
	COORDENADOR DE CONTABILIDADE	1
COORD. ENFERMAGEM		26
	ACADÊMICOS ENFERMAGEM	
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	COORDENADOR DE ENFERMAGEM	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	6
	LIDER ASSISTENCIAL	2
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM FERISTA	
	TECNICO EM ENFERMAGEM	16
CTI ADULTO		80
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	9
	FISIOTERAPEUTA INTENSIVISTA	12
	LIDER ASSISTENCIAL	2
	TECNICO EM ENFERM.CTI-	47
	TECNICO EM ENFERMAGEM	7
CTI PEDIATRICO		45
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
	COORDENADOR DO CTI	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	4
	FISIOTERAPEUTA INTENSIVISTA	8
	TECNICO EM ENFERM.CTI-	28
	TECNICO EM ENFERMAGEM	2
DEPARTAMENTO PESSOAL		10
	ANALISTA DE PESSOAL I	2
	ANALISTA DE PESSOAL II	1
	ANALISTA DE PESSOAL III	1
	APRENDIZ	2
	ASSISTENTE DE PESSOAL	1
	AUXILIAR DE PESSOAL	1
	COORD. ADM. DE PESSOAL	1
	ESPECIALISTA EM FOLHA DE PAGAMENTO	1
ENG. CLINICA		4

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1
	TECNICO EM ELETRONICA I	1
	TECNICO EM ELETRONICA III	2
ENG. HOSP. / MANUT.		28
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1
	ANALISTA DE OBRAS I	1
	APRENDIZ	1
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
	ASSISTENTE DE ARQUITETURA	1
	ASSISTENTE DE OBRAS	1
	AUXILIAR DE SERVIÇO MANUTENCAO	3
	BOMBEIRO HIDRAULICO/ENCANADOR	2
	ELETRICISTA	
	ELETRICISTA DE MANUTENCAO	3
	ENCARREGADO DE MANUTENCAO	1
	MECANICO DE MANUTENCAO	1
	MEIO OFICIAL DE MANUTENCAO	1
	OFICIAL DE MANUTENCAO	1
	OFICIAL DE MANUTENCAO 2	1
	PEDREIRO DE OBRAS	3
	PINTOR	5
	SUPERVISOR MANUTENCAO PREDIAL	1
FARMACIA - ALA 1 - MARIA AMB		6
	AUXILIAR DE FARMACIA	6
FARMACIA CENTRO CIRURGICO		10
	AUXILIAR DE FARMACIA	10
FARMACIA CLINICA		2
	FARMACEUTICO	2
FARMACIA CTI ADULTO		19

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	AUXILIAR DE FARMACIA	16
	FARMACEUTICO	3
FARMACIA CTI PEDIATRICO		12
	AUXILIAR DE FARMACIA	11
	FARMACEUTICO	1
FARMACIA HEMODIALISE		2
	AUXILIAR DE FARMACIA	2
FARMACIA OPME		9
	ANALISTA DE OPME	1
	AUXILIAR DE FARMACIA	1
	AUXILIAR DE OPME	4
	COMPRADOR I	1
	FARMACEUTICO III	1
	TECNICA DE MATERIAIS CONSIGNADO	1
FARMACIA SATELITE QUIMIO		8
	AUXILIAR DE FARMACIA	1
	FARMACEUTICO III	1
	FARMACEUTICO JUNIOR	3
	TECNICO DE FARMACIA	3
FATURAMENTO		24
	ANALISTA DE CONTAS I	3
	APRENDIZ	2
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	ENFERMEIRO AUDITOR	1
	FATURISTA II	11
	FATURISTA III	3
	SUPERVISOR DE CENTRAL DE GUIAS	1
	SUPERVISOR DE FATURAMENTO	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
FINANCEIRO		9
	ANALISTA DE CONTAS A RECEBER I	1
	ANALISTA DE CONTAS A RECEBER II	1
	ANALISTA DE CONTAS HOSPITALARES	1
	ANALISTA FINANCEIRO	1
	APRENDIZ	1
	ASSISTENTE FINANCEIRO	2
	GERENTE FINANCEIRO	1
	SUPERVISOR FINANCEIRO	1
FISIOTERAPIA		11
	COORD.EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	1
	FISIOTERAPEUTA	10
FONOAUDIOLOGIA		8
	FONOAUDIOLOGO	6
	SUPERVISOR DE FONOAUDIOLOGIA	1
	SUPERVISOR DE PSICOLOGIA	1
GER. ENFERMAGEM		5
	AUXILIAR DE CONTAS	1
	ENFERMEIRO ESTOMATERAPEUTA	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	1
	GERENTE ASSISTENCIAL DE INTERNAÇÃO	1
	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO I	1
GER. FARMACIA		2
	COORDENADOR DE FARMACIA	1
	FARMACEUTICO	1
GER. OPERACIONAL		1
	GERENTE OPERACIONAL	1
GER. SUPRIMENTOS		2
	APRENDIZ	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	GERENTE DE SUPRIMENTOS	1
GESTAO QUALIDADE		3
	ANALISTA DA QUALIDADE II	1
	ANALISTA DE QUALIDADE	1
	SUPERVISOR DE QUALIDADE	1
GOVERNANÇA MÉDICA		3
	ANALISTA DE INFORMACAO EM SAUDE	2
	SUPERVISOR DA LINHA DE CUIDADO	1
HEMODIALISE		99
	APRENDIZ	2
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3
	AUXILIAR DE ENFERMAG.HEMODIALISE	1
	COORDENADOR DA HEMODIALISE	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	6
	LIDER ASSISTENCIAL	1
	PSICOLOGO	1
	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	1
	TECNICO EM ENFERM/HEMODIALISE	79
	TECNICO EM ENFERMAGEM	3
HOTELARIA/PGRSS		118
	ALMOXARIFE - SHL	1
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1
	APRENDIZ	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
	AUXILIAR DE HOSPITALIDADE	
	AUXILIAR DE HOTELARIA	94
	COLETOR DE RESIDUOS	6
	COLETOR DE RESÍDUOS	

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	COORDENADOR DE HOTELARIA	2
	ENCARREGADO DE LIMPEZA	6
	JARDINEIRO	4
	SUPERVISOR DE HIGIENIZACAO	1
LAB. ANALISES CLINICAS		35
	ANALISTA DE LABORATORIO	10
	AUXILIAR TEC. EM PATOLOGIA	18
	COORDENADOR DE LABORATORIO	1
	TECNICO DE LABORATORIO	3
	TECNICO DE PATOLOGIA	3
LAVANDERIA/ROUPARIA		12
	CAMAREIRA	11
	SUPERVISOR DE ROUPARIA	1
LICITACOES		2
	ANALISTA DE LICITACAO	1
	ANALISTA DE LICITACAO I	1
MAMOGRAFIA		1
	TECNICO EM RADIOLOGIA	1
NEP - NUC. ENS. PESQ.		20
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1
	APRENDIZ	1
	ENFERMEIRO ED. CONTINUADA	1
	RESIDENTE CIRURGIA GERAL	7
	RESIDENTE CIRURGIA PLASTICA	5
	RESIDENTE DE ONCOPEDIATRIA	1
	RESIDENTE ORTOPEDIA	4
NUCLEO DE PROJETOS		7
	ANALISTA DE PROJETOS	2
	ANALISTA DE PROJETOS I	2

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	ANALISTA DE PROJETOS II	1
	ASSISTENTE DE PROJETOS	1
	GERENTE DO NUCLEO DE PROJETOS	1
NUCLEO INTERNO REGULACAO		15
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	10
	COORDENADOR DE LABORATORIO	1
	ENFERMEIRO SUP. ADMINISTRATIVO	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	3
NUCLEO MEDICO		12
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4
	COORDENADOR DE NUCLEO MEDICO	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	2
	TECNICO EM ENFERMAGEM	4
NUTRICAO CLINICA		12
	COORDENADOR DE NUTRICAO EMTN	1
	LACTARISTA	6
	NUTRICIONISTA	4
	SUPERVISOR DE NUTRICAO CLINICA	1
ORCAMENTO E CUSTOS		3
	ANALISTA DE CUSTOS E ORÇAMENTO I	1
	ANALISTA DE CUSTOS E ORCAMENTO III	1
	COORDENADOR DE CUSTOS E ORCAMENTOS	1
OUVIDORIA		3
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	2
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
PATRIMONIO		4
	ENCARREGADO DE PATRIMONIO	1
	MOVIMENTADOR DE BENS	3

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
PROJETO DRG		1
	SUPERVISOR DE INFORMACAO EM SAUDE	1
PROJETO FUMID II		16
	ASSISTENTE SOCIAL	2
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	2
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	3
	FISIOTERAPEUTA	2
	FONOAUDIOLOGO	2
	NUTRICIONISTA	2
	TECNICO EM ENFERMAGEM	1
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2
PROJETO FUMID III		23
	ANALISTA DE PROJETOS I	1
	ASSISTENTE SOCIAL	1
	AUXILIAR DE COZINHA	1
	AUXILIAR DE FARMACIA	2
	COPEIRO	2
	ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	1
	ENFERMEIRO SUP. ONCOLOGIA	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	1
	FARMACEUTICO III	1
	FISIOTERAPEUTA	1
	FONOAUDIOLOGO	1
	NUTRICIONISTA	1
	PSICOLOGO	1
	TECNICO EM ENFERM/HEMODIALISE	8
RADIOLOGIA		14
	TECNICO DE RADIOLOGIA	
	TECNICO EM RADIOLOGIA	14

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
RADIOTERAPIA		17
	APRENDIZ	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2
	COORDENADOR DE ENFERMAGEM	1
	DOSIMETRISTA	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM FERISTA	
	TECNICO EM ENFERMAGEM	2
	TECNICO EM RADIOLOGIA	10
RECEP. NUCLEO MEDICO		5
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4
	SUPERVISOR DE AMBULATORIO	1
RECURSOS HUMANOS		19
	ANALISTA DE RH I	2
	ANALISTA DE RH II	2
	APRENDIZ	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	13
	SUPERVISOR DE RH	1
REDE DE AMIGOS		15
	ANALISTA DE CAPTACAO DE RECURSOS	4
	APRENDIZ	1
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
	ASSISTENTE CAPTACAO RECURSOS	1
	AUXILIAR DE SERVIÇO	1
	AUXILIAR DE SERVICOS-REDE AMIGOS	1
	GERENTE MOBILIZACAO DE RECURSOS	1
	PROMOTOR CAPTACAO DE RECURSOS	5
RELACOES GOVERNAMENTAIS		4
	ANALISTA DE RELACOES INSTITUCIONAIS III	1
	ASSISTENTE SOCIAL	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	COORD.RELACOES INSTITUCIONAIS	1
SADT - SERV. AP. DIAG. TERAP.		26
	APRENDIZ	2
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	8
	COORDENADOR SADT	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	1
	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	1
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM - Transporte	
	TÉCNICO DE ENFERMAGEM FERISTA	
	TECNICO EM ENFERMAGEM	8
	TECNICO EM RADIOLOGIA	4
SAME		5
	AUXILIAR DE SAME	4
	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO I	1
SCIH - SERV. CONT. INF.HOSP.		3
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	1
	COORDENADOR DE SCIH	1
	ENFERMEIRO SCIH	1
SEGURANCA PATRIMONIAL		44
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1
	COORD. SEGURANCA PATRIM. TRANSPORTE	1
	LIDER DE EQUIPE/SEG.PATRIMONIAL	4
	SEGURANCA	38
SERVICO HEMATOLOGIA		1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	1
SERVICO ONCOLOGIA		6
	LIDER ASSISTENCIAL	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
	TECNICO EM ENFERMAGEM	5
SERVICO ONCOPEDIATRIA		1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	1
SERVICO SOCIAL		10
	ASSISTENTE SOCIAL	8
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	SUPERVISOR SERVIÇO SOCIAL	1
SESMT		17
	APRENDIZ	1
	BOMBEIRO CIVIL	8
	ENFERMEIRO DO TRABALHO	1
	ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1
	MEDICO DO TRABALHO	1
	TECNICO EM ENFERMAGEM DO TRABALHO	1
	TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO	1
	TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO II	3
SND - SERV. NUTRICAO		49
	ALMOXARIFE - SND	2
	APRENDIZ	1
	AUXILIAR DE COZINHA	13
	AUXILIAR DE HOTELARIA	1
	COPEIRO	21
	COZINHEIRO I	2
	COZINHEIRO II	2
	ENCARREGADO DE PRODUCAO	1
	NUTRICIONISTA	2
	NUTRICIONISTA JR	1
	OFICIAL DE COZINHA	2
	SUPERV. DE NUTRICAO DIETETICA	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
SUPERINT. GERAL		1
	SECRETARIA DIR/PRESIDENCIA	1
SUPERINT. TECNICA ASSISTENCIAL		3
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	PSICOLOGO	1
TIC - TEC. DE INFORM. E COM.		17
	ANALISTA DE SISTEMAS II	9
	ANALISTA INFRAEST. DE TI I	1
	ANALISTA INFRAEST. DE TI II	2
	ASSISTENTE DE INFORMATICA I	1
	ASSISTENTE DE INFORMATICA II	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	SUPERVISOR DE TEC. DA INFORMACAO	1
	TECNICO EM INFORMATICA I	1
TOMOGRAFIA		1
	TECNICO DE RADIOLOGIA	
	TECNICO EM RADIOLOGIA	1
TRANSPORTE		17
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1
	ENCARREGADO DE TRANSPORTE	1
	MENSAGEIRO	1
	MOTORISTA	12
	MOTORISTA/MOTOCICLISTA	2
ULTRASSONOGRAFIA		1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	1
UNIDADE DE DECISAO CLINICA		13
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	4
	TECNICO EM ENFERMAGEM	9

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - ORÇAMENTO 2026	Unnamed: 1	Unnamed: 2
Total Geral		1412

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Dimensionamento CL

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - Conselheiro Lafaiete	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
Descrição_cc	cargo	Colaboradores	Dimensionamento Conselheiro Lafaiete
UNIDADE DE INTERNAÇÃO		21	60
	COORDENADOR DE INTERNAÇÃO	4	1
	LIDER ASSISTENCIAL	1	1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	16	58
ALMOXARIFADO		5	3
	ALMOXARIFE	2	2
	APRENDIZ	2	1
ANATO. PATOLOGICA		4	3
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	1
	AUXILIAR DE LABORATORIO	3	2
CAF - CENTRAL ABASTEC. FARM.		18	10
	APRENDIZ	2	1
	ASSISTENTE DE FARMACIA	3	2
	AUXILIAR DE FARMACIA	8	6
	FARMACEUTICO III	1	1
CENTRO CIRURGICO		88	29
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4	1
	COORD. CENTRO CIRURGICO E CME	1	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	7	4
	LIDER ASSISTENCIAL	1	1
	TECNICO EM ENFERM.BLOCO	67	22
CME		32	22
	LIDER ASSISTENCIAL	4	1
	ENFERMEIRO	2	3
	TECNICO EM ENFERMAGEM-CME	26	18

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - Conselheiro Lafaiete	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
COMPRAS		6	2
	COMPRADOR I	5	2
COMUNICACAO SOCIAL		42	1
	ANALISTA DE COMUNICACAO SOCIAL II	2	1
CONTABILIDADE		7	2
	ANALISTA PRESTACAO DE CONSTAS/FINANCEIRO	1	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	1
CTI ADULTO		80	58
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3	1
	COORDENAÇÃO UTI PRONTO ATENDIMENTO	9	1
	LIDER ASSISTENCIAL	2	1
	TECNICO EM ENFERM.CTI-	47	44
	ENFERMEIRO	7	11
DEPARTAMENTO PESSOAL		10	1
	ANALISTA DE PESSOAL III	1	1
ASSESSORIA JURIDICA			1
	ADVOGADO		1
ENG. HOSP. / MANUT.		28	13
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1	1
	ASSISTENTE DE OBRAS	1	1
	OFICIAL DE MANUTENCAO	1	7
	ELETRICISTA	5	4
FARMACIA CENTRO CIRURGICO		10	6
	AUXILIAR DE FARMACIA	10	6
FARMACIA CLINICA		2	4
	FARMACEUTICO	2	4
FARMACIA CTI ADULTO		19	8
	AUXILIAR DE FARMACIA	16	7
	FARMACEUTICO	3	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - Conselheiro Lafaiete	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
FARMACIA OPME		9	7
	ANALISTA DE OPME	1	2
	AUXILIAR DE OPME	4	4
	FARMACEUTICO III	1	1
FATURAMENTO		24	5
	ANALISTA DE CONTAS I	3	1
	APRENDIZ	2	1
	ENFERMEIRO AUDITOR	1	1
	FATURISTA II	11	1
	FATURISTA III	3	1
FINANCEIRO		9	1
	ANALISTA FINANCEIRO	2	1
FISIOTERAPIA		11	2
	FISIOTERAPEUTA	10	2
FONOAUDIOLOGIA		8	2
	FONOAUDIOLOGO	6	2
ONDONTOLOGIA			1
	DENTISTA HOSPITALAR		1
TERAPIA OCUPACIONAL			2
	TERAPEUTA OCUPACIONAL		2
GER. ENFERMAGEM		5	2
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	1
	GERENTE ASSISTENCIAL DE INTERNAÇÃO	1	1
GER. FARMACIA		2	1
	COORDENADOR DE FARMACIA	1	1
GER. OPERACIONAL		1	1
	GERENTE OPERACIONAL	1	1
GESTAO QUALIDADE E NSP		3	1
	ENFERMEIRO DA QUALIDADE	1	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - Conselheiro Lafaiete	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
HOTELARIA/PGRSS		118	73
	ALMOXARIFE - SHL	1	1
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	1	1
	APRENDIZ	1	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	4
	AUXILIAR DE HOTELARIA	94	55
	COLETOR DE RESIDUOS	6	5
	COORDENADOR DE HOTELARIA	2	1
	ENCARREGADO DE LIMPEZA	6	4
	JARDINEIRO	4	1
LAB. ANALISES CLINICAS		35	23
	ANALISTA DE LABORATORIO	10	1
	SUPERVISOR DE LABORATORIO	1	1
	TECNICO DE LABORATORIO	3	6
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO		2
	AUXILIAR DE LABORATORIO	3	13
LAVANDERIA/ROUPARIA		12	7
	CAMAREIRA	11	7
NEP - NUC. ENS. PESQ.		20	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	1
NUCLEO INTERNO REGULACAO NIR		15	4
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	10	1
	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO		1
	ENFERMEIRO	1	2
NUCLEO MEDICO		12	3
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	4	1
	COORDENADOR DE NUCLEO MEDICO	1	1
	TECNICO EM ENFERMAGEM	4	1
NUTRICAO CLINICA		12	3

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - Conselheiro Lafaiete	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
	NUTRICIONISTA	4	2
	SUPERVISOR DE NUTRICAO CLINICA	1	1
OUVIDORIA		3	1
	ANALISTA ADMINISTRATIVO	2	1
RECURSOS HUMANOS		19	2
	ANALISTA DE RH II	2	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	13	1
SADT - SERV. AP. DIAG. TERAP.		26	30
	APRENDIZ	2	1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	8	7
	COORDENADOR CENTRO DIAGNOSTICO	1	1
	ENFERMEIRO SUPERVISOR	1	2
	TECNICO EM ENFERMAGEM	8	6
	SUPERVISOR DE CENTRO DIAGNOSTICO		1
	TECNICO EM RADIOLOGIA	4	12
SAME		5	1
	AUXILIAR DE SAME	4	1
SCIH - SERV. CONT. INF.HOSP.		3	2
	ENFERMEIRO SCIH	1	2
SEGURANCA PATRIMONIAL		44	14
	LIDER DE EQUIPE/SEG.PATRIMONIAL	4	4
	SEGURANCA	38	10
SERVICO SOCIAL		10	2
	ASSISTENTE SOCIAL	8	2
SESMT		17	8
	APRENDIZ	1	1
	BOMBEIRO CIVIL	8	2
	ENFERMEIRO DO TRABALHO	1	1
	ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	1	1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - Conselheiro Lafaiete	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
	MEDICO DO TRABALHO	1	1
	TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO II	3	2
SND - SERV. NUTRICAO		49	29
	ALMOXARIFE - SND	2	1
	APRENDIZ	1	1
	AUXILIAR DE COZINHA	13	7
	AUXILIAR DE HOTELARIA	1	2
	COPEIRO	21	10
	COZINHEIRO I	2	4
	NUTRICIONISTA	2	1
	OFICIAL DE COZINHA	2	2
	COORD. DE NUTRICAO DIETETICA	1	1
SUPERINT. TECNICA ASSISTENCIAL		3	2
	PSICOLOGO	1	2
TIC - TEC. DE INFORM. E COM.		17	5
	PLANTONISTA DE TI	9	4
	SUPERVISOR DE TEC. DA INFORMACAO	1	1
TRANSPORTE		17	2
	MOTORISTA	12	2
PA		13	64
	ENFERMEIRO	4	14
	LIDER ASSSITENCIAL		1
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO		8
	TECNICO EM ENFERMAGEM	9	41
DIRETORIA TECNICA			1
	DIRETOR TECNICO		1
MEDICOS INTERLOCUTORES			7
	INFECTOTLOGISTA		1
	NEUROLOGISTA		1

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PESSOAL POR CENTRO DE CUSTO - Conselheiro Lafaiete	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
	ONCOLOGISTA		1
	NEFROLOGISTA		1
	RADIOLOGISTA (CONFORME DEMANDA)		1
	ENDOSCOPISTA		1
	CARDIOLOGISTA		1
PRONTO ATENDIMENTO			3
	CIRURGIAO GERAL		2
	CLINICA GERAL		1
LEITOS UTI			7
	COORDENADOR		1
	PLANTONISTA		2
	MÉDICOS HORIZONTAIS		4
ENFERMARIA ADULTO			8
	MÉDICO HORIZONTAL		8
BLOCO CIRURGICO			7
	ANESTESISTAS		7
CIRURGIOES (SOB DEMANDA)			9
	CARDIOVASCULAR		1
	VASCULAR		1
	NEUROCIRURGIAO		1
	UROLOGISTA		1
	CIRURGIAO GERAL		1
	ORTOPEDISTA		1
	BUCOMAXILOFACIAL		1
	OFTALMOLOGISTA		1
	CIRURGIAO APARELHO DIGESTIVO		1
TOTAL			566

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Planilha Gestor

Unnamed: 0	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
	Setor	Quantidade	Função
	GERÊNCIA	1	Gerente Administrativo / Operações
	ENGENHARIA CLINICA	1	Supervisor de Engenharia Clínica
	ENGENHARIA CLINICA	2	Técnico de Eletrônica III
	ENGENHARIA HOSPITALAR	1	Coordenador de Engenharia Hospitalar
	ENGENHARIA HOSPITALAR	1	Analista Administrativo I
	ENGENHARIA HOSPITALAR	1	Assistente Administrativo
	ENGENHARIA HOSPITALAR	5	Eletricista
	ENGENHARIA HOSPITALAR	2	Bombeiro Hidráulico
	ENGENHARIA HOSPITALAR	7	Oficial de Manutenção I
	HOTELARIA	2	Coordenador de Hotelaria
	HOTELARIA	5	Encarregado de Hotelaria
	HOTELARIA	1	Almoxarife
	HOTELARIA	1	Analista Administrativo I
	HOTELARIA	1	Assistente Administrativo
	HOTELARIA	55	Auxiliar de Hotelaria
	HOTELARIA	5	Coletor de Resíduos
	HOTELARIA	1	Jardineiro
	HOTELARIA	7	Camareira
	SEGURANCA PATRIMONIAL	1	Supervisor de Segurança Patrimonial
	SEGURANCA PATRIMONIAL	1	Assistente Administrativo
	SEGURANCA PATRIMONIAL	4	Lider de Equipe/Seg. Patrimonial
	SEGURANCA PATRIMONIAL	10	Segurança
	TRANSPORTE	2	Motorista
	ATENDIMENTO	1	Coordenação de Atendimento
	ATENDIMENTO PRONTO ATENDIMENTO	7	Auxiliar Administrativo
	ATENDIMENTO RECEPÇÃO PRINCIPAL	4	Auxiliar Administrativo

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Unnamed: 0	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
	ATENDIMENTO INTERNAÇÃO	2	Auxiliar Administrativo
	ATENDIMENTO INTERNAÇÃO (UI)	2	Auxiliar Administrativo
	ATENDIMENTO INTERNAÇÃO (CTI)	2	Auxiliar Administrativo
	ATENDIMENTO INTERNAÇÃO (BLOCO)	1	Auxiliar Administrativo
	OUVIDORIA	1	Assistente Administrativo
	OUVIDORIA	1	Analista Administrativo I
	SECRETÁRIA DIRETORIA	1	Analista Administrativo I
	GERÊNCIA	1	GERENTE ASSISTENCIAL
	PRATICAS ASSISTENCIAIS	1	COORDENDOR DE PRÁTICAS ASSITENCIAIS
	PRATICAS ASSISTENCIAIS	1	AUX. ADMINISTRATIVO
	QUALIDADE	1	ENFERMEIRO
	NSP	1	ENFERMEIRO
	SCIH	2	ENFERMEIRO
	PRONTO ATENDIMENTO	1	COORDENADOR ASSISTENCIAL
	PRONTO ATENDIMENTO	1	LIDER ASSISTENCIAL
	PRONTO ATENDIMENTO	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
	PRONTO ATENDIMENTO	14	ENFERMEIRO
	PRONTO ATENDIMENTO	41	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	1	COORDENADOR ASSISTENCIAL
	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	1	LIDER ASSISTENCIAL
	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	20	ENFERMEIRO
	UNIDADE DE INTERNAÇÃO	58	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
	CTI	1	COORDENADOR ASSISTENCIAL
	CTI	1	LIDER ASSISTENCIAL
	CTI	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
	CTI	11	ENFERMEIRO
	CTI	44	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
	CENTRO CIRÚRGICO	1	COORDENADOR ASSISTENCIAL

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Unnamed: 0	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
	CENTRO CIRÚRGICO	1	LIDER ASSISTENCIAL
	CENTRO CIRÚRGICO	1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
	CENTRO CIRÚRGICO	4	ENFERMEIRO
	CENTRO CIRÚRGICO	22	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
	CME	1	LIDER ASSISTENCIAL
	CME	3	ENFERMEIRO
	CME	18	TÉCNICO DE ENFERMAGEM
	NIR / CENTRAL DE COMANDO	1	COORDENADOR
	NIR / CENTRAL DE COMANDO	7	ENFERMEIRO
	NIR / CENTRAL DE COMANDO	4	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
	GESTÃO FARMÁCIA	1	Coordenador de Farmácia
	FARMÁCIA PRONTO SOCORRO	5	Auxiliar de Farmácia
	FARMÁCIA CTI	1	Farmacêutico
	FARMÁCIA CTI	7	Auxiliar de Farmácia
	FARMÁCIA UNIDADE DE INTERNAÇÃO	11	Auxiliar de Farmácia
	FARMÁCIA CENTRO CIRURGICO	6	Auxiliar de Farmácia
	FARMÁCIA OPME	1	Farmacêutico
	FARMÁCIA OPME	2	Analista OPME
	FARMÁCIA OPME	4	Auxiliar OPME
	FARMÁCIA CLINICA	4	Farmacêutico
	CAF/ALMOXARIFADO	1	Farmacêutico
	CAF/ALMOXARIFADO	8	Almoxarife
	CAF/ALMOXARIFADO	2	Assistente de Almoxarifado
	SND	1	Supervisor de Nutrição Dietética (RT)
	SND	3	Nutricionista
	SND	1	Almoxarife
	SND	1	Auxiliar de Estoque
	SND	1	Auxiliar Administrativo
	SND	7	Auxiliar de Cozinha

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Unnamed: 0	Unnamed: 1	Unnamed: 2	Unnamed: 3
	SND	10	Copeiro Hospitalar
	SND	4	Cozinheiro
	SND	2	Oficial de Cozinha
	SND	2	Auxiliar de Hotelaria
	NUTRIÇÃO CLÍNICA	1	Nutricionista RT
	NUTRIÇÃO CLÍNICA	3	Nutricionista
	Laboratório		Analista de laboratório
	Laboratório	1	Analista da Qualidade
	Laboratório	1	Supervisor de Laboratório
	Laboratório	2	Triagista - auxiliar de laboratório
	Laboratório	11	Auxiliar de laboratorio - coleta
	Laboratório	6	Técnico de Laboratório
	Laboratório	2	Auxiliar Adminsitrativo
	CDI	1	Supervisor de CDI
	CDI	6	Técnico de enfermagem
	CDI	12	Técnico de Radiologia
	CDI	7	Auxiliar Adminsitrativo
	CDI	2	Enfermeiro Assistencial
	SADT	1	Coordenador de SADT

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ANEXO IV

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

QUADRO COMPLETO DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE EDITAL E PROPOSTA TÉCNICA

Concorrência SES/MG nº 06/2026 – Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Proponente: Fundação Benjamin Guimarães – CNPJ nº 17.200.429/0001-25

1. Estrutura Geral - Anexo I-F

Exigência	**Previsão na Proposta**
Estrutura conforme diretrizes do Edital	Capítulos 1 a 21
Declaração de ciência do edital	Capítulo 2
Aderência ao objeto e finalidade	Capítulos 1, 5 e 6

2. Compreensão do Território – Anexo I-B

Exigência	**Previsão na proposta**
Macrorregião Centro-Sul	4.1
Microrregião Conselheiro Lafaiete	4.2
Perfil demográfico	4.2.1
Perfil epidemiológico	4.2.2
Rede de atenção	4.2.3
Vazios assistenciais	4.2.5
Fluxos regionais	4.2.6

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. Perfil Assistencial – Anexo I-C

Exigência	Previsão na Proposta
Hospital geral adulto 100% SUS	5.1
Especialidades pactuadas	6, 7 e 8
UTI adulto	7.3
Centro cirúrgico	7.4
SADT	9

4. Modelo Assistencial

Exigência	Previsão na Proposta
Modelo assistencial	6
Linhas de cuidado	6.1 / Quadro 3
Segurança do paciente	6.1.2
Governança clínica	6.1.5
Integração SUS	6.1.6 / 17

5. Organização da Atenção Hospitalar

Exigência	Previsão na Proposta
Porta referenciada	7.1
Gestão de leitos	6.1.8 / 13
Internação	7.2
UTI	7.3

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Centro cirúrgico	7.4

6. Governança e Gestão

Exigência	**Previsão na Proposta**
Governança institucional	10
Compliance	10.1
Auditoria clínica	12
Indicadores	18 / Quadro 5

7. Gestão de Pessoas e Implantação

Exigência	**Previsão na Proposta**
Dimensionamento de equipes	16.1
Educação permanente	16.4
Cronograma de escalonamento	16.11
Fases de implantação	16.11.1 a 16.11.4

Afirma-se que os requisitos de pontuação previstos no Edital e em seus Anexos encontram-se integralmente contemplados na Proposta Técnica, conforme demonstrado nos quadros acima, que integram este Anexo para todos os fins de direito.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ANEXO V

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO HOSPITALAR

Auditoria Clínica

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Sistema institucional de governança, avaliação, conformidade e melhoria contínua da prática assistencial

Documento	Protocolo institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação
Elaboração	Versão técnica para análise institucional	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Governança clínica, processos assistenciais, segurança e conformidade	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Documento estruturado em formato de protocolo hospitalar, com foco assistencial, educativo e gerencial.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Este protocolo estabelece diretrizes, responsabilidades, critérios e fluxos operacionais para a organização, execução, monitoramento e melhoria contínua da auditoria clínica no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, com o objetivo de fortalecer a governança clínica, qualificar os processos assistenciais, reduzir variabilidade indevida de práticas e apoiar a segurança do paciente e a tomada de decisão baseada em evidências.

A auditoria clínica é entendida, no âmbito deste protocolo, como processo sistemático, documentado e independente de avaliação da prática assistencial, comparando a assistência prestada com critérios previamente definidos, protocolos institucionais, padrões éticos, evidências científicas, indicadores assistenciais e metas de qualidade.

Seu caráter é prioritariamente educativo, analítico e indutor de melhoria contínua, não devendo ser utilizado como instrumento meramente punitivo. A auditoria clínica deve apoiar revisão de fluxos, fortalecimento da cultura de segurança, correção de não conformidades, disseminação de boas práticas e qualificação do desempenho institucional.

2. Introdução

Hospitais regionais de média e alta relevância territorial exigem mecanismos robustos de governança clínica que permitam avaliar se a assistência prestada é segura, oportuna, aderente aos protocolos e coerente com o perfil assistencial pactuado. Nesse contexto, a auditoria clínica constitui ferramenta estruturante para análise da conformidade assistencial, identificação de falhas de processo, monitoramento de desfechos e indução de melhoria contínua.

No Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, a auditoria clínica deverá operar de forma articulada com a Diretoria do hospital, comissões técnicas, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção, Núcleo Interno de Regulação, Núcleo de Jornada do Paciente e demais lideranças assistenciais, contribuindo para uma gestão clínica baseada em resultados, evidências e responsabilidade institucional.

O presente protocolo foi elaborado a partir das boas práticas contemporâneas de auditoria clínica e da base metodológica do documento anexo encaminhado, adaptado integralmente à realidade, ao escopo e à identidade institucional do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

3. Abrangência

Este protocolo aplica-se a todos os setores assistenciais e técnico-assistenciais do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, incluindo pronto atendimento, unidades de internação, terapia intensiva, centro cirúrgico, ambulatórios hospitalares, apoio diagnóstico e terapêutico, farmácia clínica, serviço social, reabilitação, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção, Núcleo Interno de Regulação, Núcleo de Jornada do Paciente, comissões hospitalares e equipe multiprofissional.

Aplica-se também às lideranças médicas, de enfermagem e multiprofissionais, aos profissionais formalmente designados como auditores clínicos, aos especialistas convidados para temas específicos e às áreas auditadas, que deverão colaborar com a disponibilização de informações, evidências e planos de ação.

4. Definições operacionais

- Auditoria clínica: processo sistemático, documentado e independente de obtenção e análise de evidências relacionadas à prática assistencial, com finalidade de verificar conformidade, identificar fragilidades e induzir melhoria do cuidado.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Critério de auditoria: conjunto de políticas, procedimentos, protocolos, normas, metas, requisitos ou padrões utilizados como referência para comparação das evidências.
- Evidência de auditoria: registros, documentos, dados, observações ou fatos verificáveis que sustentam a análise da conformidade ou da não conformidade.
- Constatação de auditoria: resultado da comparação entre o que foi encontrado e o critério previamente definido, podendo indicar conformidade, não conformidade, fragilidade de processo ou oportunidade de melhoria.
- Plano de auditoria clínica: documento institucional que define escopos, prioridades, cronograma, responsáveis, metodologia e produtos esperados para determinado período.
- Escopo de auditoria: delimitação do objeto auditado, incluindo área, processo, unidade, linha de cuidado, período e critérios de análise.

5. Diretrizes institucionais

A auditoria clínica do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deverá ser conduzida com independência técnica, objetividade, integridade, confidencialidade, competência, rastreabilidade documental e compromisso permanente com a melhoria contínua da assistência.

Os auditores clínicos não possuem responsabilidade operacional direta sobre os processos auditados. É vedada sua participação em atividades assistenciais, administrativas ou gerenciais que venham a comprometer a imparcialidade do trabalho ou gerar conflito de interesses em auditorias futuras.

As informações acessadas durante a auditoria possuem caráter sigiloso e deverão ser tratadas exclusivamente para fins institucionais, com circulação restrita às instâncias competentes. Os relatórios deverão conter linguagem técnica, objetiva, respeitosa e útil à gestão clínica e à implementação de melhorias.

A atuação da auditoria clínica deverá estar alinhada à governança clínica do hospital, à segurança do paciente, ao uso racional de recursos, à humanização do cuidado e às diretrizes contemporâneas de sistematização de equipes hospitalistas e de melhoria do desempenho assistencial.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

6. Escopos prioritários de auditoria

O programa institucional de auditoria clínica do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deverá contemplar, prioritariamente, auditorias de prática clínica, auditorias de segurança do paciente e auditorias de controle de infecção, sem prejuízo de auditorias temáticas adicionais em linhas de cuidado e processos críticos.

Escopo	Foco principal	Exemplos de aplicação
Clínica	Aderência a protocolos, qualidade do cuidado, pertinência de condutas, prontuário e desfechos assistenciais.	sepse, dor torácica, AVC, antibióticos, cirurgia segura, alta hospitalar
Segurança do paciente	Incidentes, barreiras de segurança, práticas críticas e confiabilidade dos processos assistenciais.	identificação do paciente, queda, úlcera por pressão, medicação, eventos adversos
Controle de infecção	Conformidade com medidas de prevenção, vigilância e rotinas assistenciais relacionadas ao risco infeccioso.	higienização das mãos, bundles, precauções, dispositivos invasivos

7. Estrutura mínima operacional

A auditoria clínica deverá estar vinculada à Diretoria do hospital, com coordenação técnica assistencial claramente definida e articulação direta com a governança clínica institucional.

- coordenação institucional do programa de auditoria clínica;
- equipe auditora permanente ou núcleo técnico formalmente designado;
- apoio de especialistas conforme o tema auditado;
- integração com Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Controle de Infecção, NIR, NJP e comissões assistenciais;
- instância técnica para validação do plano anual de auditoria e análise dos resultados;
- instrumentos formais para plano de auditoria, roteiro, coleta de evidências, relatório e plano de ação.

8. Responsabilidades

8.1 Diretoria do hospital

Aprovar este protocolo, validar prioridades estratégicas, assegurar suporte institucional ao programa de auditoria clínica, receber resultados consolidados e acompanhar a implementação das recomendações.

8.2 Coordenação da auditoria clínica

Elaborar o plano anual de auditoria, definir cronograma, selecionar escopos, designar auditores, supervisionar os trabalhos, consolidar relatórios e acompanhar planos de ação corretiva ou de melhoria.

8.3 Equipe auditora

Planejar e executar auditorias conforme metodologia definida, coletar e analisar evidências, registrar constatações, elaborar relatórios e preservar independência, sigilo e objetividade.

8.4 Especialistas convidados

Fornecer conhecimento técnico específico ao processo de auditoria, sem substituir a responsabilidade da equipe auditora pela conclusão do trabalho.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

8.5 Áreas auditadas

Disponibilizar informações, registros, documentos e acesso aos processos auditados, colaborar com transparência, analisar os achados e elaborar e executar os planos de ação pactuados.

8.6 Comissões e núcleos assistenciais

Analisar os resultados relacionados à sua área temática, apoiar medidas corretivas, revisar protocolos e participar das estratégias de melhoria contínua.

9. Fluxo operacional da auditoria clínica

1. Planejamento anual ou periódico: a coordenação da auditoria clínica deverá elaborar plano contendo prioridades, escopos, critérios, cronograma, unidades envolvidas e responsáveis.
2. Definição do escopo: cada auditoria deverá delimitar objeto, área, período avaliado, critérios, amostra, fontes de evidência, equipe auditora e produto esperado.
3. Preparação metodológica: deverão ser definidos roteiro de auditoria, instrumento de coleta, documentos de referência, indicadores e método de análise.
4. Coleta de evidências: poderá incluir revisão de prontuários, observação direta, análise documental, entrevistas, rastreamento de processos e verificação de indicadores.
5. Análise e constatações: as evidências serão comparadas com os critérios da auditoria e classificadas como conformidade, não conformidade, fragilidade ou oportunidade de melhoria.
6. Relatório de auditoria: o relatório deverá conter objetivo, escopo, critérios, método, achados, análise crítica, conclusões e recomendações.
7. Devolutiva institucional: os resultados deverão ser apresentados às áreas auditadas, à Diretoria do hospital e, quando pertinente, às comissões relacionadas ao tema.
8. Plano de ação e seguimento: a área auditada deverá elaborar plano de ação com responsáveis e prazos, e a coordenação da auditoria acompanhará a execução e a reavaliação dos resultados.

10. Documentos e registros obrigatórios

- protocolo institucional de auditoria clínica vigente;
- plano anual ou periódico de auditoria clínica;
- matriz de priorização dos escopos auditáveis;
- roteiro ou checklist de auditoria;
- instrumento de coleta de evidências;
- relatório padronizado de auditoria clínica;
- registro formal das constatações e recomendações;
- plano de ação da área auditada;
- painel de monitoramento de pendências e recomendações;
- declaração anual de independência dos auditores, quando aplicável.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

11. Indicadores de monitoramento

O programa de auditoria clínica deverá monitorar, no mínimo, indicadores de execução do plano de auditoria, tempestividade dos relatórios, volume de não conformidades, implementação de recomendações e impacto assistencial das melhorias propostas.

Indicador mínimo	Finalidade
Percentual de auditorias executadas em relação ao plano anual	Acompanhar aderência ao planejamento
Percentual de relatórios emitidos no prazo	Monitorar tempestividade
Número de não conformidades por escopo	Identificar áreas de maior risco
Percentual de recomendações implementadas no prazo	Avaliar resolutividade
Tempo médio entre auditoria e devolutiva institucional	Medir agilidade de resposta
Percentual de planos de ação concluídos	Acompanhar fechamento das pendências
Melhoria observada em indicadores vinculados ao tema auditado	Avaliar impacto assistencial

12. Disposições finais

A auditoria clínica do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deverá atuar com caráter técnico, educativo, transparente e orientado à melhoria contínua da qualidade assistencial.

É vedado aos auditores participar de processos que tenham executado, gerenciado ou supervisionado diretamente, quando essa condição comprometer a independência do trabalho. Situações de potencial conflito de interesse deverão ser formalmente comunicadas à coordenação da auditoria clínica e à Diretoria do hospital.

Os resultados das auditorias deverão subsidiar revisão de protocolos, aperfeiçoamento de fluxos, fortalecimento da segurança do paciente, melhoria da conformidade assistencial e desenvolvimento institucional. Este protocolo entra em vigor na data de sua aprovação e deverá ser revisto periodicamente, preferencialmente a cada doze meses, ou antes disso quando houver necessidade do serviço.

13. Referências

ABNT. NBR ISO 19011:2018 – Diretrizes para auditoria de sistemas de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria do SUS – diretrizes e fundamentos.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR (SOBRAMH). Diretrizes institucionais relacionadas à governança clínica, segurança do paciente e melhoria contínua.

Documento-base de política de auditoria clínica encaminhado em anexo, utilizado como referência metodológica para adaptação institucional ao Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO HOSPITALAR

Cirurgia Segura

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Segurança Cirúrgica	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Estabelecer diretrizes, responsabilidades e fluxos operacionais para garantir a realização segura de procedimentos cirúrgicos no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, com vistas à prevenção de eventos adversos, à redução de riscos assistenciais e ao fortalecimento da comunicação e da coordenação entre as equipes envolvidas no cuidado perioperatório.

O presente protocolo está alinhado à Política Nacional de Segurança do Paciente, à RDC nº 36/2013 da ANVISA, ao Protocolo para Cirurgia Segura do Ministério da Saúde e às diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde para segurança cirúrgica.

2. Abrangência

Aplica-se a todos os procedimentos cirúrgicos realizados no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, abrangendo avaliação pré-operatória, preparo cirúrgico, confirmação do procedimento, ato anestésico-cirúrgico, recuperação pós-anestésica e transição do cuidado no perioperatório.

3. Justificativa

O procedimento cirúrgico envolve múltiplas etapas críticas, diferentes profissionais e interfaces assistenciais complexas, o que o torna particularmente vulnerável à ocorrência de falhas de comunicação, erros de identificação, realização de procedimento em paciente ou local incorreto, eventos anestésicos, retenção de materiais e complicações infecciosas evitáveis.

A padronização institucional do processo cirúrgico, com uso de checklist, conferências obrigatórias e definição clara de responsabilidades, constitui medida essencial para qualificar a assistência, reduzir variabilidade indevida e fortalecer a segurança do paciente no ambiente cirúrgico.

Nesse contexto, a adoção de protocolo estruturado de cirurgia segura é fundamental para garantir maior confiabilidade do processo assistencial, melhorar a comunicação entre as equipes e promover melhores desfechos clínicos no perioperatório.

4. Definições

Cirurgia segura: conjunto de práticas padronizadas voltadas à redução de riscos e prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico.

Checklist de cirurgia segura: instrumento institucional de conferência obrigatória utilizado nas etapas críticas do processo cirúrgico.

Time out: pausa obrigatória realizada imediatamente antes da incisão cirúrgica, com conferência verbal e compartilhada dos elementos críticos do procedimento.

Sign in: etapa inicial do checklist, realizada antes da indução anestésica.

Sign out: etapa final do checklist, realizada antes da saída do paciente da sala operatória.

Lateralidade: definição do lado anatômico correto quando aplicável ao procedimento.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

5. Diretrizes institucionais

Todo procedimento cirúrgico deverá ser conduzido de forma padronizada, segura, rastreavél e integrada, contemplando avaliação pré-operatória, preparo adequado do paciente, confirmação inequívoca do procedimento, prevenção de infecção, comunicação efetiva entre equipes e monitoramento pós-operatório.

Serão adotadas como diretrizes institucionais:

- Identificação segura do paciente em todas as etapas do processo
- Confirmação do procedimento, do sítio cirúrgico e da lateralidade, quando aplicável
- Utilização obrigatória de checklist de cirurgia segura
- Demarcação do sítio cirúrgico nos casos indicados
- Comunicação estruturada entre cirurgião, anestesista, enfermagem e demais profissionais
- Conferência de materiais, instrumentais e compressas
- Prevenção de infecção de sítio cirúrgico
- Rastreamento e registro das etapas críticas do procedimento
- Integração entre centro cirúrgico, unidade de internação, recuperação anestésica e demais setores envolvidos

A cirurgia segura constitui processo crítico de alto risco assistencial e deverá ser tratada como prioridade institucional no âmbito da governança clínica e da segurança do paciente.

6. Classificação de risco assistencial relacionado ao processo cirúrgico

O processo cirúrgico é classificado como processo crítico de alto risco assistencial, em razão do potencial de ocorrência de eventos graves e da multiplicidade de etapas e interfaces envolvidas.

São considerados cenários de maior risco:

1. Procedimentos de urgência e emergência
2. Cirurgias com lateralidade
3. Procedimentos de maior porte ou maior complexidade técnica
4. Pacientes críticos ou com múltiplas comorbidades
5. Cirurgias com maior risco hemorrágico
6. Casos com necessidade de implantes, próteses ou materiais especiais
7. Situações de troca frequente de equipe ou mudança de plano cirúrgico

Nesses casos, deverão ser adotadas medidas adicionais de segurança, com reforço das conferências, comunicação estruturada ampliada e monitoramento rigoroso das etapas críticas.

7. Critérios de aplicação obrigatória

As diretrizes deste protocolo deverão ser observadas obrigatoriamente em todos os procedimentos cirúrgicos realizados na instituição, eletivos ou de urgência, independentemente do porte do procedimento ou especialidade envolvida.

A aplicação do checklist e das conferências obrigatórias deverá ocorrer, no mínimo, nos seguintes momentos:

- Antes da indução anestésica
- Antes da incisão cirúrgica

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Antes da saída do paciente da sala operatória

8. Fluxo operacional detalhado

8.1 Avaliação e preparo pré-operatório

O paciente deverá ser submetido à avaliação clínica e anestésica pré-operatória, com conferência da indicação cirúrgica, condições clínicas, exames necessários, consentimentos, alergias, jejum, uso de medicamentos e demais requisitos institucionais aplicáveis.

Deverão ser verificadas, antes do encaminhamento ao centro cirúrgico:

- Identificação segura do paciente
- Procedimento programado
- Sítio cirúrgico e lateralidade, quando aplicável
- Disponibilidade de exames, imagens e materiais necessários
- Registro de alergias, riscos clínicos e comorbidades relevantes
- Necessidade de reserva sanguínea, quando indicada

8.2 Demarcação do sítio cirúrgico

Nos casos em que houver lateralidade, múltiplas estruturas possíveis ou risco de erro de local, deverá ser realizada demarcação do sítio cirúrgico pelo profissional responsável, conforme protocolo institucional, antes do encaminhamento ao centro cirúrgico.

A demarcação deve ser clara, legível e realizada com participação do paciente, sempre que possível.

8.3 Sign in – antes da indução anestésica

Antes da indução anestésica, deverá ser realizada conferência estruturada, com participação da equipe, contemplando no mínimo:

- Identidade do paciente
- Procedimento programado
- Sítio cirúrgico
- Consentimento
- Alergias
- Risco anestésico
- Risco de via aérea difícil
- Risco de perda sanguínea
- Disponibilidade de equipamentos e materiais críticos

Nenhuma indução anestésica deverá ocorrer sem conclusão desta etapa.

8.4 Time out – antes da incisão cirúrgica

Imediatamente antes da incisão, toda a equipe deverá interromper suas atividades para realização do time out, com confirmação verbal e compartilhada dos elementos críticos do procedimento.

Deverão ser confirmados, no mínimo:

- Nome do paciente

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Procedimento a ser realizado
- Sítio cirúrgico e lateralidade
- Posicionamento adequado
- Disponibilidade de materiais, implantes e exames
- Profilaxia antimicrobiana, quando indicada
- Eventos críticos previstos pelo cirurgião, anestesista e enfermagem

A incisão cirúrgica somente poderá ser iniciada após a conclusão dessa etapa.

8.5 Acompanhamento intraoperatório

Durante o procedimento, a equipe deverá manter vigilância contínua sobre segurança anestésica, hemodinâmica, contagem de materiais, instrumentais e compressas, esterilidade do campo operatório e adequação dos materiais utilizados.

Intercorrências relevantes deverão ser comunicadas imediatamente entre os membros da equipe e registradas de forma apropriada.

8.6 Sign out – antes da saída da sala operatória

Antes da saída do paciente da sala operatória, deverá ser realizada conferência final, contemplando:

- Procedimento efetivamente realizado
- Contagem de instrumentais, compressas e materiais
- Identificação correta de peças cirúrgicas e amostras
- Registro de intercorrências
- Definição de cuidados pós-operatórios imediatos
- Comunicação entre centro cirúrgico e recuperação pós-anestésica

8.7 Transição para recuperação pós-anestésica

A transferência do paciente deverá ocorrer com comunicação estruturada entre as equipes, incluindo informações sobre procedimento realizado, condição clínica atual, riscos imediatos, analgesia, antibioticoterapia, drenagens, perdas, intercorrências e plano assistencial pós-operatório.

9. Gestão de situações especiais

9.1 Cirurgias com lateralidade

Nos procedimentos com lateralidade, a conferência do lado correto e a demarcação do sítio são obrigatórias, devendo constar de forma explícita nas etapas de validação do processo.

9.2 Procedimentos de urgência e emergência

Nos casos de urgência, os princípios de segurança devem ser mantidos, com adaptações compatíveis com a gravidade clínica e a necessidade de resposta imediata, assegurando registro das justificativas quando houver limitação de alguma etapa.

9.3 Peças cirúrgicas e amostras

Toda peça cirúrgica ou amostra deverá ser identificada de forma inequívoca, com conferência entre equipe cirúrgica e enfermagem antes do encaminhamento.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9.4 Inconsistências e dúvidas

Na presença de qualquer dúvida quanto à identidade do paciente, procedimento, sítio cirúrgico, material ou condição clínica relevante, o processo deverá ser interrompido até esclarecimento e correção.

10. Integração com tecnologia

A instituição adotará soluções tecnológicas como estratégia de apoio à segurança cirúrgica, integradas às práticas assistenciais e aos fluxos operacionais.

Serão utilizados, quando disponíveis:

- Prontuário eletrônico integrado
- Registro eletrônico do checklist
- Sistemas de rastreabilidade de materiais e implantes, quando disponíveis
- Integração com exames e imagens
- Apoio à checagem de identidade do paciente

A tecnologia deverá atuar como ferramenta complementar à conferência ativa, à comunicação efetiva e à responsabilidade clínica das equipes.

11. Rastreabilidade e registro

Todas as etapas críticas do processo cirúrgico deverão ser registradas em prontuário e/ou sistema institucional, garantindo rastreabilidade, transparência e possibilidade de análise posterior.

Sem prejuízo do registro de todo o processo, recomenda-se atenção ampliada à documentação de:

- Identificação do paciente
- Procedimento programado e realizado
- Sítio cirúrgico e lateralidade
- Aplicação do checklist
- Contagem de materiais
- Intercorrências intraoperatórias
- Cuidados pós-operatórios imediatos

12. Responsabilidades

Diretoria:

- Assegurar a implantação institucional do protocolo, prover recursos estruturais, humanos e tecnológicos necessários, acompanhar indicadores e apoiar ações de melhoria

Núcleo de Segurança do Paciente:

- Monitorar a adesão ao protocolo, analisar incidentes relacionados ao processo cirúrgico, propor ações corretivas e promover integração com centro cirúrgico, qualidade, CCIH e áreas assistenciais

Corpo cirúrgico:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Confirmar indicação, procedimento, sítio e lateralidade; participar ativamente das etapas do checklist; comunicar riscos críticos e conduzir o procedimento conforme diretrizes de segurança

Anestesiologia:

- Realizar avaliação anestésica adequada, participar das conferências obrigatórias, monitorar riscos perioperatórios e assegurar a segurança anestésica do paciente

Enfermagem do centro cirúrgico:

- Coordenar a aplicação do checklist, apoiar a comunicação entre equipes, realizar conferências obrigatórias, controlar materiais e instrumentais e assegurar rastreabilidade do processo

Equipes assistenciais:

- Atuar de forma integrada, comunicar riscos, interromper o fluxo em caso de inconsistência e registrar intercorrências e não conformidades

13. Monitoramento e indicadores

O monitoramento do protocolo será realizado de forma sistemática, com o objetivo de verificar a adesão das equipes, identificar falhas de processo e subsidiar ações de melhoria contínua.

Serão monitorados, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Percentual de conformidade na aplicação do checklist de cirurgia segura
- Número de incidentes relacionados ao processo cirúrgico

Os resultados deverão ser analisados periodicamente pelo Núcleo de Segurança do Paciente, em articulação com o centro cirúrgico, a gestão da qualidade e as lideranças assistenciais.

14. Gestão de não conformidades

As não conformidades relacionadas ao processo cirúrgico deverão ser tratadas de forma estruturada, com foco na mitigação de riscos, no aprendizado institucional e na melhoria contínua dos processos.

Diante da identificação de falhas, deverão ser adotadas medidas como correção imediata, registro da ocorrência, notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente, análise do evento e definição de ações corretivas e preventivas.

A abordagem deverá observar princípios de **cultura justa**, sem caráter punitivo, priorizando a segurança do paciente e o aperfeiçoamento institucional.

15. Educação permanente

A educação permanente constitui estratégia essencial para a consolidação da cultura de segurança cirúrgica e para a padronização das práticas perioperatórias.

Serão promovidas ações sistemáticas de capacitação inicial e periódica, treinamentos práticos sobre checklist, comunicação em equipe, contagem segura de materiais, prevenção de erros de

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

lateralidade e condução de situações críticas, além de discussão de casos e campanhas institucionais.

As ações educativas deverão ser planejadas em articulação entre Núcleo de Segurança do Paciente, centro cirúrgico, anestesiologia, enfermagem, CCIH e gestão da qualidade.

16. Revisão do protocolo

Revisão anual ou sempre que houver atualização normativa, mudança de processo ou identificação de necessidade institucional de aprimoramento.

17. Referências

- Ministério da Saúde – Protocolo para Cirurgia Segura
- ANVISA – RDC nº 36/2013
- Organização Mundial da Saúde – Cirurgia Segura Salva Vidas

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO HOSPITALAR

Gestão de Leitos, Regulação Interna e Jornada do Paciente

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Núcleo de Jornada do Paciente (NJP)

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Fluxo assistencial, regulação interna, permanência e alta	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Este protocolo estabelece diretrizes, responsabilidades, critérios e fluxos operacionais para a atuação integrada do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do Núcleo de Jornada do Paciente (NJP) no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, com o objetivo de organizar o acesso, qualificar a permanência hospitalar, otimizar a utilização da capacidade instalada e promover alta segura, articulada intra-hospitalar e com a rede SUS regional

Sua aplicação está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, à Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, e às diretrizes contemporâneas de organização da assistência hospitalar, com ênfase na gestão do acesso, no uso dinâmico dos leitos e na coordenação multiprofissional do cuidado.

Também se fundamenta em práticas contemporâneas de boas práticas assistenciais em consonância com experiências exitosas de sistematização de equipes hospitalistas, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar (SOBRAMH), valorizando segurança do paciente, coordenação clínica, redução de permanências evitáveis e uso eficiente de recursos hospitalares.

2. Abrangência

Aplica-se a todos os setores assistenciais e de apoio diretamente relacionados ao fluxo dos pacientes internados no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, especialmente pronto atendimento referenciado, unidades de internação, terapia intensiva, centro cirúrgico, apoio diagnóstico e terapêutico, serviço social, reabilitação, equipes médicas, enfermagem, equipe multiprofissional e setores administrativos envolvidos na gestão de leitos, regulação, transferência e alta.

Aplica-se, ainda, às admissões nos serviços do hospital e interfaces externas necessárias à continuidade do cuidado, incluindo a Rede de Atenção à Saúde e o sistema estadual de regulação, observadas as pactuações vigentes e o papel do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete como hospital sede de microrregião.

3. Diretrizes institucionais

A atuação integrada do NIR e do NJP será orientada pelos princípios do acesso equitativo e ordenado, da integralidade do cuidado, do uso racional da capacidade instalada, da segurança do paciente, da comunicação efetiva entre equipes, da redução de permanências evitáveis, da preparação precoce da alta, da articulação com a rede SUS, do alinhamento com o sistema de regulação estadual e do monitoramento sistemático de indicadores.

No plano estadual, este protocolo dialoga com a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, especialmente com o Módulo Valor em Saúde, e com o projeto OtimizaSUS, ambos voltados à qualificação da assistência, ao aumento da eficiência operacional, à ampliação do acesso dos pacientes e ao fortalecimento da resolubilidade territorial.

Sob a perspectiva da humanização, este protocolo incorpora os fundamentos da Política Nacional de Humanização, reconhecendo que a gestão de leitos, da permanência e da alta não pode restringir-se à lógica administrativa. A condução do fluxo assistencial deve considerar singularidade, corresponsabilização, comunicação entre equipes, vínculo com usuário e família e transição segura do cuidado.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4. Definições operacionais

- Núcleo Interno de Regulação (NIR): estrutura técnico-assistencial e administrativa responsável por coordenar o uso dos leitos, organizar fluxos de internação, transferência e contrarreferência, realizar a interface com o sistema estadual de regulação e monitorar ocupação, permanência e giro de leitos.
- Núcleo de Jornada do Paciente (NJP): estrutura multiprofissional responsável por acompanhar a permanência hospitalar com foco em identificação precoce de barreiras, planejamento terapêutico, articulação da alta segura, desospitalização responsável e continuidade do cuidado na rede.
- Alta segura: alta planejada com antecedência, documentação adequada, orientações ao paciente e/ou cuidador, definição de seguimento e encaminhamentos necessários.
- Permanência prolongada: internação cujo tempo de permanência ultrapassa o esperado para o perfil clínico, cirúrgico ou funcional do paciente, segundo avaliação assistencial e gerencial.
- Barreira à alta: fator clínico, funcional, social, diagnóstico, terapêutico, administrativo ou regulatório que impeça a saída segura e oportuna do paciente.

5. Objetivos operacionais

- Organizar o acesso interno e regulado aos leitos hospitalares para agilidade de recebimento de pacientes e gestão eficiente de leitos intrahospitalar.
- Qualificar o uso da capacidade instalada e aumentar a rotatividade segura dos leitos.
- Reduzir atrasos evitáveis em internação, transferência e alta.
- Monitorar o preparo ágil de plano de cuidados multiprofissional para pacientes internados.
- Diminuir permanências prolongadas evitáveis e ampliar a eficiência operacional.
- Apoiar as equipes assistenciais na condução do cuidado e no planejamento da alta.
- Aumentar a rastreabilidade das decisões e fortalecer a interlocução com a rede.
- Ampliar valor assistencial entregue ao paciente e ao território.

6. Critérios de acionamento e priorização

O NIR deverá atuar sobre todos os processos de internação, movimentação, ocupação, reserva técnica, transferência interna, solicitação externa de vaga, necessidade de contrarreferência e gestão de leitos indisponíveis por motivo assistencial, estrutural ou sanitário.

O NJP acompanhará potencialmente todos os pacientes internados, com priorização obrigatória para casos com risco de permanência prolongada, dependência funcional importante, barreiras sociais à alta, necessidade de cuidado continuado, múltiplas pendências diagnósticas ou terapêuticas, recorrentes mudanças de plano clínico e situações que exijam articulação intensiva com a rede.

Também deverão ser priorizados os pacientes com alta provável em 24 a 48 horas e os casos em que a resolução de pendências possa impactar diretamente o giro de leito, o acesso de pacientes regulados e a segurança da transição do cuidado.

7. Estrutura mínima operacional

O NIR deverá contar, no mínimo, com coordenação designada pela Diretoria do hospital, enfermeiro, médico com atuação horizontal em todo o hospital e assistente social, podendo

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

incorporar outros profissionais conforme porte, complexidade e perfil assistencial do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

O NJP deverá contar, minimamente, com coordenação definida pela Diretoria do hospital, enfermeiro, médico e assistente social, além de participação de toda a equipe matricial ou dedicada de profissionais como fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e outros, conforme necessidade dos casos acompanhados.

A atuação integrada entre NIR, NJP e equipes hospitalistas, por representará arranjo compatível com boas práticas assistenciais contemporâneas e com a diretriz da SOBRAMH de desenvolvimento dos profissionais hospitalistas e melhoria contínua do processo assistencial.

8. Responsabilidades

8.1 Diretoria do hospital

Assegurar governança do protocolo, prover condições institucionais mínimas para funcionamento do NIR e do NJP, definir linha de comando, pactuar fluxos entre setores, acompanhar resultados e deliberar sobre contingências estruturais ou operacionais que impactem acesso, permanência ou alta.

8.2 Coordenação do NIR

Coordenar a gestão operacional dos leitos, supervisionar o censo hospitalar, garantir interlocução com o sistema estadual de regulação, apoiar definição de prioridades internas, validar fluxos de movimentação, produzir análises operacionais e propor ações corretivas diante de gargalos de capacidade.

8.3 Coordenação do NJP

Coordenar rounds assistenciais focados em permanência e alta, organizar a identificação precoce de barreiras, supervisionar planos de cuidado e de alta, articular equipes e rede e acompanhar casos complexos até a efetiva transição do cuidado.

8.4 Enfermeiro do NIR/NJP

Acompanhar ocupação de leitos, organizar painel de pendências, conduzir ou apoiar rounds, monitorar previsão de alta, identificar atrasos evitáveis, articular com enfermarias, UTI, pronto atendimento e centro cirúrgico e registrar as decisões operacionais pertinentes.

8.5 Médico horizontal/hospitalista

Avaliar elegibilidade clínica de admissões, permanência e alta, apoiar estratificação de risco, reduzir variabilidade indevida do cuidado, discutir plano terapêutico, definir critérios clínicos de transferência e alta e intervir em situações de permanência prolongada evitável.

8.6 Assistente social

Identificar vulnerabilidades, mapear barreiras sociofamiliares, apoiar articulação com equipamentos da rede, viabilizar contrarreferência e contribuir para alta segura em situações de dependência, vulnerabilidade ou necessidade de proteção social.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

8.7 Equipes assistenciais

Manter prontuário atualizado, preparar rapidamente o plano de cuidados multiprofissional com metas e registrar previsão de alta, informar pendências diagnósticas e terapêuticas, participar dos rounds quando convocadas, pactuar metas assistenciais e colaborar com a execução do plano de cuidado e da alta.

9. Fluxo operacional

9.1 Admissão e regulação de entrada

Toda solicitação de internação regulada ou movimentação de leito deverá ser analisada pelo NIR em consonância com o perfil assistencial do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, disponibilidade instalada, criticidade clínica e pactuação com o sistema estadual de regulação.

9.2 Censo e gestão diária da capacidade instalada

O NIR realizará diariamente censo operacional de leitos com identificação de ocupação, previsão de altas, bloqueios técnicos, leitos em limpeza, pacientes com indicação de transferência, casos com permanência prolongada e pendências críticas que impactem o fluxo.

9.3 Identificação precoce de barreiras

Até 24 horas após a internação, e preferencialmente já no primeiro dia útil subsequente, o NJP deverá iniciar análise de risco de barreiras à alta para os casos elegíveis, classificando-as em clínicas, diagnósticas, terapêuticas, funcionais, sociais, regulatórias e logísticas.

9.4 *Round* multiprofissional de permanência e alta

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deverá manter round multiprofissional estruturado, conduzido ou coordenado pelo NJP em articulação com o NIR, com uso de gestão visual e revisão diária de metas assistenciais, previsão de alta, pendências e responsáveis por resolução.

9.5 Plano de cuidado e plano de alta

Todo paciente priorizado pelo NJP deverá possuir plano de cuidado com objetivos clínicos e funcionais, definição de pendências críticas e previsão de saída. Nos casos complexos, deverá ser adotado plano terapêutico singular. O plano de alta deverá ser iniciado precocemente, e não apenas no dia da saída.

9.6 Articulação com a Rede de Atenção à Saúde

Quando houver necessidade de continuidade assistencial fora do ambiente hospitalar, o NJP deverá articular os encaminhamentos necessários com a rede, registrando condutas, contatos, devolutivas e limitações encontradas. Em situações que dependam de regulação externa, o NIR atuará de forma coordenada com o sistema estadual de regulação.

9.7 Alta hospitalar

A alta somente deverá ocorrer após confirmação de estabilidade clínica compatível, orientação ao paciente e/ou cuidador, definição de prescrições e exames pendentes, agendamento ou encaminhamento quando pertinente, documentação regularizada e comunicação entre setores concluída.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9.8 Desocupação segura do leito

Após a alta, transferência ou óbito, o leito deverá seguir fluxo institucional padronizado e ágil entre as etapas de liberação, higienização, atualização em sistema e reoferta, com rastreabilidade temporal e indicadores de tempo e qualidade entre etapas.

10. Ferramentas obrigatórias de gestão

- Painel diário de leitos.
- Mapa de altas previstas.
- Painel de pendências assistenciais.
- *Round* multiprofissional estruturado.
- Comunicação segura em transições críticas, com uso de SBAR.
- *Checklist* de alta segura.
- Relatórios gerenciais periódicos de permanência, bloqueio de leitos e fluxo.

11. Registros obrigatórios

Além dos registros clínicos multiprofissionais obrigatórios da atuação de cada profissional, deverão ser registrados, no mínimo, motivo da internação, data e hora de entrada, origem do paciente, classificação de risco assistencial para permanência, previsão inicial de alta, pendências clínicas e sociais, reavaliações do *round,* definição do responsável por cada pendência, necessidade de transferência, data e hora da alta e destino pós-alta.

Todos os registros deverão ser feitos no prontuário eletrônico e, quando cabível, em ferramentas de gestão visual ou painéis institucionais, preservando rastreabilidade e transparência decisória.

12. Indicadores de monitoramento internos de NIR e NJP

- Taxa de ocupação hospitalar.
- Tempo médio de permanência.
- Giro de leito.
- Percentual de pacientes com permanência prolongada.
- Percentual de altas com plano documentado.
- Tempo entre decisão de alta e saída efetiva.
- Leitos bloqueados com classificação de motivo
- Taxa de cancelamento cirúrgico por indisponibilidade de leito.
- Percentual de pacientes priorizados pelo NJP com barreira resolvida.
- Tempo de resposta regulatória.

13. Situações de exceção e contingência

Nas situações de superlotação, indisponibilidade crítica de leitos, aumento abrupto de demanda, surto, interdição técnica, retenção por barreira social relevante ou atraso regulatório com impacto assistencial, o NIR deverá comunicar imediatamente a Diretoria do hospital e acionar fluxo de contingência institucional.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

O NJP deverá priorizar os casos com maior potencial de liberação segura de leito, sem prejuízo da qualidade assistencial, e apoiar estratégias de transição do cuidado que preservem segurança, humanização e continuidade.

O NIR e o NIR são atores estratégicos na disseminação de informações seguras e ágeis e o monitoramento dos níveis de ativação do plano de contingência assistenciais

14. Educação permanente e revisão do protocolo

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deverá promover capacitação periódica das equipes envolvidas, incluindo regulação, fluxo assistencial, comunicação segura, alta responsável, humanização, gestão de leitos, uso de indicadores e articulação com a rede.

Este protocolo deverá ser revisado periodicamente pela Diretoria do hospital, com participação do NIR, do NJP e das áreas assistenciais estratégicas, especialmente quando houver mudança de perfil assistencial, de normativas regulatórias ou de diretrizes institucionais estaduais e federais.

15. Disposições finais

Este protocolo entra em vigor na data de sua aprovação institucional e deverá orientar o funcionamento integrado do Núcleo Interno de Regulação e do Núcleo de Jornada do Paciente no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

Os casos omissos serão analisados pela Diretoria do hospital, observadas as normativas do SUS, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e os princípios institucionais de qualidade, segurança, acesso equitativo, humanização e eficiência operacional.

Anexo 1. Matriz sintética de monitoramento

Eixo	Indicadores mínimos	Periodicidade	Responsável primário
Capacidade instalada	Taxa de ocupação; giro de leito; leitos bloqueados	Diária e consolidado mensal	NIR
Permanência hospitalar	Tempo médio de permanência; permanência prolongada	Diária e consolidado mensal	NIR/NJP
Alta segura	Alta com plano documentado; tempo entre decisão e saída	Diária e mensal	NJP
Acesso e fluxo	Tempo de resposta regulatória; cancelamento por leito	Semanal e mensal	NIR

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Valora Minas – Atos Normativos. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/atos-normativos/

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.214, de 16 de setembro de 2020. Aprova as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR (SOBRAMH). Certificação. Disponível em: https://www.sobramh.com.br/certificacao

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO HOSPITALAR

Higienização das Mãos

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Higienização das Mãos	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Estabelecer diretrizes, responsabilidades e fluxos operacionais para promover a higienização adequada das mãos no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, com o objetivo de prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde, reduzir a transmissão cruzada de microrganismos e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

O presente protocolo está alinhado à Política Nacional de Segurança do Paciente, à RDC nº 36/2013 da ANVISA, às diretrizes da ANVISA para higienização das mãos em serviços de saúde e às recomendações da Organização Mundial da Saúde.

2. Abrangência

Higienização das mãos em todos os pontos de atenção assistencial e de apoio à assistência.

3. Justificativa

A higienização das mãos é reconhecida como a medida isolada mais eficaz para prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde e reduzir a transmissão de microrganismos entre pacientes, profissionais e superfícies.

Em ambiente hospitalar, especialmente em unidades de maior complexidade, a adesão inadequada à higienização das mãos representa risco importante à segurança do paciente, podendo repercutir em aumento de infecções, tempo de permanência, uso de antimicrobianos e morbimortalidade. A adoção de protocolo institucional estruturado é fundamental para consolidar práticas seguras, padronizar condutas e monitorar a adesão das equipes.

4. Definições

Higienização das mãos: procedimento realizado com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica, conforme a indicação assistencial.

Cinco momentos para higienização das mãos: momentos definidos pela Organização Mundial da Saúde para orientar a prática segura antes e após o contato com o paciente e seu entorno.

Preparação alcoólica: formulação alcoólica indicada para higienização das mãos quando não houver sujidade visível.

Sujidade visível: presença de matéria orgânica ou sujidade que exige higienização com água e sabonete.

5. Diretrizes institucionais

A higienização das mãos deverá ser realizada de forma padronizada, oportuna e obrigatória, conforme indicação assistencial, sendo responsabilidade de todos os profissionais envolvidos no cuidado direto ou indireto ao paciente.

Serão adotadas como diretrizes institucionais:

- Observância dos cinco momentos para higienização das mãos
- Uso prioritário de preparação alcoólica quando indicado

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Uso de água e sabonete líquido nas situações de sujidade visível ou outras indicações específicas
- Disponibilidade de insumos nos pontos de cuidado
- Monitoramento periódico da adesão das equipes
- Integração do protocolo às ações da CCIH, do Núcleo de Segurança do Paciente e da gestão da qualidade

6. Classificação de risco assistencial relacionado à higienização das mãos

A não adesão à higienização das mãos representa risco elevado de transmissão de microrganismos e de ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde, especialmente em UTI, centro cirúrgico, áreas de isolamento, procedimentos invasivos e assistência a pacientes críticos.

Nesses cenários, a adesão ao protocolo deverá ser reforçada por meio de monitoramento ampliado, ações educativas direcionadas e disponibilidade adequada de insumos.

7. Critérios de aplicação obrigatória

As diretrizes deste protocolo deverão ser observadas obrigatoriamente:

1. Antes do contato com o paciente
2. Antes da realização de procedimento limpo ou asséptico
3. Após risco de exposição a fluidos corporais
4. Após o contato com o paciente
5. Após o contato com áreas próximas ao paciente

8. Fluxo operacional detalhado

8.1 Indicação e escolha da técnica

A higienização das mãos deverá ser realizada com preparação alcoólica quando as mãos não apresentarem sujidade visível. Na presença de sujidade visível ou após situações específicas definidas institucionalmente, deverá ser utilizada água e sabonete líquido.

8.2 Técnica

A técnica de higienização deverá seguir os passos padronizados institucionalmente, contemplando fricção adequada de todas as superfícies das mãos e respeitando o tempo necessário para efetividade do procedimento.

8.3 Disponibilidade de insumos

A instituição deverá assegurar disponibilidade contínua de preparação alcoólica, sabonete líquido, papel toalha e demais insumos nos pontos de assistência, em quantidade e localização compatíveis com o fluxo assistencial.

8.4 Monitoramento da prática

A adesão à higienização das mãos deverá ser monitorada periodicamente por observação direta, auditorias e outros mecanismos institucionais, com devolutiva às equipes assistenciais.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. Gestão de situações especiais

9.1 Procedimentos invasivos e áreas críticas

Em unidades críticas e durante procedimentos invasivos, a higienização das mãos deverá ser reforçada com atenção rigorosa aos momentos indicados e às práticas assépticas.

9.2 Uso de luvas

O uso de luvas não substitui a higienização das mãos, devendo esta ser realizada antes de calçar e após retirar as luvas.

9.3 Falta de insumos

A indisponibilidade de insumos deverá ser comunicada imediatamente à liderança local e tratada como não conformidade assistencial relevante.

10. Integração com tecnologia

A instituição poderá utilizar sistemas de monitoramento eletrônico, recursos visuais, painéis de desempenho e outras ferramentas de apoio à adesão, quando disponíveis. A tecnologia deverá complementar a observação direta, a gestão assistencial e as ações educativas.

11. Rastreabilidade e registro

Os resultados do monitoramento da adesão, as não conformidades identificadas e as ações corretivas implementadas deverão ser registrados em instrumentos institucionais apropriados, permitindo análise crítica e acompanhamento longitudinal do desempenho.

12. Responsabilidades

Diretoria:

- Assegurar a implantação do protocolo e a disponibilidade de recursos estruturais e insumos necessários

CCIH:

- Coordenar tecnicamente as ações de prevenção de infecções relacionadas à assistência, incluindo monitoramento e orientação sobre higienização das mãos

Núcleo de Segurança do Paciente e gestão da qualidade:

- Apoiar o monitoramento do protocolo, integrar análises e promover ações de melhoria

Equipes assistenciais:

- Realizar higienização das mãos nos momentos indicados, seguir a técnica padronizada, comunicar não conformidades e apoiar a cultura institucional de segurança

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

13. Monitoramento e indicadores

Serão monitorados, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Percentual de adesão à higienização das mãos, conforme metodologia institucional
- Consumo de preparação alcoólica por paciente-dia ou outro parâmetro institucional aplicável

Os resultados deverão ser analisados periodicamente pela CCIH, em articulação com o Núcleo de Segurança do Paciente e as lideranças assistenciais.

14. Gestão de não conformidades

As não conformidades relacionadas à higienização das mãos deverão ser tratadas de forma estruturada, incluindo registro, análise crítica, devolutiva às equipes e implementação de ações corretivas e educativas, com foco na redução do risco assistencial.

15. Educação permanente

Serão promovidas ações sistemáticas de capacitação inicial e periódica sobre técnica de higienização, cinco momentos, uso adequado de preparação alcoólica, prevenção de infecção e responsabilidades assistenciais.

As ações educativas deverão ser articuladas entre CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente, gestão da qualidade e lideranças assistenciais.

16. Revisão do protocolo

Revisão anual ou sempre que houver atualização normativa, mudança de processo ou identificação de necessidade institucional de aprimoramento.

17. Referências

- ANVISA – Segurança do Paciente: Higienização das Mãos
- Organização Mundial da Saúde – Five Moments for Hand Hygiene
- RDC nº 36/2013 – ANVISA

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO HOSPITALAR

Identificação Segura do Paciente

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Identificação Segura do Paciente	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Estabelecer diretrizes, responsabilidades e fluxos operacionais para garantir a identificação segura e inequívoca dos pacientes em todos os pontos do cuidado, assegurando a correta correspondência entre o paciente e as intervenções assistenciais realizadas, com vistas à prevenção de eventos adversos.

O presente protocolo está alinhado à Política Nacional de Segurança do Paciente (Portaria nº 529/2013), à RDC nº 36/2013 da ANVISA, ao Protocolo de Identificação do Paciente do Ministério da Saúde e às Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

2. Abrangência

Aplica-se a todos os pacientes atendidos no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, independentemente da modalidade assistencial, e a todos os profissionais envolvidos na assistência direta ou indireta.

- Abrange todos os setores assistenciais, incluindo:
- Unidades de internação
- Unidades de terapia intensiva
- Centro cirúrgico e centro obstétrico (quando aplicável)
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico
- Áreas de atendimento referenciado

3. Justificativa

Falhas na identificação do paciente configuram uma das principais causas de eventos adversos evitáveis nos serviços de saúde, podendo resultar em administração incorreta de medicamentos, realização de procedimentos em paciente errado, troca de exames e erros transfusionais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a correta identificação do paciente constitui a primeira meta internacional de segurança, sendo considerada elemento fundamental para a qualidade e segurança da assistência.

Nesse contexto, a padronização institucional do processo de identificação é essencial para redução de riscos assistenciais e fortalecimento da cultura de segurança.

4. Definições

Identificação segura do paciente: processo sistemático de confirmação da identidade do paciente por meio de, no mínimo, dois identificadores válidos, antes de qualquer intervenção assistencial.

Identificadores válidos:

- Nome completo e data de nascimento; ou
- Nome completo e número de identificação institucional (número de prontuário ou registro hospitalar).

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Conferência ativa: verificação na qual o profissional solicita ao paciente que informe seus dados, não se limitando à confirmação passiva.

Pulseira de identificação: dispositivo padronizado que assegura a identificação contínua do paciente durante sua permanência hospitalar.

Evento adverso relacionado à identificação: ocorrência decorrente de falha no processo de identificação do paciente, com potencial ou real dano.

5. Diretrizes Institucionais

É obrigatório o uso de, no mínimo, dois identificadores válidos para confirmação da identidade do paciente, sendo vedada a utilização de número de leito, diagnóstico ou localização como identificadores. Devem ser utilizados:

- Nome completo e data de nascimento; ou
- Nome completo e número de identificação institucional (número de prontuário ou registro hospitalar).

A identificação do paciente constitui etapa crítica de segurança assistencial, sendo obrigatória em todos os pontos do cuidado. A conferência da identificação deve ser realizada de forma ativa, sistemática e padronizada antes de qualquer intervenção. A responsabilidade pela identificação segura é compartilhada entre todos os profissionais envolvidos na assistência.

6. Classificação de risco assistencial relacionado à identificação

O processo de identificação do paciente é classificado como processo crítico de alto risco assistencial, devendo ser priorizado nos mecanismos institucionais de controle e monitoramento. São considerados cenários de maior risco para falhas de identificação:

- Pacientes com nomes semelhantes
- Pacientes inconscientes ou sem comunicação efetiva
- Pacientes idosos ou com alteração cognitiva
- Pacientes críticos
- Ambientes com alta rotatividade assistencial
- Situações de múltiplas transferências intra-hospitalares

Nesses casos, deverão ser adotadas estratégias adicionais de segurança, incluindo dupla checagem e reforço dos mecanismos de validação.

7. Critérios de aplicação obrigatória

A conferência da identificação do paciente deverá ocorrer obrigatoriamente:

- Na admissão
- Antes da administração de medicamentos
- Antes da coleta de exames
- Antes de procedimentos diagnósticos e terapêuticos
- Antes de cirurgias
- Antes de transfusões
- Durante transferências intra-hospitalares
- Na alta hospitalar

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

8. Fluxo operacional detalhado

8.1 - Admissão do Paciente

- Realizar cadastro completo
- Conferir documento oficial, quando disponível
- Validar verbalmente os identificadores com paciente ou acompanhante
- Emitir pulseira contendo identificadores obrigatórios
- Conferir antes da colocação
- Registrar no prontuário

8.2 - Conferência antes de intervenções assistenciais

O profissional deverá:

1. Solicitar ao paciente que informe seus identificadores
2. Conferir com a pulseira de identificação
3. Conferir com prontuário/prescrição
4. Proceder à intervenção somente após validação

A conferência ativa é obrigatória e não pode ser substituída por verificação passiva.

8.3 - Administração de medicamentos

- Conferência obrigatória dos identificadores
- Conferência com prescrição
- Dupla checagem obrigatória em:
    - medicamentos de alto risco
    - pacientes críticos

8.4 Coleta de exames

- Conferência antes da coleta
- Identificação imediata do material
- Conferência antes do envio

8.5 Procedimentos e cirurgias

- Conferência na admissão do setor
- Confirmação durante checklist de segurança
- Validação antes do procedimento

8.6 Transferência intra-hospitalar

- Conferência antes da saída da unidade de origem
- Conferência na chegada à unidade de destino
- Comunicação estruturada entre equipes

8.7 Alta hospitalar

- Conferência final da identificação
- Registro no prontuário

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. Gestão de situações especiais

9.1 Pacientes com nomes semelhantes

- Evitar alocação em leitos próximos
- Evitar designação ao mesmo profissional de enfermagem, sempre que possível
- Sinalizar prontuário e/ou leito
- Reforçar conferência ativa

9.2 Pacientes inconscientes ou sem identificação civil encontrada

Nos casos de pacientes admitidos sem identificação civil confirmada, deverão ser adotadas medidas institucionais específicas para garantir a segurança assistencial, a rastreabilidade do cuidado e a proteção dos direitos do paciente.

Inicialmente, deverá ser atribuída **identificação provisória padronizada**, com geração de número único institucional, assegurando a rastreabilidade do paciente em todos os sistemas assistenciais e administrativos. A identificação definitiva deverá ser atualizada assim que houver confirmação dos dados civis.

Nessas situações, a conferência da identidade deverá ser reforçada em todas as etapas do cuidado, com utilização de múltiplos mecanismos de validação, incluindo prontuário, registros institucionais e informações obtidas junto às equipes envolvidas no atendimento.

O Serviço Social terá atuação central nesses casos, devendo atuar de forma integrada à equipe assistencial e ao Núcleo de Segurança do Paciente, sendo responsável por:

- Realizar busca ativa de informações que possibilitem a identificação do paciente
- Entrevistar acompanhantes, terceiros ou equipes que participaram do atendimento inicial
- Articular com familiares, quando possível
- Acionar e articular com a rede externa, incluindo serviços de segurança pública, assistência social e saúde
- Atuar junto a instituições da rede socioassistencial, quando aplicável
- Garantir a proteção social do paciente e o acesso aos seus direitos
- Apoiar a equipe assistencial na condução de casos complexos
- Contribuir para a organização da alta hospitalar, assegurando destino adequado e continuidade do cuidado

Todas as ações relacionadas à tentativa de identificação do paciente deverão ser devidamente registradas em prontuário, garantindo rastreabilidade e suporte à tomada de decisão assistencial e institucional.

9.3 Pacientes pediátricos

- Identificação do paciente e do responsável
- Conferência com acompanhante

9.4 Pulseira ilegível, danificada ou ausente

- Substituição imediata
- Registro da ocorrência
- Notificação quando aplicável

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

10. Integração com tecnologia

A instituição adotará soluções tecnológicas como estratégia de fortalecimento da segurança do paciente no processo de identificação, integradas às práticas assistenciais e aos fluxos operacionais.

Serão utilizados, quando disponíveis:

- Prontuário eletrônico integrado
- Sistemas informatizados de registro assistencial
- Pulseiras de identificação com código de barras
- Sistemas de apoio à conferência em processos críticos

Adicionalmente, será adotada a prática de checagem à beira leito, especialmente em processos assistenciais críticos, como:

- Administração de medicamentos
- Coleta de exames
- Procedimentos assistenciais
- Transfusões

A checagem à beira leito deverá envolver a confirmação da identidade do paciente diretamente no local de assistência, com conferência dos identificadores por meio da pulseira e, quando disponível, utilização de sistemas tecnológicos (como leitura de código de barras), garantindo maior segurança e rastreabilidade do processo.

A utilização de tecnologia não substitui a conferência ativa realizada pelos profissionais de saúde, devendo atuar como ferramenta complementar de segurança ativa.

11. Rastreabilidade e registro

Todas as etapas do processo de identificação deverão ser registradas em prontuário, considerando que a identificação segura constitui elemento transversal e essencial em todo o processo assistencial.

Sem prejuízo dessa diretriz, recomenda-se atenção reforçada e registro sistemático, especialmente em etapas que envolvem maior complexidade assistencial e maior potencial de risco, tais como:

- Procedimentos cirúrgicos
- Administração de medicamentos de alto risco
- Transfusões
- Eventos adversos

12. Responsabilidades

Diretoria:

- Assegurar a implantação institucional do protocolo de identificação segura do paciente, garantindo alinhamento com a Política Nacional de Segurança do Paciente, com as diretrizes institucionais e com a governança clínica do hospital
- Prover condições estruturais, operacionais e tecnológicas necessárias à execução do protocolo, incluindo disponibilização de pulseiras de identificação, sistemas de registro e recursos de apoio à checagem segura

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Definir responsabilidades e fluxos institucionais relacionados ao processo de identificação do paciente, assegurando integração entre as áreas assistenciais, administrativas e de apoio
- Acompanhar os resultados do protocolo por meio de indicadores, análises periódicas e monitoramento das não conformidades
- Deliberar sobre medidas corretivas e estratégicas diante de falhas relevantes, riscos sistêmicos ou necessidade de aprimoramento institucional
- Fortalecer a cultura de segurança do paciente, promovendo ambiente organizacional favorável à notificação, à aprendizagem institucional e à melhoria contínua dos processos assistenciais

Núcleo de Segurança do Paciente:

- Monitorar de forma sistemática a adesão ao protocolo de identificação segura do paciente, por meio de auditorias, indicadores e avaliações periódicas
- Receber, qualificar e analisar notificações de incidentes e não conformidades relacionadas ao processo de identificação
- Conduzir análises estruturadas dos eventos, incluindo identificação de causas e fatores contribuintes, quando aplicável
- Propor, acompanhar e avaliar a implementação de ações corretivas e preventivas
- Promover a integração das informações com outras instâncias institucionais, como CCIH, gestão da qualidade e equipes assistenciais
- Retroalimentar as equipes com os resultados das análises, fortalecendo a cultura de segurança e o aprendizado organizacional
- Subsidiar o planejamento de ações de educação permanente com base nos riscos identificados e nos indicadores institucionais

Enfermagem:

- Realizar a identificação segura do paciente no momento da admissão, com conferência dos identificadores e colocação da pulseira de identificação
- Garantir a manutenção da identificação durante toda a permanência do paciente, incluindo verificação periódica da integridade, legibilidade e adequação da pulseira
- Realizar conferência ativa da identificação antes de intervenções assistenciais sob sua responsabilidade, especialmente na administração de medicamentos, coleta de exames e procedimentos
- Substituir imediatamente pulseiras ilegíveis, danificadas ou ausentes, com registro da ocorrência
- Atuar de forma vigilante na identificação de situações de risco, como pacientes com nomes semelhantes ou sem identificação, adotando medidas adicionais de segurança
- Orientar pacientes e acompanhantes quanto à importância da identificação segura
- Notificar não conformidades e eventos relacionados à identificação, conforme fluxo institucional
- Atuar de forma integrada com a equipe multiprofissional e com o Núcleo de Segurança do Paciente na prevenção de eventos adversos

Equipes assistenciais:

- Realizar conferência ativa e obrigatória da identificação do paciente antes de qualquer intervenção assistencial sob sua responsabilidade
- Validar os identificadores do paciente com a pulseira de identificação, prontuário e demais documentos assistenciais pertinentes
- Interromper o processo assistencial sempre que houver dúvida ou inconsistência na identificação, acionando a equipe responsável para correção imediata

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Comunicar e registrar não conformidades relacionadas à identificação, conforme fluxo institucional
- Atuar de forma articulada com a enfermagem, o Núcleo de Segurança do Paciente e as demais equipes na prevenção de eventos adversos relacionados à identificação incorreta

13. Monitoramento e indicadores

O monitoramento do protocolo de identificação segura do paciente será realizado de forma sistemática, com o objetivo de verificar a adesão das equipes, identificar não conformidades, analisar riscos assistenciais e subsidiar ações de melhoria contínua.

A avaliação do desempenho do protocolo deverá contemplar, no mínimo, indicadores relacionados à conformidade do processo de identificação, à ocorrência de falhas e ao impacto dessas falhas sobre a segurança assistencial. Entre os indicadores institucionais mínimos, destacam-se:

- Percentual de pacientes com identificação adequada e completa, considerando a presença dos identificadores obrigatórios e a conformidade da pulseira de identificação
- Número de incidentes relacionados à falha no processo de identificação do paciente, incluindo não conformidades e eventos adversos associados

Os indicadores deverão ser monitorados periodicamente pelo Núcleo de Segurança do Paciente, em articulação com as lideranças assistenciais e a gestão da qualidade, permitindo análise crítica dos resultados e identificação de oportunidades de aprimoramento dos processos.

As informações produzidas deverão subsidiar a revisão de fluxos, a implementação de ações corretivas e preventivas e o planejamento das atividades de educação permanente, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e para a melhoria contínua da assistência.

Sempre que pertinente, os resultados deverão ser compartilhados com as áreas assistenciais e com a Diretoria, de forma a assegurar governança sobre o processo e acompanhamento institucional do desempenho do protocolo.

14. Gestão de não conformidades

As não conformidades relacionadas ao processo de identificação do paciente deverão ser tratadas de forma sistemática e estruturada, com foco na mitigação de riscos, na melhoria contínua dos processos assistenciais e no fortalecimento da cultura de segurança.

Diante da identificação de falhas, deverão ser adotadas as seguintes medidas:

- Correção imediata da não conformidade, assegurando a continuidade segura da assistência
- Registro da ocorrência em prontuário e/ou sistema institucional, conforme aplicável
- Notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente, de acordo com os fluxos institucionais estabelecidos
- Análise do evento, com identificação de causas e fatores contribuintes
- Definição e implementação de ações corretivas e preventivas, quando necessário

As não conformidades deverão ser analisadas de forma periódica pelo Núcleo de Segurança do Paciente, podendo envolver as áreas assistenciais, a gestão da qualidade e outras instâncias institucionais, conforme a complexidade do caso. A abordagem deverá ser orientada por

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

princípios de **cultura justa**, priorizando o aprendizado organizacional e a melhoria dos processos, sem caráter punitivo. Os resultados das análises deverão subsidiar ações de educação permanente, revisão de fluxos e aperfeiçoamento dos protocolos institucionais.

15. Educação permanente

A educação permanente em saúde constitui estratégia essencial para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente e para a qualificação contínua dos processos assistenciais no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

Serão desenvolvidas ações sistemáticas de capacitação e atualização das equipes, com foco na correta aplicação do protocolo de identificação segura do paciente, na prevenção de eventos adversos e na padronização das práticas assistenciais.

As ações deverão contemplar:

- Capacitação inicial obrigatória de todos os profissionais no momento da admissão
- Treinamentos periódicos de atualização para equipes assistenciais e multiprofissionais
- Atividades práticas e simulações voltadas à conferência ativa da identificação e à condução de situações críticas
- Discussão de casos e não conformidades, com abordagem educativa e não punitiva
- Campanhas institucionais de segurança do paciente

A educação permanente será conduzida de forma integrada pelo Núcleo de Segurança do Paciente e pela gestão da qualidade, com base nos principais riscos assistenciais e nos resultados dos indicadores institucionais.

A participação dos profissionais nas ações educativas deverá ser monitorada e registrada, contribuindo para o fortalecimento da cultura de segurança e para a melhoria contínua da assistência.

16. Revisão do protocolo

Revisão anual ou conforme necessidade institucional.

17. Referências

- Ministério da Saúde – PNSP
- ANVISA – RDC 36/2013
- OMS – Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO HOSPITALAR

Prevenção de Quedas

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Prevenção de Quedas	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Estabelecer diretrizes, responsabilidades e fluxos operacionais para prevenção de quedas no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, com o objetivo de reduzir a ocorrência de danos relacionados a quedas, promover ambiente assistencial seguro e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

O presente protocolo está alinhado à Política Nacional de Segurança do Paciente, à RDC nº 36/2013 da ANVISA e ao Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde.

2. Abrangência

Avaliação de risco, prevenção, monitoramento e manejo de quedas em todos os pontos de cuidado hospitalar.

3. Justificativa

As quedas estão entre os incidentes mais frequentes no ambiente hospitalar, podendo resultar em lesões, fraturas, agravamento clínico, prolongamento da internação e aumento da morbidade.

A prevenção efetiva das quedas exige identificação precoce dos pacientes em risco, adequação do ambiente, orientação a pacientes e acompanhantes, comunicação entre equipes e monitoramento sistemático dos eventos. A adoção de protocolo institucional estruturado é essencial para padronizar a avaliação de risco e qualificar as medidas preventivas.

4. Definições

Queda: deslocamento não intencional do corpo para nível inferior, com ou sem dano.

Risco de queda: probabilidade aumentada de ocorrência de queda em função de características clínicas, funcionais, cognitivas, medicamentosas ou ambientais.

Paciente de risco: paciente identificado por instrumento institucional ou avaliação clínica como mais vulnerável à ocorrência de queda.

5. Diretrizes institucionais

Todo paciente deverá ser submetido à avaliação sistemática do risco de queda por meio da Morse Fall Scale, adotada institucionalmente como instrumento padronizado para estratificação do risco assistencial relacionado à ocorrência de quedas.

A aplicação da Morse Fall Scale será obrigatória na admissão hospitalar e deverá orientar a definição de medidas preventivas individualizadas, a sinalização dos pacientes com maior risco e a organização de estratégias assistenciais proporcionais ao perfil clínico e funcional identificado.

A avaliação do risco de queda não deverá ser compreendida como ato isolado, mas como parte integrante do plano assistencial, devendo ser complementada pela avaliação clínica e pela observação contínua da equipe, especialmente diante de alterações do estado geral, da mobilidade, do nível de consciência, do uso de medicamentos de risco e das condições do ambiente assistencial.

Serão adotadas como diretrizes institucionais:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Avaliação sistemática do risco de queda pela Morse Fall Scale
- Sinalização de pacientes de risco, conforme fluxo institucional
- Implementação de medidas preventivas individualizadas
- Orientação ao paciente e ao acompanhante
- Adequação do ambiente assistencial
- Registro e análise de todos os eventos de queda
- Integração entre equipes assistenciais, qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente

6. Classificação de risco assistencial relacionado a quedas

A classificação do risco de queda deverá considerar o escore obtido na Morse Fall Scale, associado à avaliação clínica e funcional do paciente, permitindo estratificação assistencial mais precisa e definição de medidas preventivas proporcionais ao risco identificado.

São considerados de maior risco para quedas:

1. Pacientes idosos
2. Pacientes com déficit cognitivo, confusão ou delirium
3. Pacientes com limitação de mobilidade
4. Pacientes em uso de sedativos, anti-hipertensivos, diuréticos ou outros medicamentos associados a risco de queda
5. Pacientes no pós-operatório
6. Pacientes com hipotensão, tontura, fraqueza ou instabilidade postural

Nesses casos, deverão ser adotadas medidas preventivas ampliadas e reavaliação assistencial frequente.

7. Critérios de aplicação obrigatória

As diretrizes deste protocolo deverão ser observadas obrigatoriamente:

- Na admissão
- Em reavaliações periódicas durante a internação
- Nas transferências intra-hospitalares
- Após quedas ou quase-quedas
- Diante de mudanças clínicas ou terapêuticas relevantes

8. Fluxo operacional detalhado

8.1 Avaliação inicial

Na admissão, todo paciente deverá ser avaliado quanto ao risco de queda por meio da Morse Fall Scale, cuja aplicação será obrigatória para fins de estratificação inicial do risco assistencial.

A Morse Fall Scale deverá ser utilizada como instrumento padronizado para identificação de pacientes com maior vulnerabilidade à ocorrência de quedas, considerando variáveis clínicas e funcionais relacionadas ao histórico de quedas, presença de diagnóstico secundário, uso de dispositivos de auxílio à deambulação, terapia venosa, padrão de marcha e estado mental.

O resultado da avaliação deverá ser registrado em prontuário e utilizado como base para a definição do plano preventivo individualizado, incluindo medidas compatíveis com o nível de risco identificado.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

A reavaliação do risco de queda por meio da Morse Fall Scale deverá ocorrer periodicamente durante a internação e, obrigatoriamente, nas seguintes situações:

- transferência entre setores
- alteração do estado clínico ou funcional
- introdução de medicamentos associados ao aumento do risco de queda
- ocorrência de queda ou quase queda
- mudança relevante no grau de dependência do paciente

A aplicação da escala deverá ser sempre interpretada em conjunto com a avaliação clínica da equipe, de modo a assegurar abordagem preventiva mais abrangente e adequada à condição assistencial do paciente.

Os pacientes classificados com risco de queda pela Morse Fall Scale deverão ser sinalizados conforme padrão institucional e incluídos em plano preventivo individualizado, estruturado a partir do escore obtido, da avaliação clínica e funcional e da identificação de fatores contribuintes para o risco de queda, de modo a orientar medidas proporcionais e adequadas ao perfil assistencial do paciente.

O resultado da avaliação deverá ser registrado em prontuário e utilizado como base para a estratificação do risco e definição do plano preventivo individualizado.

8.2 Estratificação do risco e medidas preventivas

A estratificação do risco de queda deverá ser realizada com base no escore obtido na Morse Fall Scale, associada à avaliação clínica e funcional do paciente, orientando a adoção de medidas preventivas proporcionais ao nível de risco identificado.

Para fins institucionais, adota-se a seguinte classificação:

- 0 a 24 pontos: **baixo risco**
- 25 a 44 pontos: **risco moderado**
- 45 pontos ou mais: **alto risco**

Pacientes classificados como baixo risco deverão receber medidas gerais de prevenção, incluindo orientação quanto ao ambiente assistencial, manutenção da campainha ao alcance, organização segura do espaço, cuidados com pisos, mobiliário e circulação, além de reavaliação periódica durante a internação.

Pacientes classificados como risco moderado deverão, além das medidas gerais, ser sinalizados conforme padrão institucional, receber orientação reforçada quanto à solicitação de ajuda para mobilização, ter supervisão assistencial ampliada para deambulação e eliminação, e ser acompanhados com reavaliação periódica do risco, especialmente diante de alterações clínicas, funcionais ou terapêuticas.

Pacientes classificados como alto risco deverão, além das medidas anteriores, ser incluídos em plano preventivo individualizado, com vigilância ampliada, apoio obrigatório para mobilização quando indicado, avaliação frequente das condições clínicas e funcionais, revisão de fatores contribuintes para o risco de queda e adoção de medidas adicionais de segurança conforme julgamento clínico da equipe.

Nos casos de pacientes classificados como alto risco, especialmente aqueles com déficit cognitivo, instabilidade postural, uso de medicamentos de maior risco ou histórico recente de queda, recomenda-se intensificar as estratégias de proteção assistencial, incluindo supervisão

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

mais próxima, reavaliação mais frequente e comunicação reforçada entre os membros da equipe.

Independentemente do escore obtido, a definição das medidas preventivas deverá considerar também a avaliação clínica, o grau de dependência, o uso de medicamentos, o ambiente assistencial e outros fatores que possam modificar o risco ao longo da internação.

8.3 Medidas de prevenção

As medidas preventivas poderão incluir adequação do leito, grades quando indicadas, campainha ao alcance, supervisão para deambulação, orientação ao acompanhante, revisão de medicamentos e organização segura do ambiente.

8.4 Manejo pós-queda

Na ocorrência de queda, o paciente deverá ser avaliado imediatamente quanto a danos, necessidade de suporte clínico e fatores contribuintes. O evento deverá ser registrado, notificado e analisado para definição de ações de melhoria.

9. Gestão de situações especiais

9.1 Pacientes com alteração cognitiva

Pacientes com confusão, delirium ou agitação exigem vigilância ampliada e estratégias adicionais de segurança.

9.2 Pacientes em uso de medicamentos de risco

Deverá ser considerada a revisão da terapêutica e o reforço de medidas preventivas.

9.3 Pacientes desacompanhados e com limitação funcional

Deverão ser priorizadas estratégias de supervisão e apoio para mobilização e eliminação.

10. Integração com tecnologia

A instituição poderá utilizar recursos tecnológicos de apoio, como sistemas de sinalização, prontuário eletrônico com alerta de risco, painéis assistenciais e dispositivos de monitoramento, quando disponíveis. A tecnologia deverá complementar a avaliação clínica e a vigilância das equipes.

11. Rastreabilidade e registro

As avaliações de risco, reavaliações, medidas preventivas adotadas e ocorrências de queda deverão ser registradas em prontuário e/ou sistema institucional, garantindo rastreabilidade e suporte à análise de eventos.

12. Responsabilidades

Diretoria:

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Assegurar a implantação do protocolo e condições estruturais adequadas para sua execução

Núcleo de Segurança do Paciente e gestão da qualidade:

- Monitorar indicadores, analisar eventos e apoiar ações de melhoria

Enfermagem:

- Realizar a aplicação da Morse Fall Scale na admissão e nas reavaliações previstas ao longo da internação
- Registrar adequadamente o escore obtido e a classificação do risco em prontuário
- Implementar e supervisionar as medidas preventivas compatíveis com o nível de risco identificado
- Comunicar à equipe multiprofissional situações de agravamento do risco ou ocorrência de queda/quase queda
- Orientar pacientes e acompanhantes quanto às medidas de prevenção
- Participar da análise dos eventos e da revisão das estratégias preventivas, quando necessário

Equipes assistenciais:

- Atuar de forma integrada na prevenção, comunicar alterações de risco, revisar fatores contribuintes e participar da análise dos eventos

13. Monitoramento e indicadores

Serão monitorados, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Taxa de quedas por 100 pacientes-dia ou outro denominador institucional aplicável
- Percentual de pacientes avaliados quanto ao risco de queda na admissão e/ou reavaliações previstas

Os resultados deverão ser analisados periodicamente pelo Núcleo de Segurança do Paciente, em articulação com as lideranças assistenciais e a gestão da qualidade.

14. Gestão de não conformidades

As não conformidades relacionadas à prevenção de quedas deverão ser registradas, notificadas e analisadas de forma estruturada, com foco na mitigação de riscos, na revisão de medidas preventivas e no aprendizado institucional.

15. Educação permanente

Serão promovidas ações periódicas de capacitação sobre avaliação de risco, medidas preventivas, orientação a acompanhantes e manejo pós-queda, articuladas entre Núcleo de Segurança do Paciente, gestão da qualidade e lideranças assistenciais.

16. Revisão do protocolo

Revisão anual ou sempre que houver atualização normativa, mudança de processo ou identificação de necessidade institucional de aprimoramento.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

17. Referências

- Ministério da Saúde – Protocolo de Prevenção de Quedas
- ANVISA – RDC nº 36/2013
- Programa Nacional de Segurança do Paciente

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E CONDUTAS DO ENFERMEIRO ÀS QUEIXAS AGUDAS EM PORTA DE URGENCIA

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Atuação do enfermeiro na classificação de risco em porta referenciada de urgência e emergência	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

SUMÁRIO

1. Apresentação e objetivo
2. Padrões de referência e cores de prioridade
3. Considerações sobre atendimento prioritário
4. Protocolos selecionados
4.1 Acolhimento com classificação de risco
4.2 Sepse
4.3 Dor torácica / síndrome coronariana aguda
4.4 Acidente vascular cerebral (AVC)
5. Bibliografia

1. APRESENTAÇÃO E OBJETIVO

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Este protocolo organiza o acolhimento e a classificação de risco no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, priorizando o atendimento por gravidade clínica, risco de deterioração e tempo oportuno de resposta assistencial.

O documento conta com diretriz de escuta qualificada, estratificação por cores, prevalência do critério técnico sobre a ordem de chegada e respaldo legal da atuação do enfermeiro na classificação de risco.

O documento não substitui julgamento clínico, protocolos institucionais complementares, fluxos médicos, protocolos de UTI, núcleo interno de regulação, nem a comunicação com SAMU e rede de referência.

2. PADRÕES DE REFERÊNCIA E CORES DE PRIORIDADE

Cor	Classificação	Resposta esperada
Vermelho	Atendimento imediato	Risco de vida ou ameaça iminente; assistência imediata da equipe e acionamento médico sem demora.
Amarelo	Atendimento prioritário	Urgência com necessidade de avaliação médica prioritária no mesmo turno.
Verde	Atendimento no dia	Condição sem instabilidade, porém com necessidade de consulta de enfermagem e/ou avaliação clínica no mesmo dia.
Azul	Atendimento agendado	Demanda eletiva ou sem urgência, com orientação, encaminhamento e programação assistencial.

A avaliação técnica sempre prevalece sobre prioridades administrativas ou ordem cronológica de chegada.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

As prioridades legais de atendimento devem ser observadas sem substituir os critérios clínicos da classificação de risco. Pacientes graves devem ser atendidos antes de qualquer outro, independentemente de grupo legal prioritário.

No mesmo estrato de risco, devem ser observadas as prioridades previstas para idosos, gestantes, lactantes, pessoas com deficiência, pessoas com criança de colo, obesos, pessoas com mobilidade reduzida, pessoas com transtorno do espectro autista, doadores de sangue nos termos da lei e pacientes oncológicos clinicamente ativos, conforme a regulamentação aplicável mencionada na bibliografia original.

4. PROTOCOLOS SELECIONADOS

4.1 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Faixa	Critério operacional
Vermelho	Instabilidade ventilatória, hemodinâmica ou neurológica; rebaixamento do nível de consciência; sinais de choque; dor torácica típica com repercussão; suspeita de AVC agudo com déficit focal; sepse com disfunção orgânica.
Amarelo	Urgência sem choque, mas com necessidade de avaliação médica prioritária: dor moderada a intensa, febre com

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

	repercussão, dispneia aguda, déficit neurológico não grave, suspeita de síndrome coronariana sem instabilidade.
Verde	Queixa aguda sem sinais de gravidade, sinais vitais estáveis e possibilidade de abordagem no mesmo dia.
Azul	Demanda eletiva, renovação, orientação, seguimento ou agendamento sem urgência clínica.

Condutas do enfermeiro:

• realizar escuta qualificada, identificação rápida da queixa principal e verificação imediata de sinais vitais;

• definir a cor de prioridade com registro clínico sucinto e justificativa;

• encaminhar imediatamente ao médico e à sala de emergência os casos vermelhos;

• reavaliar periodicamente pacientes em espera e reclassificar sempre que houver piora clínica;

4.2 SEPSE

Estrato	Critérios resumidos
Vermelho	Suspeita de infecção associada a hipotensão, alteração do nível de consciência, saturação baixa, taquipneia importante, extremidades frias ou outros sinais de disfunção orgânica.
Amarelo	Suspeita de infecção com febre, taquicardia, taquipneia, dor relevante, prostração, oligúria ou lactato elevado, sem choque estabelecido.
Verde	Infecção sem repercussão sistêmica, sinais vitais estáveis e sem critério de disfunção orgânica.

Condutas do enfermeiro:

• acionar imediatamente o médico e o fluxo de sepse nos casos vermelhos e amarelos;

• priorizar acesso venoso, coleta de exames/culturas conforme rotina institucional e monitorização contínua;

• garantir início oportuno de medidas da primeira hora, conforme prescrição médica e protocolo institucional;

• registrar hora de identificação, sinais vitais, intervenções e resposta clínica.

4.3 DOR TORÁCICA / SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

Estrato	Critérios resumidos
Vermelho	Dor torácica típica com sudorese, dispneia, hipotensão, saturação baixa, síncope, arritmia, rebaixamento de consciência ou sinais de instabilidade.
Amarelo	Dor torácica sugestiva de isquemia sem choque, pacientes de alto risco cardiovascular, dor persistente ou recorrente, ou ECG alterado sem instabilidade.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Verde	Dor leve e atípica, sem sinais de alarme, sinais vitais estáveis e baixo risco clínico inicial.

Condutas do enfermeiro:

- priorizar atendimento, monitorização, oximetria e ECG em tempo oportuno conforme fluxo interno;
- acionar imediatamente o médico nos casos vermelhos e amarelos;
- manter vigilância de dor, perfusão, frequência cardíaca, pressão arterial e nível de consciência;
- registrar início dos sintomas, fatores de risco, medicações em uso e evolução da queixa.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Estrato	Critérios resumidos
Vermelho	Déficit neurológico agudo focal, afasia, paresia, plegia, ataxia, coma, torpor, cefaleia súbita intensa com sinais meníngeos ou quadro compatível com AVC agudo.
Amarelo	Confusão mental aguda, síncope, hemiparestesia, vertigem súbita intensa, piora de sequela neurológica prévia ou alteração de sinais vitais associada.
Verde	História prévia de AVC sem sinais de gravidade aguda, sintomas inespecíficos e sinais vitais estáveis.

Condutas do enfermeiro:

• identificar hora do início ou do último momento assintomático e acionar imediatamente o fluxo de AVC;

• priorizar glicemia capilar, sinais vitais, oximetria e monitorização clínica;

• encaminhar com urgência para avaliação médica e neuroimagem conforme fluxo institucional;

• evitar atrasos por etapas administrativas e registrar precisamente o horário de cada intervenção.

5. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Bulário eletrônico. Anvisa. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

OMS. Planejamento familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Genebra: OMS; 2007.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - 2015/2016.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Hiperglicemia.

PARECER COREN/GO nº 028/CTAP/2020. Solicitação de teste PCR SARS-CoV-2 por enfermeiro.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1 - FUNDAÇÃO BENJAMIN GUIMARÃES

Resumo do Protocolo **MANCHESTER_V2_BR**

14/03/2025 15:56

1. AGRESSÃO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DEFORMIDADE
2. INCHAÇO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

2. ALERGIA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. FRASES ENTRECORTADAS
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. NOVO PULSO ANORMAL
6. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
8. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
3. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. DOR OU COCEIRA LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
4. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
5. ALTO RISCO DE AGREDIR OUTROS

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
5. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
6. RISCO MODERADO DE AGREDIR OUTROS

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4. ASMA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. FRASES ENTRECORTADAS
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. PFE MUITO BAIXO
4. NOVO PULSO ANORMAL
5. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
6. HISTÓRIA RESPIRATÓRIA SIGNIFICATIVA
7. BEBÊ QUENTE
8. CRIANÇA MUITO QUENTE
9. ADULTO MUITO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. PFE BAIXO
3. SEM MELHORA COM SUA MEDICAÇÃO HABITUAL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CHIEIRA
2. TOSSE PRODUTIVA
3. BEBÊ FEBRIL
4. CRIANÇA FEBRIL
5. ADULTO FEBRIL
6. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

5. AUTOAGRESSÃO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
3. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. DOR MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

6. BEBÊ CHORANDO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. PROSTRAÇÃO, HIPOTONIA
2. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
3. PÚRPURA
4. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
5. BEBÊ QUENTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
2. INCAPAZ DE SE ALIMENTAR
3. INCONSOLÁVEL PELOS PAIS
4. CHORO PROLONGADO OU ININTERRUPTO
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. COMPORTAMENTO ATÍPICO
2. BEBÊ FEBRIL
3. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

7. CEFALEIA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. SINAIS DE MENINGISMO
4. PÚRPURA
5. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
6. INÍCIO ABRUPTO
7. PERDA TOTAL DA VISÃO AGUDA
8. CRIANÇA MUITO QUENTE
9. ADULTO MUITO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL
11. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
3. COURO CABELUDO TEMPORAL DOLORIDO
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. VÔMITOS PERSISTENTES
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. CRIANÇA QUENTE
9. ADULTO QUENTE
10. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. VÔMITO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

8. CONVULSÕES

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CONVULSIONANDO
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. SINAIS DE MENINGISMO
4. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
5. PÚRPURA
6. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
7. NEONATO QUENTE
8. BEBÊ QUENTE
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. ADULTO MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. NEONATO FEBRIL
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CEFALEIA
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4. ADULTO FEBRIL

5. DOR LEVE RECENTE

6. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. CORPO ESTRANHO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
4. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. TRAUMA OCULAR PENETRANTE
4. INGESTÃO DE OBJETO PERIGOSO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. OLHO VERMELHO
2. INFLAMAÇÃO LOCAL
3. INFECÇÃO LOCAL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

10. CRIANÇA ABUSADA OU NEGLIGENCIADA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
4. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
3. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
4. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
5. TRAUMA VAGINAL
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
8. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
9. SINAIS DE DOR MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

11. CRIANÇA IRRITADIÇA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
3. SINAIS DE MENINGISMO
4. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
5. PÚRPURA
6. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
7. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
8. BEBÊ QUENTE
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL
11. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. CHORO PROLONGADO OU ININTERRUPTO
4. NÃO SE ALIMENTA
5. NÃO ENTRETÍVEL
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. CRIANÇA QUENTE
8. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. COMPORTAMENTO ATÍPICO
2. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. BEBÊ FEBRIL

4. CRIANÇA FEBRIL

5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

12. CRIANÇA MANCANDO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
2. PÚRPURA
3. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ARTICULAÇÃO QUENTE
2. DOR AO MOVIMENTO ARTICULAR
3. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
4. HISTÓRIA DISCORDANTE
5. CRIANÇA QUENTE
6. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DEFORMIDADE
2. INCHAÇO
3. BEBÊ FEBRIL
4. CRIANÇA FEBRIL
5. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

13. DESMAIO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
9. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. HIPOTERMIA
14. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
15. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
2. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
5. HIPERGLICEMIA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. CRIANÇA QUENTE
8. ADULTO QUENTE
9. DOR MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

14. DIABETES

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO PULSO ANORMAL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA
9. HIPOTERMIA

URGENTE - AMARELO

1. HIPERGLICEMIA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

15. DIARREIA E/OU VÔMITOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. PROSTRAÇÃO, HIPOTONIA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. VÔMITO DE SANGUE
6. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
7. HISTÓRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA IMPORTANTE
8. NEONATO QUENTE
9. BEBÊ QUENTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

2. BEBÊ FEBRIL

3. CRIANÇA FEBRIL

4. ADULTO FEBRIL

5. DOR LEVE RECENTE

6. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

16. DISPNEIA EM ADULTO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. LESÃO POR INALAÇÃO
2. FRASES ENTRECORTADAS
3. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
4. HEMOPTISE
5. EXAUSTÃO
6. PFE MUITO BAIXO
7. NOVO PULSO ANORMAL
8. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
9. HISTÓRIA RESPIRATÓRIA SIGNIFICATIVA
10. INÍCIO AGUDO APÓS TRAUMA
11. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
12. DOR EPIGÁSTRICA
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. PFE BAIXO
4. HISTÓRIA DE HEMOPTISE
5. DOR PLEURÍTICA
6. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CHIEIRA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

2. TOSSE PRODUTIVA

3. TRAUMA TORÁCICO

4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

17. DISPNEIA EM CRIANÇA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. LESÃO POR INALAÇÃO
2. FRASES ENTRECORTADAS
3. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
4. ESFORÇO RESPIRATÓRIO AUMENTADO
5. EXAUSTÃO
6. HEMOPTISE
7. PFE MUITO BAIXO
8. NOVO PULSO ANORMAL
9. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
10. HISTÓRIA RESPIRATÓRIA SIGNIFICATIVA
11. INÍCIO AGUDO APÓS TRAUMA
12. NEONATO QUENTE
13. BEBÊ QUENTE
14. CRIANÇA MUITO QUENTE
15. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. PFE BAIXO
4. HISTÓRIA DE HEMOPTISE
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR PLEURÍTICA
7. NEONATO FEBRIL
8. CRIANÇA QUENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

POUCO URGENTE - VERDE

1. CHIEIRA
2. TOSSE PRODUTIVA
3. TRAUMA TORÁCICO
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

18. DOENÇA MENTAL

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
3. ALTO RISCO DE AGREDIR OUTROS
4. HIPERGLICEMIA COM CETOSE

URGENTE - AMARELO

1. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
2. RISCO MODERADO DE AGREDIR OUTROS
3. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
4. HIPERGLICEMIA
5. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
6. COMPORTAMENTO CONTURBADOR

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

19. DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. PÚRPURA
3. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
4. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
2. ARTICULAÇÃO QUENTE
3. DOR AO MOVIMENTO ARTICULAR
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR TESTICULAR
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CORRIMENTO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

20. DOR ABDOMINAL EM ADULTO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
4. ADULTO MUITO QUENTE
5. SEPSE POSSÍVEL
6. DOR EPIGÁSTRICA
7. DOR IRRADIADA PARA O DORSO
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. GRAVIDEZ POSSÍVEL
5. ADULTO QUENTE
6. DOR IRRADIADA PARA O OMBRO
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

21. DOR ABDOMINAL EM CRIANÇA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
4. PÚRPURA
5. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
6. BEBÊ QUENTE
7. CRIANÇA MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. GRAVIDEZ POSSÍVEL
5. MASSA ABDOMINAL VISÍVEL
6. INCONSOLÁVEL PELOS PAIS
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. CRIANÇA QUENTE
9. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

22. DOR CERVICAL

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
2. SINAIS DE MENINGISMO
3. PÚRPURA
4. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. TRAUMA DIRETO NO PESCOÇO
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

23. DOR DE GARGANTA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
3. RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. INÍCIO SÚBITO
2. HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

24. DOR LOMBAR

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
2. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
3. CRIANÇA MUITO QUENTE
4. ADULTO MUITO QUENTE
5. SEPSE POSSÍVEL
6. DOR ABDOMINAL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. TRAUMA DIRETO NO DORSO
3. INCAPAZ DE ANDAR
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. CÓLICAS
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

25. DOR TESTICULAR

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. GANGRENA DE ESCROTO
2. IDADE DE 25 ANOS OU MENOS
3. BEBÊ QUENTE
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. CELULITE DE ESCROTO
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. CÓLICAS
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. TRAUMA DE ESCROTO
5. VÔMITO
6. DOR LEVE RECENTE
7. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

26. DOR TORÁCICA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. HISTÓRIA CARDÍACA IMPORTANTE
4. DOR PLEURÍTICA
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

27. EMBRIAGUEZ APARENTE

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÃO TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
4. HISTÓRIA INADEQUADA
5. HIPOTERMIA

URGENTE - AMARELO

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
6. HISTÓRIA DISCORDANTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. TRAUMA RECENTE
2. DOR LEVE RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

28. ERUPÇÃO CUTÂNEA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. DISPNEIA AGUDA
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. PÚRPURA
6. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
7. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
8. NEONATO QUENTE
9. BEBÊ QUENTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. ADULTO FEBRIL

4. DOR OU COCEIRA LEVE RECENTE

5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

29. EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. CONVULSIONANDO
7. LESÃO OCULAR QUÍMICA AGUDA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. LESÃO POR INALAÇÃO
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. NOVO PULSO ANORMAL
6. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
7. MORTALIDADE QUÍMICA ALTA
8. RISCO DE CONTAMINAÇÃO PERSISTENTE
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
4. MORTALIDADE QUÍMICA MODERADA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DOR LEVE RECENTE
2. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

30. FERIDAS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. TRAUMA VAGINAL
4. HISTÓRIA DISCORDANTE
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

31. GRAVIDEZ

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CONVULSIONANDO
4. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
5. CHOQUE
6. PROLAPSO DE CORDÃO UMBILICAL
7. APRESENTAÇÃO DE PARTES FETAIS

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SANGRAMENTO VAGINAL INTENSO
2. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. TRABALHO DE PARTO
5. AUSÊNCIA OU REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS HÁ MAIS DE 12 HORAS, COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
6. PRESSÃO ARTERIAL MUITO ELEVADA
7. RELATO DE PERDA DE LÍQUIDO PELA VAGINA, ESVERDEADO E ESPESSO
8. HISTÓRIA DE CONVULSÃO
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. ADULTO MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. DOR ABDOMINAL
2. SANGRAMENTO VAGINAL
3. PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA
4. AUSÊNCIA OU REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS HÁ MENOS DE 12 HORAS, COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
5. HISTÓRIA DE TRAUMA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. VÔMITOS PERSISTENTES
8. CRIANÇA QUENTE
9. ADULTO QUENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

10. DOR IRRADIADA PARA O OMBRO

11. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

32. HEMORRAGIA DIGESTIVA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA IMPORTANTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
4. VÔMITOS PERSISTENTES
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

33. INFECÇÕES LOCAIS E ABSCESSOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
2. ENFISEMA SUBCUTÂNEO
3. NEONATO QUENTE
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ARTICULAÇÃO QUENTE
2. DOR AO MOVIMENTO ARTICULAR
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

34. MAL-ESTAR EM ADULTO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. HEMOPTISE
8. PÚRPURA
9. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
10. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
11. RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO
12. DOR EPIGÁSTRICA
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL
15. HIPOTERMIA
16. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA
4. HISTÓRIA DE HEMOPTISE
5. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
6. INÍCIO SÚBITO
7. HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE
8. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. ADULTO QUENTE

10. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. ADULTO FEBRIL
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

35. MAL-ESTAR EM BEBÊ (DE 29 DIAS ATÉ 12 MESES)

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
9. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
10. BEBÊ QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. HIPOTERMIA
13. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
4. NÃO SE ALIMENTA
5. SEM URINAR
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
8. SINAIS DE DOR MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

36. MAL-ESTAR EM CRIANÇA (MAIOR DE 12 MESES ATÉ 14 ANOS)

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
9. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. HIPOTERMIA
13. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
4. NÃO SE ALIMENTA
5. SEM URINAR
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

8. CRIANÇA QUENTE

9. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. COMPORTAMENTO ATÍPICO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

37. MAL-ESTAR EM NEONATO (ATÉ 28 DIAS)

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
9. NEONATO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL
11. HIPOTERMIA
12. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
4. NÃO SE ALIMENTA
5. SEM URINAR
6. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
7. ICTERÍCIA
8. HISTÓRIA DISCORDANTE
9. NEONATO FEBRIL
10. SINAIS DE DOR MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

POUCO URGENTE - VERDE

1. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
2. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

38. MORDEDURAS E PICADAS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA FACIAL
2. EDEMA DE LÍNGUA
3. FRASES ENTRECORTADAS
4. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
5. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
6. NOVO PULSO ANORMAL
7. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
8. ENVENENAMENTO DE ALTA MORTALIDADE
9. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
10. NEONATO QUENTE
11. BEBÊ QUENTE
12. CRIANÇA MUITO QUENTE
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL
15. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
3. ENVENENAMENTO DE MODERADA MORTALIDADE
4. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR OU COCEIRA MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

39. OVERDOSE E ENVENENAMENTO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. MORTALIDADE ALTA
5. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
6. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
4. MORTALIDADE MODERADA
5. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
8. HISTÓRIA DISCORDANTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

40. PAIS PREOCUPADOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. PROSTRAÇÃO, HIPOTONIA
4. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
5. NÃO REAGE AOS PAIS
6. PÚRPURA
7. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
8. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
9. INGESTÃO DE OBJETO PERIGOSO
10. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
11. BEBÊ QUENTE
12. CRIANÇA MUITO QUENTE
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL
15. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
3. NÃO SE ALIMENTA
4. SEM URINAR
5. INCONSOLÁVEL PELOS PAIS
6. CHORO PROLONGADO OU ININTERRUPTO
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. CRIANÇA QUENTE
9. ADULTO QUENTE
10. DOR MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

POUCO URGENTE - VERDE

1. COMPORTAMENTO ATÍPICO
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

41. PALPITAÇÕES

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
5. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
2. PALPITAÇÃO ATUAL
3. HISTÓRIA CARDÍACA IMPORTANTE
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

42. PROBLEMA EM FACE

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
5. AVULSÃO DENTÁRIA AGUDA
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
8. HISTÓRIA DISCORDANTE
9. NEONATO FEBRIL
10. CRIANÇA QUENTE
11. ADULTO QUENTE
12. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. INCHAÇO NA FACE
2. HEMATOMA DE ORELHA
3. DIPLOPIA
4. SENSIBILIDADE ALTERADA NA FACE
5. OLHO VERMELHO
6. BEBÊ FEBRIL
7. CRIANÇA FEBRIL
8. ADULTO FEBRIL
9. DOR LEVE RECENTE
10. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

43. PROBLEMA EM OUVIDOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. BEBÊ QUENTE
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. HISTÓRIA DISCORDANTE
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. HEMATOMA DE ORELHA
2. VERTIGEM
3. PERDA RECENTE DA AUDIÇÃO
4. BEBÊ FEBRIL
5. CRIANÇA FEBRIL
6. ADULTO FEBRIL
7. DOR LEVE RECENTE
8. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

44. PROBLEMAS DENTÁRIOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. CRIANÇA MUITO QUENTE
3. ADULTO MUITO QUENTE
4. SEPSE POSSÍVEL
5. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. AVULSÃO DENTÁRIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
3. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
4. HISTÓRIA DISCORDANTE
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INCHAÇO NA FACE
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

45. PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. PELE CRÍTICA
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. FRATURA EXPOSTA
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. DOR PLEURÍTICA
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DEFORMIDADE
2. INCHAÇO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

46. PROBLEMAS EM OLHOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. LESÃO OCULAR QUÍMICA AGUDA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. TRAUMA OCULAR PENETRANTE
2. PERDA TOTAL DA VISÃO AGUDA
3. DOR INTENSA
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. OLHO VERMELHO
2. SENSAÇÃO DE CORPO ESTRANHO
3. DIPLOPIA
4. BEBÊ FEBRIL
5. CRIANÇA FEBRIL
6. ADULTO FEBRIL
7. DOR LEVE RECENTE
8. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

47. PROBLEMAS URINÁRIOS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. PRIAPRISMO
2. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
3. BEBÊ QUENTE
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMATÚRIA FRANCA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. RETENÇÃO URINÁRIA
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. CÓLICAS
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DISÚRIA
3. BEBÊ FEBRIL
4. CRIANÇA FEBRIL
5. ADULTO FEBRIL
6. DOR LEVE RECENTE
7. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

48. QUEDAS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO PULSO ANORMAL
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. NEONATO QUENTE
8. BEBÊ QUENTE
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. ADULTO MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. HIPOTERMIA
13. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. FRATURA EXPOSTA
5. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
6. HIPERGLICEMIA
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. NEONATO FEBRIL
9. CRIANÇA QUENTE
10. ADULTO QUENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

11. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. DEFORMIDADE
6. INCHAÇO
7. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

49. QUEIMADURAS

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA FACIAL
2. LESÃO POR INALAÇÃO
3. DISPNEIA AGUDA
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
6. MORTALIDADE QUÍMICA ALTA
7. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. QUEIMADURA ELÉTRICA
4. MORTALIDADE QUÍMICA MODERADA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

50. SANGRAMENTO VAGINAL

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SANGRAMENTO VAGINAL INTENSO
2. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. TRAUMA VAGINAL
2. GRAVIDEZ POSSÍVEL
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. DOR ABDOMINAL
6. DOR IRRADIADA PARA O OMBRO
7. CRIANÇA QUENTE
8. ADULTO QUENTE
9. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DOR LEVE RECENTE
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

51. SITUAÇÃO DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS - AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

POUCO URGENTE - VERDE

1. ANDA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ANORMAL (< 10 OU > 29 IPM)
2. PERFUSÃO CAPILAR ANORMAL (> 2 SEG)
3. FREQUÊNCIA DE PULSO ANORMAL (> 120 BPM)
4. RESPIRA APÓS ABERTURA DE VIAS AÉREAS

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

52. SITUAÇÃO DE MÚLTIPLAS VÍTIMAS - AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. TRTS 1 A 10

URGENTE - AMARELO

1. TRTS = 11

POUCO URGENTE - VERDE

1. TRTS = 12

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

53. TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. CONVULSIONANDO
7. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
4. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
5. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HIPERGLICEMIA
6. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. HEMATOMA DE COURO CABELUDO
2. VÔMITO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

54. TRAUMA MAIOR

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
3. COMORBIDADE IMPORTANTE
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. DOR MODERADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

55. TRAUMA TORACOABDOMINAL

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. EVISCERAÇÃO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. DOR PLEURÍTICA
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO HOSPITALAR

Segurança Medicamentosa

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Documento	Protocolo hospitalar institucional	**Versão**	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após aprovação início da operação hospitalar
Elaboração	Equipe técnica assistencial	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Segurança Medicamentosa	**Aplicação**	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Estabelecer diretrizes institucionais, responsabilidades e fluxos operacionais para garantir a segurança na prescrição, dispensação, preparo, armazenamento, administração e monitoramento de medicamentos no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, com vistas à prevenção de erros de medicação e à redução de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos.

O presente protocolo está alinhado à Política Nacional de Segurança do Paciente, à RDC nº 36/2013 da ANVISA, ao Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos do Ministério da Saúde e às Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde.

2. Abrangência

Prescrição, dispensação, preparo, armazenamento, administração, monitoramento e reconciliação de medicamentos.

3. Justificativa

Os incidentes relacionados a medicamentos constituem uma das principais causas de eventos adversos evitáveis em serviços de saúde, podendo ocorrer em qualquer etapa do processo medicamentoso, desde a prescrição até o monitoramento pós-administração.

A segurança na utilização de medicamentos exige organização padronizada de processos, comunicação efetiva entre os profissionais, rastreabilidade das etapas críticas, integração entre assistência e farmácia e uso de mecanismos institucionais de monitoramento e controle.

No ambiente hospitalar, em especial em unidades de média complexidade ampliada e cuidado crítico, a presença de pacientes idosos, polimedicados, portadores de comorbidades e submetidos a terapias complexas amplia o risco assistencial. Nesse contexto, a padronização institucional do processo medicamentoso é fundamental para reduzir danos, qualificar o cuidado e fortalecer a cultura de segurança do paciente.

4. Definições

Erro de medicação: evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inadequado de medicamento ou dano ao paciente.

Medicamentos de alta vigilância: medicamentos que apresentam maior potencial de causar danos graves ao paciente em caso de erro.

Dupla checagem: conferência independente e sistemática realizada por dois profissionais em etapas críticas do processo medicamentoso.

Reconciliação medicamentosa: processo de obtenção, comparação e validação das informações sobre medicamentos em uso pelo paciente, especialmente nos pontos de transição do cuidado.

Checagem à beira leito: conferência da medicação e da identidade do paciente diretamente no local de assistência, imediatamente antes da administração.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Evento adverso relacionado a medicamento: dano causado ao paciente em decorrência do uso de medicamento.

5. Diretrizes institucionais

O processo medicamentoso deverá ser conduzido de forma padronizada, segura, rastreável e integrada em todas as suas etapas, compreendendo prescrição, validação, dispensação, preparo, administração e monitoramento clínico.

Serão adotadas como diretrizes institucionais:

•Prescrição clara, completa, padronizada e segura

•Identificação inequívoca do paciente antes da administração
•Padronização institucional de medicamentos, diluições e concentrações, quando aplicável

•Identificação e manejo seguro de medicamentos de alta vigilância

•Dupla checagem em situações definidas como críticas

•Rastreabilidade das etapas críticas do processo medicamentoso

• Integração entre corpo clínico, enfermagem, farmácia, qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente

• Uso de tecnologia como ferramenta de apoio à segurança

A segurança medicamentosa constitui etapa crítica do cuidado e deverá ser observada de forma transversal em todos os pontos de atenção hospitalar.

6. Classificação de risco assistencial relacionado à medicação

O processo medicamentoso é classificado como processo crítico de alto risco assistencial, devendo ser priorizado nos mecanismos institucionais de monitoramento e gestão de riscos.

São considerados cenários de maior risco:

•Uso de medicamentos de alta vigilância

•Pacientes críticos ou em ventilação mecânica

• Pacientes pediátricos e idosos

• Pacientes com insuficiência renal ou hepatica

• Situações de polifarmácia

• Prescrições com múltiplas alterações em curto interval

• Transferências entre unidades assistenciais

• Administração por via endovenosa, infusão contínua ou bombas de infusão

Nesses casos, deverão ser adotadas medidas adicionais de segurança, como dupla checagem, revisão farmacêutica ampliada, reforço de monitoramento clínico e maior rastreabilidade do processo.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

7. Critérios de aplicação obrigatória

As diretrizes deste protocolo deverão ser observadas em todas as etapas do cuidado medicamentoso, especialmente:

• Na admissão hospitalar

• Na prescrição médica

• Na validação e dispensação pela farmácia

• No preparo e administração dos medicamentos

• Nas transferências intra-hospitalares

• Na alta hospitalar

• Em toda alteração terapêutica relevante

A observância do protocolo é obrigatória para todos os profissionais envolvidos no processo.

8. Fluxo operacional detalhado

8.1 Prescrição médica

A prescrição deverá ser realizada de forma legível, completa, sem ambiguidades e sem abreviaturas não padronizadas pela instituição. Deverá conter, no mínimo, nome do medicamento, dose, unidade de medida, via de administração, frequência, horário, diluição, velocidade de infusão e duração do tratamento, quando aplicável.

Sempre que disponível, deverá ser priorizado o uso de prescrição eletrônica, com recursos de apoio à decisão clínica, alertas de dose e interação medicamentosa e rastreabilidade das alterações.

Prescrições incompletas, duvidosas ou potencialmente inseguras deverão ser revistas antes da dispensação ou administração.

8.2 Validação farmacêutica e dispensação

A farmácia deverá realizar análise técnica da prescrição, observando dose, compatibilidade, interações relevantes, duplicidades terapêuticas, restrições clínicas e adequação às condições do paciente.

A dispensação deverá ocorrer de forma segura, com identificação adequada do paciente e do medicamento, priorizando rastreabilidade e conferência das etapas críticas. Medicamentos de alta vigilância deverão receber identificação diferenciada e fluxo de dispensação com controles adicionais.

8.3 Preparo do medicamento

O preparo deverá ser realizado por profissional habilitado, em ambiente apropriado, com conferência prévia da prescrição, do paciente, do medicamento, da apresentação, da dose, da via e das condições de estabilidade e conservação.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Deverão ser observadas as boas práticas de preparo, rotulagem adequada, identificação clara das soluções e separação segura de medicamentos preparados para evitar trocas e contaminações.

8.4 Administração do medicamento

Antes da administração, deverão ser observados, no mínimo, os princípios do paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo e registro certo.

A administração deverá ser precedida de checagem à beira leito, com conferência da identidade do paciente e da medicação a ser administrada. Quando disponíveis, poderão ser utilizados sistemas de leitura de código de barras ou outras tecnologias de apoio.

Em caso de dúvida, inconsistência, divergência entre prescrição e medicamento ou identificação inadequada do paciente, a administração deverá ser interrompida até esclarecimento e correção.

8.5 Dupla checagem

A dupla checagem deverá ser obrigatória, no mínimo, para medicamentos de alta vigilância e outras situações de risco definidas institucionalmente, incluindo insulina, anticoagulantes, eletrólitos concentrados, sedativos, drogas vasoativas, opioides e medicações em pacientes críticos.

A dupla checagem deverá envolver conferência independente dos principais elementos da administração, com registro conforme fluxo institucional.

8.6 Monitoramento clinico

Após a administração, a equipe assistencial deverá monitorar resposta clínica, efeitos adversos, sinais de toxicidade, reações alérgicas e outros eventos inesperados, especialmente em pacientes críticos ou em uso de medicamentos de maior risco.

Toda intercorrência relevante deverá ser comunicada e registrada, com acionamento imediato da equipe médica e demais áreas envolvidas, quando necessário.

8.7 Reconciliação medicamentosa

A reconciliação medicamentosa deverá ser realizada nos pontos de transição do cuidado, especialmente na admissão, nas transferências intra-hospitalares e na alta.

Seu objetivo é identificar omissões, duplicidades, interações, alterações indevidas e incongruências terapêuticas, garantindo maior continuidade e segurança do cuidado.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. Gestão de situações especiais

9.1 Medicamentos de alta vigilância

Os medicamentos de alta vigilância deverão possuir fluxo diferenciado de armazenamento, dispensação, preparo, administração e monitoramento, com sinalização institucional e mecanismos adicionais de controle.

9.2 Pacientes com alergias medicamentosas

As alergias devem ser registradas de forma clara e visível no prontuário e consideradas em todas as etapas do processo medicamentoso, com reforço de checagem antes da administração.

9.3 Transições do cuidado

As mudanças de unidade, equipe ou nível assistencial exigem revisão da terapêutica e reconciliação medicamentosa, com comunicação estruturada entre os profissionais envolvidos.

9.4 Inconsistências e dúvidas

Na presença de prescrição ilegível, dose incompatível, ausência de informação relevante, medicamento não identificado ou qualquer outra inconsistência, o processo deverá ser interrompido até validação e correção.

10. Integração com tecnologia

A instituição adotará soluções tecnológicas para fortalecimento da segurança medicamentosa, integradas às práticas assistenciais e aos fluxos operacionais.

Serão utilizados, quando disponíveis:

• Prescrição eletrônica

• Prontuário eletrônico integrado

• Sistemas informatizados de apoio à decisão clínica

• Identificação por código de barras

• Checagem à beira leito

• Sistemas de rastreabilidade da dispensação e administração

A tecnologia deverá funcionar como instrumento de apoio à segurança, sem substituir a avaliação clínica, a conferência ativa e a responsabilidade profissional.

11. Rastreabilidade e registro

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Todas as etapas críticas do processo medicamentoso deverão ser registradas em prontuário e/ou sistema institucional, de forma a garantir rastreabilidade, transparência e possibilidade de análise posterior.

Sem prejuízo da rastreabilidade de todo o processo, recomenda-se atenção ampliada

os registros relacionados a:

• Medicamentos de alta vigilância

• Dupla checagem

• Administração de medicamentos críticos

• Reações adversas

• Erros e quase erros (near miss)

• Alterações terapêuticas relevantes

12. Responsabilidades

Diretoria:

Assegurar a implantação institucional do protocolo, prover condições estruturais, tecnológicas e operacionais para sua execução, acompanhar indicadores e deliberar sobre ações corretivas e estratégicas.

Núcleo de Segurança do Paciente:

Monitorar a adesão ao protocolo, receber e analisar notificações relacionadas ao processo medicamentoso, propor ações de melhoria e promover integração com farmácia, qualidade e áreas assistenciais.

Corpo clínico:

Realizar prescrições seguras, completas e padronizadas, reavaliar terapêutica sempre que necessário e atuar em conformidade com as diretrizes institucionais.

Farmácia:

Validar prescrições, identificar riscos relacionados ao tratamento medicamentoso, garantir dispensação segura, apoiar tecnicamente a equipe assistencial e participar da reconciliação medicamentosa, quando aplicável.

Enfermagem:

Realizar conferência ativa da prescrição, do paciente e do medicamento, garantir preparo e administração segura, executar dupla checagem quando indicada, monitorar o paciente após a administração e registrar intercorrências e não conformidades.

Equipes assistenciais:

Atuar de forma integrada para garantir segurança em todas as etapas do processo, interromper o fluxo em caso de dúvida ou inconsistência e comunicar eventos ou riscos identificados.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

13. Monitoramento e indicadores

O monitoramento do protocolo será realizado de forma sistemática, com o objetivo de verificar a adesão das equipes, identificar falhas de processo, analisar riscos assistenciais e subsidiar ações de melhoria contínua.

Serão monitorados, no mínimo, os seguintes indicadores:

• Percentual de conformidade na administração segura de medicamentos, conforme critérios institucionais

• Número de incidentes relacionados ao processo de prescrição, uso e administração de medicamentos

Os resultados deverão ser analisados periodicamente pelo Núcleo de Segurança do Paciente, em articulação com a farmácia, a gestão da qualidade e as lideranças assistenciais.

14. Gestão de não conformidades

As não conformidades relacionadas ao processo medicamentoso deverão ser tratadas de forma estruturada, com foco na mitigação de riscos, no aprendizado institucional e na melhoria contínua.

Diante da identificação de falhas, deverão ser adotadas medidas como correção imediata, registro da ocorrência, notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente, análise do evento e definição de ações corretivas e preventivas, quando necessário.

A abordagem deverá observar princípios de cultura justa, sem caráter punitivo, priorizando a qualificação dos processos e a segurança do paciente.

15. Educação permanente

A educação permanente em saúde constitui estratégia essencial para o fortalecimento da cultura de segurança medicamentosa e para a qualificação contínua das equipes.

Serão promovidas ações sistemáticas de capacitação inicial e periódica, atividades práticas, discussão de casos e campanhas institucionais, com foco na correta aplicação do protocolo, no uso seguro de medicamentos, na prevenção de erros e na padronização das práticas assistenciais.

As ações educativas deverão ser planejadas em articulação entre Núcleo de Segurança do Paciente, farmácia, gestão da qualidade e lideranças assistenciais, considerando os principais riscos e os resultados dos indicadores institucionais.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

16. Revisão do protocolo

Revisão anual ou sempre que houver atualização normativa, mudança de processo ou identificação de necessidade institucional de aprimoramento.

17. Referências

Ministério da Saúde – Programa Nacional de Segurança do Paciente
ANVISA – RDC nº 36/2013

Organização Mundial da Saúde – Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Aprovação institucional

Este documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência e revisão periódica.

Diretoria do hospital	**Coordenação responsável**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Exames de Imagem para as linhas de cuidado de clínica médica, cirurgia geral e subespecialidades, ortopedia, terapia intensiva, médicos da urgência e emergência e de seguimentos ambulatoriais do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Documento	Protocolo institucional	Versão	1.0
Vigência	Março de 2026	**Revisão prevista**	12 meses após vigência
Elaboração	Equipe médica da área técnica	**Aprovação**	Samar Dib
Abrangência	Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete	**Aplicação**	Assistencial, apoio diagnóstico e gestão

Documento institucional voltado ao uso apropriado, seguro e eficiente dos exames de imagem no ambiente hospitalar.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

1. Finalidade

Este protocolo estabelece diretrizes, responsabilidades, critérios e fluxos operacionais para a solicitação, priorização, realização, laudo, comunicação de achados críticos e monitoramento do uso de exames de imagem no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL), com o objetivo de qualificar a assistência, evitar solicitações inadequadas ou redundantes, reduzir atrasos diagnósticos que prolonguem internação ou retardem condutas, fortalecer a segurança do paciente e otimizar o uso da capacidade instalada.

O protocolo também dialoga com práticas contemporâneas de organização assistencial e sistematização de equipes médicos hospitalistas, em consonância com a Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar (SOBRAMH), valorizando segurança do paciente, resolutividade clínica, uso racional de recursos e integração do exame ao plano terapêutico.

Sua aplicação está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e à Política Nacional de Atenção Hospitalar, à Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais e às estratégias de eficiência assistencial e aumento de acesso estimuladas pelo Valora Minas e pelo projeto OtimizaSUS.

2. Abrangência

Este protocolo aplica-se às médicos generalistas e **especialistas das linhas de cuidado do Hospial Regional de Conselheiro Lafaiete** incluindo pronto atendimento, enfermarias, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, ambulatórios vinculados às linhas de cuidado, anestesia, equipes hospitalistas e demais médicos das linhas de cuidado.

Deve ser observado pelas equipes executoras e envolvidas na jornada do paciente, tal como NIR e NJP

Aplica-se aos exames radiográficos, ultrassonográficos e tomográficos, bem como a outros métodos de imagem eventualmente ofertados por fluxo próprio ou pactuado com a rede, sempre que empregados no apoio diagnóstico, terapêutico ou de seguimento clínico.

3. Diretrizes institucionais

O uso de exames de imagem deverá obedecer aos princípios da justificação, da otimização, da segurança do paciente, da equidade no acesso, da resposta clínica útil, da racionalidade no uso de recursos e da integração do exame ao plano terapêutico.

Toda solicitação de exames complementares, antes de serem solicitados, devem responder a uma pergunta clínica real e apresentar potencial de confirmar, excluir, qualificar ou direcionar conduta diagnóstica ou terapêutica. Exames sem finalidade clínica definida, repetidos sem necessidade ou solicitados por rotina sem pertinência deverão ser evitados.

A utilização de exames de imagem deve ainda respeitar os fundamentos da Política Nacional de Humanização, com comunicação clara ao paciente, informação adequada sobre o procedimento, redução de exposições desnecessárias e articulação efetiva entre equipes e setores.

O protocolo não limita ou impede o ato médico e a liberdade do médico no exercício da profissão.

4. Definições operacionais

Exame de imagem justificado: exame cuja indicação apresenta benefício clínico esperado, coerência com o quadro do paciente e capacidade de responder à hipótese diagnóstica ou apoiar

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

decisão assistencial. A suspeita e justificativa registradas na solicitação são essenciais para a análise da área de imagem.

Exame de imagem inadequado: exame sem pergunta clínica definida, solicitado por rotina sem indicação, redundante em relação a exame recente suficiente ou cuja modalidade não seja a mais apropriada ao caso.

Achado crítico: resultado que indique risco imediato ou relevante à vida, ao órgão ou à necessidade de intervenção urgente, exigindo comunicação imediata ao time assistencial.

Solicitação qualificada: pedido contendo hipótese diagnóstica, indicação clínica, objetivo do exame, grau de urgência e informações suficientes para escolha da técnica adequada.

Uso racional de imagem: seleção do método mais adequado, no momento apropriado, com menor risco e menor consumo desnecessário de recursos, preservando qualidade diagnóstica e valor assistencial.

5. Objetivos operacionais

- Melhorar a jornada do paciente de forma segura, assertiva, humanizada e com redução de excesso de permanência hospitalar
- Melhorar critérios para solicitação e uso de exames de imagem.
- Reduzir pedidos inadequados, redundantes ou de baixo valor clínico.
- Priorizar métodos capazes de responder à necessidade clínica com menor risco e melhor relação entre benefício e recurso utilizado.
- Integrar o exame de imagem ao plano terapêutico, à jornada do paciente e à gestão de leitos.
- Garantir prioridade adequada aos exames de urgência e aos pacientes internados com impacto sobre conduta, permanência e alta.
- Aprimorar o manejo de exames contrastados e a comunicação de achados críticos.
- Estruturar monitoramento institucional da adequação das solicitações e dos tempos assistenciais.

6. Critérios institucionais de boas práticas

Toda solicitação de exame deverá partir de avaliação clínica e hipótese diagnóstica claramente registradas. O pedido deverá conter, no mínimo, indicação clínica, objetivo do exame, região anatômica, grau de prioridade e informações relevantes para a escolha da modalidade e do protocolo técnico.

Sempre que clinicamente suficiente, deverá ser priorizado o método capaz de responder à pergunta clínica com menor exposição à radiação, menor risco e menor complexidade operacional. A tomografia não deve substituir automaticamente radiografia ou ultrassonografia quando esses métodos forem suficientes para o caso.

Exames repetidos em curto intervalo deverão ser evitados quando já houver exame prévio suficiente e disponível para análise, salvo mudança clínica relevante, dúvida diagnóstica persistente, piora do quadro, necessidade de reavaliação evolutiva ou planejamento terapêutico específico.

Pedidos genéricos, sem hipótese clínica ou sem pertinência anatômica, deverão ser devolvidos para qualificação, exceto em situação de urgência extrema, em que a avaliação conjunta entre solicitante e médico do serviço de imagem definirá a melhor conduta.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

7. Critérios por modalidade

7.1 Radiografia deverá ser considerada exame inicial preferencial em grande parte das suspeitas traumáticas osteoarticulares, avaliação de dispositivos, controle pós-procedimento, investigação inicial de certas condições torácicas e acompanhamento seriado quando clinicamente indicado. Não se recomenda sua utilização como rotina sem indicação clínica definida.

7.2 Ultrassonografia deverá ser priorizada quando houver boa capacidade de resposta diagnóstica sem uso de radiação ionizante, especialmente em avaliação de partes moles, derrames, coleções, vias urinárias, abdome, sistema vascular, guias de procedimentos e outras situações em que o método ofereça boa resolutividade.

7.3 Tomografia computadorizada deverá ser priorizada em situações em que a resposta diagnóstica exija maior detalhamento anatômico, trauma complexo, suspeita de sangramento, complicações intracavitárias, planejamento cirúrgico, deterioração clínica ou quando métodos iniciais forem inconclusivos e o resultado tiver impacto assistencial relevante.

8. Exames contrastados

Todo exame com meio de contraste deverá ser prescrito e justificado. A indicação deverá considerar benefício clínico esperado, risco individual do paciente, necessidade diagnóstica e disponibilidade de suporte assistencial para manejo de intercorrências, a existência de co-morbidades, alergias, insuficiência renal e outros dados do formulário do Hospital.

Pacientes com fatores de risco relevantes deverão ser avaliados de forma individualizada. Antes da administração do contraste, deverão ser verificados antecedentes clínicos pertinentes, função renal quando aplicável, uso de medicações relevantes, risco de reação prévia e necessidade de preparo específico.

O paciente deverá receber informação adequada sobre o procedimento e toda reação adversa deverá ser registrada de forma detalhada, com descrição do evento, conduta adotada e evolução clínica.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. Responsabilidades

9.1 Médico solicitante avaliar clinicamente o paciente, definir a hipótese diagnóstica, selecionar o método mais apropriado, registrar justificativa clínica, grau de urgência e dados relevantes, além de utilizar o resultado do exame de forma integrada ao plano terapêutico.

9.2 Médico radiologista validar tecnicamente a adequação do exame quando necessário, supervisionar exames contrastados, emitir laudo claro e útil à decisão clínica, comunicar imediatamente achados críticos e apoiar a qualificação do uso apropriado dos métodos de imagem.

9.3 Equipe do serviço de imagem verificar identificação, preparo, prioridade, integridade da solicitação, segurança do procedimento, aplicação dos parâmetros técnicos e registro adequado da realização do exame.

9.4 Coordenação do serviço de imagem organizar agenda, prioridades, protocolos técnicos, qualidade, segurança radiológica, monitoramento de indicadores, gestão de capacidade e integração com a Diretoria do hospital, NIR e NJP.

9.5 NIR e NJP sinalizar os exames que impactem diretamente internação, permanência, transferência, programação cirúrgica, alta segura e giro de leitos, favorecendo priorização assistencial de pacientes internados e casos críticos.

9.6 Diretoria do hospital aprovar este protocolo, assegurar recursos institucionais mínimos, acompanhar indicadores e determinar ações corretivas quando houver inadequação sistemática do uso de exames ou gargalos que comprometam acesso e resolubilidade.

10. Fluxo operacional

10.1 Solicitação o médico assistente realiza avaliação clínica, define hipótese diagnóstica e solicita o exame com justificativa, prioridade e objetivo clínico.

10.2 Triagem técnica e assistencial o serviço de imagem verifica identificação, modalidade solicitada, preparo necessário, compatibilidade do pedido com o quadro clínico e urgência. Havendo inadequação relevante, deverá ocorrer contato com o solicitante para qualificação ou redefinição do exame.

10.3 Priorização terão prioridade, nesta ordem assistencial: pacientes instáveis; urgências e emergências; pacientes internados cujo exame impacte conduta imediata, cirurgia, permanência ou alta; e, na sequência, exames eletivos ambulatoriais.

10.4 Realização o exame deverá ser executado com protocolo técnico apropriado, respeito à segurança radiológica, identificação correta do paciente e registro do procedimento.

10.5 Laudo o laudo deverá ser objetivo, tecnicamente consistente e clinicamente útil, preferencialmente respondendo à hipótese diagnóstica ou explicitando limites do método quando pertinente.

10.6 Comunicação de achado crítico achados críticos, inesperados ou com potencial de alteração imediata de conduta devem ser comunicados prontamente à equipe assistencial responsável, com registro dessa comunicação.

10.7 Integração ao cuidado os resultados de imagem deverão ser incorporados ao plano terapêutico, às discussões multiprofissionais, aos rounds assistenciais e à organização da permanência, sobretudo em pacientes internados.

10.8 Tempos assistenciais de referência tomografias de urgência deverão ter prioridade operacional e laudo preferencialmente disponibilizado em até 2 horas; exames ultrassonográficos com impacto assistencial imediato deverão ter laudo preferencialmente liberado em até 2 horas

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

após a realização; exames eletivos ambulatoriais deverão ter laudo disponibilizado em até 48 horas, ressalvadas situações específicas de maior complexidade técnica.

11. Registros obrigatórios

Devem constar, no mínimo, identificação do paciente, hipótese diagnóstica, justificativa clínica, prioridade, modalidade solicitada, dados relevantes para execução, uso ou não de contraste, intercorrências, horário da realização, laudo, comunicação de achados críticos e conduta subsequente quando pertinente.

12. Indicadores de monitoramento

- Percentual de solicitações com hipótese diagnóstica e justificativa adequadas.
- Percentual de exames devolvidos para qualificação.
- Percentual de tomografias com critério clínico bem documentado.
- Tempo entre solicitação e realização em urgência, internação e eletivo.
- Tempo entre realização e disponibilização de laudo.
- Percentual de achados críticos comunicados e com registro de comunicação ágil
- Taxa de repetição evitável de exames.
- Percentual de eventos adversos relacionados a contraste.
- Impacto dos exames prioritários no tempo de permanência, programação cirúrgica e alta.

13. Disposições finais

Este protocolo entra em vigor em até 90 dias do início da operação do HRCL, deverá ser observado por todos os setores do Hospital.

A revisão deverá ocorrer periodicamente, com base anual, ou antes quando houver mudança de perfil assistencial, incorporação tecnológica, alteração normativa, mudança de fluxo interno ou necessidade identificada em auditoria, eventos adversos ou análise crítica dos indicadores.

Anexo 1. Matriz sintética de monitoramento

Eixo	Indicador	Periodicidade	Responsável
Adequação do pedido	Solicitações com hipótese e justificativa suficientes	Mensal	Serviço de imagem
Acesso e tempo	Tempo entre solicitação, realização e laudo	Mensal	Serviço de imagem/NIR
Segurança	Achados críticos comunicados com registro e eventos adversos com contraste	Mensal	Serviço de imagem
Eficiência	Repetição evitável, impacto em permanência e programação cirúrgica	Mensal e trimestral	Serviço de imagem/NJP Apresentação para a alta gestão hospitalar

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC no 611/2022. Requisitos sanitários para organização e funcionamento de serviço de radiologia diagnóstica ou intervencionista.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Projeto OtimizaSUS e atos normativos correlatos.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HOSPITALAR. SOBRAMH. Materiais institucionais sobre medicina hospitalar, segurança do paciente e eficiência assistencial.
- COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. Diretrizes para o uso de meios de contraste intravenosos e orientações da Comissão de Proteção Radiológica.
- Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Imagem de hospital de referência estadual, utilizado como apoio comparativo de estrutura e fluxo.

Aprovação institucional

O presente documento deverá ser submetido à aprovação formal da Diretoria do hospital, com registro de vigência, revisão periódica e responsável técnico.

Diretoria do hospital	Coordenação responsável

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

Boas práticas de uso de exames de imagem

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete - HECL

Código	POP-IMG-HECL-01
Versão	00
Data	___/___/2026
Responsável institucional	Diretoria do hospital / Coordenação do Serviço de Imagem

1. OBJETIVO

Padronizar a solicitação, a priorização, a realização, o laudo, a comunicação de achados críticos e o monitoramento dos exames de imagem no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, promovendo uso racional dos recursos diagnósticos, segurança do paciente, integração com o plano terapêutico e apoio à eficiência assistencial do hospital.

2. INTRODUÇÃO

Os exames de imagem constituem apoio diagnóstico essencial para a definição terapêutica, o acompanhamento evolutivo, o planejamento cirúrgico e a decisão de alta. Seu uso inadequado, redundante ou sem pergunta clínica definida pode aumentar custo, exposição desnecessária à radiação, atrasos de fluxo, permanência hospitalar e risco assistencial.

No Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, o Serviço de Imagem deve operar de forma integrada ao plano terapêutico dos pacientes internados, aos fluxos da urgência e emergência, ao centro cirúrgico, ao Núcleo Interno de Regulação e ao Núcleo de Jornada do Paciente, contribuindo para decisões oportunas e para a redução de atrasos evitáveis no cuidado.

Este POP institui critérios operacionais para o uso apropriado dos exames de imagem, com foco em justificação da solicitação, escolha adequada da modalidade, priorização assistencial, segurança do paciente, comunicação efetiva entre equipes e monitoramento da qualidade do processo.

3. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os setores do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete que solicitem, realizem, interpretem, recebam ou utilizem exames de imagem, especialmente pronto atendimento e urgência, unidades de internação, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, ambulatório hospitalar vinculado às linhas de cuidado da unidade, corpo clínico, enfermagem, Serviço de Imagem, NIR, NJP e Diretoria do hospital.

Este POP aplica-se aos exames de radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e demais exames de imagem ofertados diretamente pela unidade ou por fluxo pactuado institucionalmente.

4. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

- Exame de imagem justificado: exame cuja indicação apresenta benefício clínico esperado, coerência com o quadro do paciente e capacidade de responder à hipótese diagnóstica ou apoiar decisão assistencial.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Exame de imagem inadequado: exame sem pergunta clínica definida, solicitado por rotina sem indicação, redundante em relação a exame recente suficiente, ou cuja modalidade não seja a mais apropriada ao caso.
- Achado crítico: resultado que indique risco imediato ou relevante à vida, ao órgão ou à necessidade de intervenção urgente, exigindo comunicação imediata ao time assistencial.
- Solicitação qualificada: pedido contendo hipótese diagnóstica, indicação clínica, objetivo do exame, grau de urgência e dados relevantes para escolha da técnica adequada.
- Uso racional de imagem: seleção do método mais adequado, no momento apropriado, com menor risco e menor consumo desnecessário de recursos, preservando qualidade diagnóstica e valor assistencial.

5. RESPONSABILIDADES

Responsável	Atribuições principais
Médico solicitante	Avaliar clinicamente o paciente, definir hipótese diagnóstica, selecionar o exame mais adequado, registrar justificativa clínica, urgência e objetivo do exame.
Médico radiologista	Validar tecnicamente a adequação do exame quando necessário, supervisionar exames contrastados, emitir laudo claro e clinicamente útil e comunicar achados críticos.
Equipe do Serviço de Imagem	Conferir identificação, preparo, integridade da solicitação, segurança do procedimento, execução técnica e registro adequado da realização do exame.
Enfermagem	Preparar o paciente conforme necessidade, conferir identificação, apoiar segurança do exame e acompanhar intercorrências.
NIR e NJP	Sinalizar os exames que impactem internação, permanência, programação cirúrgica, transferência, giro de leitos e alta segura, favorecendo priorização assistencial de pacientes internados.
Coordenação do Serviço de Imagem	Monitorar agenda, prioridades, qualidade, segurança radiológica, tempos de resposta, conformidade das solicitações e indicadores do processo.
Diretoria do hospital	Aprovar este POP, assegurar condições institucionais mínimas, acompanhar indicadores e determinar ações corretivas quando houver inadequação sistemática do uso de exames ou gargalos relevantes.

6. CRITÉRIOS INSTITUCIONAIS DE BOAS PRÁTICAS

- Toda solicitação deve partir de avaliação clínica e de hipótese diagnóstica claramente registradas.
- O pedido deve conter indicação clínica, objetivo do exame, região anatômica, grau de prioridade e informações relevantes para a escolha da modalidade e do protocolo técnico.
- Sempre que clinicamente suficiente, deve ser priorizado o método capaz de responder à pergunta clínica com menor exposição à radiação, menor risco e menor complexidade operacional.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Exames repetidos em curto intervalo devem ser evitados quando já houver exame prévio suficiente e disponível para análise, salvo mudança clínica relevante, dúvida diagnóstica persistente ou necessidade de reavaliação evolutiva.
- Pedidos genéricos, sem hipótese clínica ou sem pertinência anatômica, devem ser devolvidos para qualificação, exceto em situação de urgência extrema.

7. CRITÉRIOS POR MODALIDADE

7.1 Radiografia

A radiografia simples deverá ser considerada exame inicial preferencial em grande parte das suspeitas traumáticas osteoarticulares, avaliação de dispositivos, controle pós-procedimento, investigação inicial de certas condições torácicas e acompanhamento seriado quando clinicamente indicado.

Não se recomenda radiografia como rotina sem indicação clínica definida, especialmente quando o resultado não tiver potencial de alterar conduta.

7.2 Ultrassonografia

A ultrassonografia deverá ser priorizada quando houver boa capacidade de resposta diagnóstica sem uso de radiação ionizante, especialmente em avaliação de partes moles, derrames, coleções, vias urinárias, abdome, sistema vascular, guias de procedimentos e situações clínicas em que o método ofereça boa resolutividade.

7.3 Tomografia computadorizada

A tomografia deverá ser priorizada em situações em que a resposta diagnóstica exija maior detalhamento anatômico, avaliação de trauma complexo, sangramento, complicações intracavitárias, planejamento cirúrgico, investigação de deterioração clínica, lesões profundas ou quando os métodos iniciais forem inconclusivos e o resultado tiver impacto assistencial relevante.

Seu uso deve ser especialmente criterioso em razão da exposição à radiação e do maior consumo de recurso, respeitando os princípios da justificação e da otimização.

8. EXAMES CONTRASTADOS

- Todo exame com meio de contraste deverá ter indicação registrada.
- Antes da administração do contraste, devem ser avaliados fatores de risco relevantes, histórico de reação prévia e condições que exijam maior vigilância.
- O paciente ou responsável deverá receber orientação sobre o procedimento, quando aplicável.
- O setor deve manter disponibilidade de materiais e medicamentos para resposta imediata a reações adversas.
- Toda reação adversa ao contraste deverá ser registrada de forma detalhada em prontuário e comunicada à coordenação assistencial competente.

9. FLUXO OPERACIONAL

9.1 Solicitação

O médico assistente realiza avaliação clínica, define hipótese diagnóstica e solicita o exame com justificativa, prioridade e objetivo clínico.

9.2 Triagem técnica e assistencial

O Serviço de Imagem verifica identificação, modalidade solicitada, preparo necessário, compatibilidade do pedido com o quadro clínico e urgência. Quando houver inadequação relevante, deve ocorrer contato com o solicitante para qualificação ou redefinição do exame.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9.3 Priorização

Terão prioridade, nesta ordem assistencial: pacientes instáveis; urgências e emergências; pacientes internados cujo exame impacte conduta imediata, cirurgia, permanência ou alta; e, na sequência, exames eletivos ambulatoriais.

9.4 Realização

O exame deverá ser executado com protocolo técnico apropriado, respeito à segurança radiológica, identificação correta do paciente e registro do procedimento.

9.5 Laudo

O laudo deverá ser objetivo, tecnicamente consistente e clinicamente útil, preferencialmente respondendo à hipótese diagnóstica ou explicitando limites do método quando pertinente.

9.6 Comunicação de achado crítico

Achados críticos, inesperados ou com potencial de alteração imediata de conduta devem ser comunicados prontamente à equipe assistencial responsável, com registro dessa comunicação.

9.7 Integração ao cuidado

Os resultados de imagem deverão ser incorporados ao plano terapêutico, às discussões multiprofissionais e aos rounds assistenciais, sobretudo em pacientes internados.

10. TEMPOS OPERACIONAIS RECOMENDADOS

- Exames de urgência devem ser priorizados de forma imediata.
- Tomografias de urgência com impacto crítico na condução clínica devem ter laudo liberado em tempo oportuno, preferencialmente em até 2 horas, conforme capacidade operacional e criticidade do caso.
- Ultrassonografias em pacientes internados com impacto sobre conduta devem ter laudo liberado em tempo oportuno, preferencialmente em até 2 horas após a realização.
- Exames eletivos ambulatoriais devem ter laudo liberado preferencialmente em até 48 horas, conforme agenda e capacidade do serviço.
- Exceções deverão ser registradas quando houver limitação operacional ou justificativa assistencial.

11. REGISTROS OBRIGATÓRIOS

- Solicitação médica do exame;
- Hipótese diagnóstica e justificativa clínica;
- Prioridade definida;
- Confirmação da realização do exame;
- Uso de contraste, quando aplicável;
- Intercorrências e eventos adversos, quando houver;
- Laudo emitido;
- Comunicação de achados críticos;
- Registros de atraso relevante com impacto assistencial, quando houver.

12. INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Percentual de solicitações com hipótese diagnóstica e justificativa adequadas;
- Percentual de exames devolvidos para qualificação;
- Tempo entre solicitação e realização por prioridade;
- Tempo entre realização e liberação do laudo;

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Percentual de achados críticos comunicados com registro;
- Taxa de repetição evitável de exames;
- Taxa de eventos adversos relacionados a contraste;
- Percentual de tomografias com indicação clínica adequada;
- Impacto dos exames prioritários sobre permanência hospitalar, programação cirúrgica e alta.

13. SIGLAS

- HECL - Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete
- NIR - Núcleo Interno de Regulação
- NJP - Núcleo de Jornada do Paciente
- PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente
- TC - Tomografia Computadorizada

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Requisitos sanitários para organização e funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista.
- Colégio Brasileiro de Radiologia. Diretrizes para uso de meios de contraste e princípios de justificação.
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Política de Atenção Hospitalar, Valora Minas e OtimizaSUS.
- Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar. Diretrizes institucionais de boas práticas assistenciais e sistematização da medicina hospitalar.

15. ANEXOS

15.1 Modelo mínimo de solicitação qualificada de exame de imagem

- Identificação do paciente;
- Hipótese diagnóstica;
- Pergunta clínica;
- Exame solicitado;
- Justificativa;
- Prioridade;
- Necessidade de contraste, quando aplicável;
- Nome e assinatura do solicitante.

15.2 Modelo de comunicação de achado crítico

- Nome do paciente;
- Exame realizado;
- Achado crítico;
- Data e hora da comunicação;
- Profissional que recebeu a informação;
- Conduta adotada.

15.3 Matriz de prioridade assistencial dos exames de imagem

Categoria	Descrição

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Categoria	Descrição
Urgência / emergência	Paciente instável ou com necessidade de definição diagnóstica imediata para intervenção.
Internado com impacto em conduta	Exame necessário para procedimento, cirurgia, mudança terapêutica ou definição de suporte assistencial.
Internado com impacto em alta	Exame necessário para confirmar estabilidade, concluir investigação ou permitir alta segura.
Eletivo ambulatorial	Exame sem repercussão imediata no fluxo assistencial hospitalar agudo.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico

1. OBJETIVO

1. Monitoramento da hidratação;
2. Administração de medicamentos irritantes ou substâncias vasoativas;
3. Nutrição parenteral total;
4. Hemodiálise;
5. Inserção de eletrodo de marca-passo temporário transvenoso;
6. Acesso venoso, quando não é possível a canulação de veia periférica;
7. Aspiração de ar em procedimentos cirúrgicos considerados de alto risco para embolia gasosa venosa (p. ex., craniotomia da fossa posterior com o paciente em posição sentada);
8. Acesso venoso durante reanimação cardiopulmonar;
9. Monitorização da PIA em artéria femoral.

2. ABRANGÊNCIA

Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI A)

3. TERMO E DEFINIÇÕES

3.1 **Tipo de Cateter:**

- Lúmen único;
- Lúmen múltiplo (duplo, triplo ou quádruplo);
- Introdutor;
- Cateteres duplo lúmen de curta permanência para hemodiálise (CDL).

3.2 **Locais para Inserção do cateter**:

- Veia jugular interna;
- Veia subclávia;
- Veia jugular externa;
- Veia femoral;
- Veias da fossa antecubital (cateteres venosos centrais de inserção periférica).

3.3 Antissepsia é a destruição ou redução do número de microrganismos (bactérias nas formas esporuladas ou vegetativas, vírus e fungos) localizados na pele ou mucosas de um ser vivo, através do uso de agentes físicos

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

(escovação) e químicos (anti-sépticos). É realizada em duas etapas: Aplicação do degermante, seguida a aplicação da solução alcoólica de clorexidina.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Bandeja de procedimentos;
- Campos estéreis;
- Capote estéril com compressa;
- Máscara cirúrgica e gorro;
- Pacotes de gaze;
- Seringa de 10 mL;
- Frasco de lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor;
- Agulhas: 40x12 (p/ aspirar o anestésico);
- 13X4,5 (p/ botão anestésico);
- 25x7 (p/ infiltração anestésica);
- Cateter de acesso central (c/ uma ou duas vias);
- Equipo de soro;
- Kit de monitorização (transdutor);
- Three-ways;
- Mononylon 3-0;
- Curativo.

5. DESCRIÇÃO

OBSERVAÇÃO: em todos os procedimentos citados abaixo, seguir o **protocolo de Higiene das mãos (PRS.SCI.006)**

5.1 Preparo do paciente:

- Explicar procedimento para o paciente;
- Avaliar sítio de punção: retirar fios e excesso de secreção do sítio de punção escolhido;
- Tricotomia: a remoção dos pelos (preferencialmente, tonsura com tesoura) deverá ser realizada somente se for interferir com a punção. Deverá ser realizada momentos antes da punção;

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Posição: paciente em decúbito dorsal com os membros superiores mantidos paralelamente ao tronco e a cabeça estendida e virada para o lado oposto da punção. Colocar o paciente a zero grau ou em posição de Trendelenburg a 15 °.

5.2 Paramentação e organização dos materiais para o procedimento:

- Paramenta-se com touca e máscaras descartáveis, óculos;
- Higienizar as mãos: aplicar cerca de 3 a 5 ml do degermante (polvidine degermante ou clorexidina) nas mãos previamente umedecidas e friccionar por pelo menos 05 minutos. Enxugar as mãos com compressa estéril;
- Vestir capote estéril;
- Calçar assepticamente as luvas estéreis;
- Em uma mesa de inox previamente higienizada o colaborador auxiliar deverá disponibilizar para o médico campo estério para cobertura da mesa e disposição dos materiais abertos de forma asséptica;
- Receber os materiais e organizar a mesa, dispondo os materisais pérfuro-cortantes separados dos demais instrumentos e reservar um lado do campo para acomodar o material contaminado durante o procedimento.

5.3 Antissepsia

- Aplicar clorexidina degermante 2 a 4%, friccionando a pele do paciente no mínimo 20cm a 30cm ao redor do local da futura punção durante 3 a 5 minutos;
- Aplicar solução alcoólica (clorexidina alcoólica 0,5%) no sentido da área menos contaminada (local da punção) para a área mais contaminada (ou seja, é feita em sentido centrífugo - do centro para a borda - em relação à área de interesse) e aguardar que o produto segue espontaneamente;
- Após a aplicação da solução alcoólica não deverá nenhuma outra solução, mesmo quando for utilizar o US par guar a punção.

5.4 Analgesia e sedação para o procedimento

- **Pacientes acordados:** além da anestesia local, administrar um analgésico venoso para aliviar a dor. Pode ser administrado 1 g de Dipirona EV ou, preferencialmente, 2 a 3 mg de Morfina EV;
- **Pacientes agitados e pouco cooperativos**: utilizar uma sedação leve. As medicações mais indicadas são a Cetamina ou Propofol.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Dose da cetamina para punções	
Apresentação	Ampola 2 mL com 100 mg (50 mg/mL)
Diluição	01 amp + 08 mL de ABD (solução com 10 mg/mL)
Dose	0,25 mg a 1,0 mg/kg
Paciente 70 kg	0,25 mg/kg = 17,5 mg (cerca de 2 mL da solução) 0,5 mg/kg = 35 mg (entre 3 a 4 mL da solução) 1 mg/kg = 70 mg (7 mL da solução)

E / 0u

Dose da propofol para punções	
Apresentação	Ampola de 20 mL com 200 mg (10 mg/mL)
Diluição	Puro
Dose	0,5 a 1 mg/Kg
Paciente 70 kg	0,5 mg/kg = 35 mg (3,5 mL da ampola) 1 mg/kg = 70 mg (7 mL da ampola

5.5 Aplicação de campo estéril

Cobrir toda extensão do corpo do paciente com campo estéril, após a aplicação de antissépticos.

5.6 Anestesia Local

- A punção do acesso central é um procedimento doloroso, portanto a anestesia local não deve ser negligenciada.
- Infiltrar pele do paciente com 10 mL de lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor;
- Fazer anestesia ampla englobando os locais onde serão feitas os pontos de fixação do cateter;
- Iniciar com o botão anestésico (agulha 13x4,5) e depois infiltrar mais profundamente com a agulha 25x7.

5.7 Marcação do cateter

- Determinar a extensão do cateter que deverá ser introduzida medindo do ponto de inserção planejado até os seguintes pontos de reparo na superfície da parede torácica: Junção esterno-clavicular – veia subclávia Área manubrial média – veia braquiocefálica Junção manúbrio-esternal – veia cava superior Cinco centímetros abaixo da junção manúbrio- esternal – átrio direito;
- A ponta de um cateter posicionado adequadamente deve estar na veia cava superior e não no átrio direito. O posicionamento no átrio aumenta o risco de arritmias e perfuração miocárdica.

5.8 Preparo dos equipamentos e materiais

Montar equipos, trandutores de pressão e envelopar do ultrassom após a colocação dos campos e antes do procedimento, de forma estéril.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

5.9 Acesso Guiado por Ultrasson

Algumas características do paciente aumentam o risco de complicações quando o acesso é guiado por marcos anatômicos:

- Anatomia: obesidade mórbida; tecido cicatricial local; radioterapia; pescoço curto e largo; pacientes transplantados; edema.
- Doenças concomitantes: coagulopatia, enfisema bolhoso, suporte ventilatório máximo.

Há melhor visualização da anatomia, da distância da pele ao vaso. Por meio do Doppler de fluxo colorido, é possível identificar o sentido do fluxo (vermelho, para a sonda de ultrassom; azul, afastando-se da sonda) e evitar trombos preexistentes. A veia deve ser compressível.

O centro da tela corresponde ao centro da sonda. Uma marcação de um lado da tela corresponde a uma marcação ou luz na sonda de ultrassom, isso possibilita a orientação.

Redução das taxas de insucesso, das múltiplas tentativas de canulação, das taxas de falha mecânica e das taxas de infecção.

Desvantagens: curva de aprendizado íngreme.

5.10 PUNÇÃO DA VEIA JUGULAR INTERNA (Com ultrassom)

Anatomia: a veia jugular interna emerge da base do crânio através do forame jugular e penetra na bainha carotídea. Fica localizada posterior e medialmente ao m. esternocleidomastóideo na região cervical superior, descendo posteriormente ao seu feixe esternal para, em seguida, localizar-se no centro do triângulo formado pelos dois feixes do músculo esternocleidomastóideo e a clavícula. A artéria carótida fica localizada medial e mais profundamente em relação à veia. A veia jugular se une à v. subclávia para formar o tronco braquiocefálico.

Abordagem Central

1. Paciente em decúbito dorsal a zero grau ou em posição de Tredelenburg a 15º com a cabeça levemente estendida para o lado oposto ao da punção.
2. Antissepsia rigorosa da região cervical e clavicular com clorexidina degermante e clorexidina solução alcoólica.
3. Colocação de campos cirúrgicos estéreis cobrindo totalmente o paciente (da cabeça aos pés).
4. Anestesia local com lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor.
5. Localize por observação e palpação o triângulo formado pelas porções esternal e clavicular do m. esternocleidomastóideo e a clavícula. Nos pacientes obesos palpe a fúrcula esternal, mova o dedo, lentamente, para

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CÓPIA NÃO CONTROLADA

direção lateral, localize primeiro a cabeça esternal do músculo, a seguir, a clavícula, o triângulo propriamente dito e, finalmente, a cabeça clavicular do músculo.

6. Identificar o vaso a ser puncionado com o ultrassom (transdutor de alta frequência > 5 MHz) e testar sua compressibilidade.

1. Identificação

Após a anti-sepsia e preparo adequado do local, posiciona-se o transdutor na região cervical para melhor visualização da veia jugular.

2. Localização anatômica

Nesta imagem é possível ver algumas estruturas cervicais, dentre elas: carótida, veia jugular e músculo esternocleiomastóide.

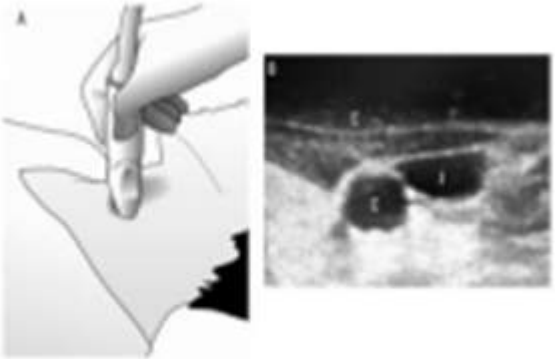


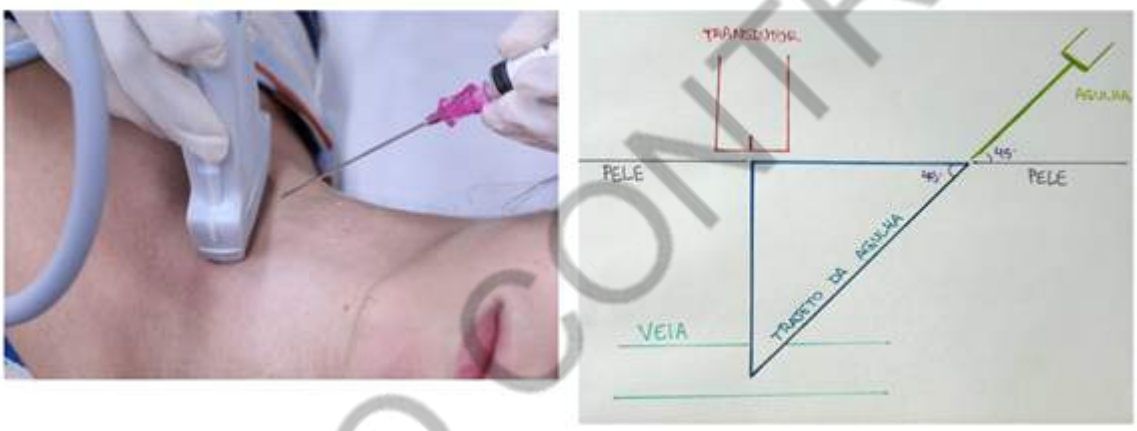
FIGURA 91.1 – CORTE TRANSVERSAL IDENTIFICANDO NAQUIS CERVICAIS. OBSERVA-SE (A) A POSIÇÃO DO TRANSDUTOR EM RELAÇÃO AO PACIENTE. (B) RESULTADO OBTIDO PELA ULTRASSONOGRAFIA. C. ARTÉRIA CARÓTIDA. J. VEIA JUGULAR. E. MÚSCULO ESTERNOCLEIDO-MASTOIDEO.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico

7. Centralizar a imagem do vaso no monitor do ultrassom, corte transversal.
8. Com a imagem do vaso centralizada, inserir agulha em direção ao centro do transdutor, a uma distância equivalente à profundidade do vaso. A progressão da agulha alcançará o centro do vaso.



9. Conforme a agulha for lentamente avançada mantenha pressão negativa na seringa. Assim que o lúmen da veia for atingido, aparecerá sangue na seringa.

10. Após aspirar sangue, remova a seringa da agulha, ocluindo a agulha com um dedo, para prevenir embolia gasosa.
11. Insira o guia metálico através da agulha e remova a agulha, conforme a técnica de Seldinger.
12. Através do guia é introduzido um dilatador venoso, que será retirado após assegurar um trajeto livre. Se necessário, podese fazer uma pequena incisão na pele, de cerca de 1mm, para facilitar a passagem do dilatador pela pele.
13. Introduzir o cateter no interior da veia através do guia e retirar este último em seguida.
14. Aspirar o sangue no cateter, retirando o ar do seu interior e o conecte a um equipo estéril.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

15. Fixar o cateter na pele com nylon 3-0 (preferir fio monofilamentar).
16. Limpeza do local de punção com solução alcoólica de clorexidina 0,5%.
17. Fazer curativo de forma estéril, utilizando gaze e filme transparente.

Abordagem Posterior

1. Introduza a agulha sob o músculo esternocleidomastóideo próximo à junção do terço médio e inferior do bordo lateral, cerca de 5 cm acima da clavícula, ou 1 cm acima do local onde a veia jugular externa cruza a borda lateral do feixe clavicular do m. esternocleidomastóideo.
2. A agulha é introduzida em direção ao manúbrio em um ângulo de 45º com o plano sagital e 15º com o plano frontal.

5.11 PUNÇÃO DA VEIA SUBCLÁVIA (Abordagem Infraclavicular)

Anatomia: A veia subclávia tem aproximadamente 3 a 4 cm de extensão e é a continuação da veia axilar. Inicia-se na borda lateral da primeira costela, estendendo-se sob a clavícula à qual está fixada por ligamentos fibrosos (que a impede de colabarse mesmo nos casos de hipovolemia), até juntar-se à veia jugular interna para dar origem ao tronco braquiocefálico. À direita o tronco braquiocefálico é chamado de veia inominada. Os troncos braquiocefálicos se unem para formar a veia cava superior. À esquerda o ducto torácico drena na veia subclávia próximo à sua junção com a veia jugular.

Abordagem:

1. Paciente em decúbito dorsal a zero grau ou em posição de Tredelenburg a 15º com a cabeça levemente estendida para o lado oposto ao da punção.
2.Antissepsia ampla e rigorosa da região cervical e clavicular com clorexidina degermante e clorexidina solução alcoólica.
3.Colocação de campos cirúrgicos estéreis, cobrindo totalmente o paciente (da cabeça aos pés).
4.Anestesia local com lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor.
5. A punção cutânea é feita com agulha calibre 18 de parede fina acoplada a uma seringa.
6.O local da punção está localizado 2 a 3 cm abaixo da junção dos terços médio e medial da clavícula ou um pouco mais lateralmente.
7. A agulha é “empurrada” ao longo da clavícula, em direção a fúrcula esternal, até ultrapassar a borda inferior da clavícula.
8. À medida que a agulha avança, é mantida o mais próximo possível da margem inferior da clavícula para evitar a perfuração da cúpula pleural.
9. Conforme a agulha for lentamente avançada, mantenha pressão negativa na seringa. Assim que o lume da veia for atingido, aparecerá sangue na seringa. Aspire sangue, confirmando um bom fluxo.
10. Remova a seringa da agulha, ocluindo a agulha com um dedo, para prevenir embolia gasosa.

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

11. Insira o guia metálico através da agulha e remova a agulha, conforme a técnica de Seldinger.
12. Através do guia é introduzido um dilatador venoso, que será retirado após assegurar um trajeto livre. Se necessário, podese fazer uma pequena incisão na pele, de cerca de 1mm, para facilitar a passagem do dilatador pela pele.
13. Introduzir o cateter no interior da veia através do guia e retirar este último em seguida.
14. Aspire o sangue no cateter retirando o ar do seu interior e o conecte a um equipo estéril.
15. Fixar o cateter na pele com nylon 3-0 (preferir fio monofilamentar).
16. Limpeza do local de punção com solução alcoólica de clorexidina 0,5%.
17. Fazer curativo de forma estéril, utilizando gaze e filme transparente.

Abordagem Supraclavicular:

1. Para a punção da veia subclávia acima da clavícula o médico deve ficar junto à cabeça do paciente.
2. Os pontos de referência são representados pela clavícula e pelo feixe clavicular do músculo esternocleidomastóideo, que delimitam o ângulo claviculoesternocleidomastóideo, e o local da punção está localizado neste ângulo, lateralmente ao feixe clavicular do músculo esternocleidomastóideo.
3. A seringa deve ser introduzida a 45º posteriormente à clavícula em direção ao mamilo contralateral ou um pouco mais caudal. A veia é superficial a este nível e está localizada cerca de 1 a 2 cm abaixo da pele.

5.12 PUNÇÃO DA VEIA FEMORAL

Anatomia: a veia femoral corre na bainha femoral, medialmente à artéria femoral e imediatamente abaixo do ligamento inguinal. Se uma linha for desenhada entre a espinha ilíaca ântero-superior e a sínfise púbica, a artéria femoral corre através do ponto médio; medialmente a este ponto, está a veia femoral. Se a artéria femoral for palpável, a veia femoral estará, imediatamente medial à pulsação.

Abordagem

1. Paciente em decúbito dorsal, podendo elevar o dorso ligeiramente.
2. Tricotomia dos pêlos da região se necessário.
3. Antissepsia ampla e rigorosa da região com clorexidina degermante e clorexidina solução alcoólica. Evitar escorrimento da solução alcóolica para a virilha.
4. Colocação de campos cirúrgicos estéreis, cobrindo totalmente o paciente (da cabeça aos pés).
5. Anestesia local com lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor.
6. Localização da veia femoral: 1º passo é localizar a artéria femoral através de sua pulsação, ultrassom ou achando o ponto médio entre a espinha ilíaca ântero-superior e a sínfise púbica. A veia estará medialmente a artéria femoral.
7. Determine o local da punção 1 a 1,5 cm medialmente à artéria e 2 a 3 cm (dois dedos) abaixo do ligamento inguinal.
8. Anestesia local com lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor.

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

9. Punciona-se a veia femoral com agulha conectada em uma seringa e introduzida através da pele em um ângulo de 45º a 60º e orientada em sentido cefálico paralela ao plano sagital, mantendo-se aspiração constante até obter-se refluxo de sangue. Um erro cometido com frequência consiste em orientar a agulha em direção à cicatriz umbilical.

10. Conforme a agulha for lentamente avançada, mantenha pressão negativa na seringa. Assim que o lume da veia for atingido, aparecerá sangue na seringa. Aspire sangue, confirmando um bom fluxo.
11. Remova a seringa da agulha.
12. Insira o guia metálico através da agulha e remova a agulha, conforme a técnica de Seldinger.
13. Através do guia é introduzido um dilatador venoso, que será retirado após assegurar um trajeto livre. Se necessário, podese fazer uma pequena incisão na pele, de cerca de 1mm, para facilitar a passagem do dilatador pela pele.
14. Introduzir o cateter no interior da veia através do guia e retirar este último em seguida.
15. Aspire o sangue no cateter retirando o ar do seu interior e o conecte a um equipo estéril.
16. Fixar o cateter na pele com nylon 3-0 (preferir fio monofilamentar).
17. Limpeza do local de punção com solução alcoólica de clorexidina 0,5%.
18. Fazer curativo de forma estéril, utilizando gaze e filme transparente.

5.13 PUNÇÃO DA ARTÉRIA FEMORAL

Anatomia: a artéria femoral corre na bainha femoral, lateralmente à veia femoral e imediatamente abaixo do ligamento inguinal. Se uma linha for desenhada entre a espinha ilíaca ântero-superior e a sínfise púbica, a artéria femoral corte através do ponto médio; medialmente a este ponto, está a veia femoral. Se a artéria femoral for palpável, a veia femoral estará, imediatamente medial à pulsação.

1. Paciente em decúbito dorsal, podendo elevar o dorso ligeiramente.
2. Tricotomia dos pêlos da região se necessário.

COPIA NÃO CONTROLADA
Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. Antissepsia ampla e rigorosa da região com clorexidina degermante e clorexidina solução alcoólica. Evitar escorrimento da solução alcóolica para a virilha.

4. Colocação de campos cirúrgicos estéreis, cobrindo totalmente o paciente (da cabeça aos pés).

5. Anestesia local com lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor.

6. Localização da artéria: Localizar a artéria femoral através de sua pulsação, ultrassom ou achando o ponto médio entre a espinha ilíaca ântero-superior e a sínfise púbica.

7. Determine o local da punção 2 a 3 cm (dois dedos) abaixo do ligamento inguinal.

8. Anestesia local com lidocaína 1% ou 2% sem vasoconstritor.

9. Punciona-se a artéria femoral com agulha conectada em uma seringa e introduzida através da pele em um ângulo de 45º a 60º e orientada em sentido cefálico paralela ao plano sagital, mantendo-se aspiração constante até obter-se refluxo de sangue. Um erro cometido com frequência consiste em orientar a agulha em direção à cicatriz umbilical.

10. Conforme a agulha for lentamente avançada, mantenha pressão negativa na seringa. Assim que o lume da artéria for atingido, aparecerá sangue na seringa. Aspire sangue, confirmando um bom fluxo.

11. Remova a seringa da agulha.

12. Insira o guia metálico através da agulha e remova a agulha, conforme a técnica de Seldinger.

13. Através do guia é introduzido um dilatador arterial, que será retirado após assegurar um trajeto livre. Se necessário, podese fazer uma pequena incisão na pele, de cerca de 1mm, para facilitar a passagem do dilatador pela pele.

14. Introduzir o cateter no interior da artéria através do guia e retirar este último em seguida.

15. Aspire o sangue no cateter retirando o ar do seu interior e o conecte a um transdutor de pressão estéril.

16. Fixar o cateter na pele com nylon 3-0 (preferir fio monofilamentar).

17. Limpeza do local de punção com solução alcoólica de clorexidina 0,5%. Fazer curativo de forma estéril.

5.14 PUNÇÃO DA VEIA JUGULAR EXTERNA

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico

Anatomia: Formada pela união da v. auricular posterior e v. retro-mandibular. Com trajeto descendente, cruza obliquamente o m. esternocleidomastóideo. Desemboca na v. subclávia ou, às vezes na v. jugular interna.

1. Paciente em decúbito dorsal com Tredelenburg de 15º. A cabeça deve ser estendida e virada para o lado oposto da punção.

2. Antissepsia da região com álcool a 70%. 3. Comprimir a veia com o dedo na parte distal do seu trajeto junto à clavícula. A manobra de Valsalva pode facilitar a identificação da veia.

4. Alinhe a cânula na direção da veia, com a ponta dirigida para o ombro ipsilateral.

5. Puncione a veia com o bisel da agulha voltado para cima mantendo um ângulo de 30º com a pele.

6. Note o retorno venoso, diminua o ângulo do cateter com a pele para 10º e avance o mesmo através da agulha.

7. Retire a agulha e conecte o equipo com soro.

8. Fixar o cateter com filme transparente estéril.

6. REFERÊNCIAS

Tietze KJ, Fuchs B. *Sedative-analgesic medications in critically Illadults: Properties, dosege regimens, and advers effects. Uptodate. Last updated:* Jan 28, 2020. Disponível em: < uptodate.com > Acesso em 11 de fevereiro de 2020;

Irwin, Richard S.; Lilly, Craig M.; Rippe, James M.; Irwin & Rippe/ Manual de Terapia Intensiva (Locais do Kindle 1966-1980). Guanabara Koogan. Edição do Kindle;

Moraes, Rafael Baberena. Medicina Intensiva: Consulta Rápida (p.604). Edição edo Kindle.

7. ANEXO

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico

CHECKLIST DE INSERÇÃO DE PUNÇÃO VENOSA CENTRAL E PUNÇÃO ARTERIAL

Este checklist deve ser aplicado em toda punção de acesso central ou monitorização da PIA

	CHECAR	CONDUTA EM CASO DE ALTERAÇÃO
ANTES DO PROCEDIMENTO		
1.	Todos dentro do box com máscara?	Se NÃO → Solicitar que todos usem máscara enquanto estiverem no box
2.	Executor com gorro e máscara?	Se NÃO → Comunicar o executor para colocá-los
3.	Necessita óculos de proteção ou outro EPI? (perguntar ao executor)	Se SIM → Providenciar antes da punção
4.	Necessita do ultrassom?	Se SIM → Posicioná-lo no local adequado, indicado pelo executor
5.	Verificar o sitio de punção > Necessita remoção de resíduos grosseiros (gel, vômitos etc), remoção de fios, esparadrapo, gazes ou eletrodos?	Se SIM → Removê-los
6.	Higienização das mãos de forma adequada e usando clorexidina degermante 2%?	Se NÃO → Repetir o processo
7.	Luva e capote estéril?	Se NÃO → Comunicar o executor
8.	Houve quebra da antissepsia durante a lavagem das mãos, colocação do capote e das luvas estéreis?	Se NÃO → Repetir o processo
9.	Técnica asséptica na abertura dos materiais? (abrir todos os materiais antes do procedimento, inclusive equipos, kits de monitorização, drenos etc)	Se NÃO → Repetir o processo
10.	Paciente necessita analgesia ou sedação antes do procedimento?	Se SIM → Administrar medicação antes do procedimento
DURANTE O PROCEDIMENTO		
11.	Antissepsia ampla do sitio cirúrgico com clorexidina degermante 2% (2 vezes) e solução alcoólica?	Se NÃO → Comunicar ao executor
12.	Cobriu o paciente INTEIRO com os campos estéreis?	Se NÃO → Solicitar ao executor cobrir todo paciente
13.	Proteção da sonda do Ultrassom de forma adequada? (luva de laparoscopia)	Se NÃO → Repetir a operação
14.	Houve quebra da antissepsia durante a degermação, colocação dos campos e proteção do US?	Se SIM → Solicitar ao executor repetir a operação
15.	Uso de técnica asséptica durante todo o procedimento?	Se NÃO → Comunicar ao executor

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico

APÓS O PROCEDIMENTO (verificar juntamente com o médico)		
16.	Fio guia retirado e identificado?	Se NÃO ➔ Procurá-lo
17.	Fixação do acesso central/PIA femoral com nylon 3-0 nos quatro pontos do cateter?	Se NÃO > solicitar ao médico fixa-lo corretamente
18.	PIA em radial ou pediosa bem fixada?	Se NÃO > solicitar ao médico fixá-la corretamente
19.	Sinais de isquemia no membro onde foi puncionada a PIA	Se SIM ➔ Considerar nova punção
Recomendações finais	I. Lembrar o médico: RX tórax após acesso central II. Descartar Material pérfuro cortante em local seguro III. Após retirada da luva estéril, higienizar as mãos com clorexidina IV. Fazer curativo com gazinha e micropore de forma correta (enfermagem)	

BUNDLE: PREVENÇÃO DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA

BUNDLE: Grupo de intervenções baseadas em evidências científicas que quando adotadas juntas resultam em melhores resultados do que adotadas individualmente (Institute for Healthcare Improvement, 2012).

1. Programa de orientação com checklist de segurança.
2. Autorização para que a enfermagem interrompa o procedimento em caso de violação da técnica estéril.
3. Uso preferencial do acesso jugular e subclávio. Transferência do cateter do acesso femoral para outro acesso logo que possível.
4. Realizar higienização das mãos antes e após a inserção e para manipulação do cateter
5. Precauções de barreira máxima: uso de gorro, máscara, luvas e capote estéreis, além de campos estéreis que cubram totalmente o paciente.
6. Fazer antissepsia do local de inserção com clorexidina solução alcoólica 0,05%
7. Realizar reavaliação diária do sítio de inserção
8. Realizar desinfecção das conexões com solução antisséptica
9. Manter curativo de cateteres, aderidos, limpos, secos e na validade. Trocar se necessário
10. Trocar equipos e dispositivos complementares quando houver a troca do cateter.
11. Retirada dos cateteres quando não forem mais necessários

CÓPIA NÃO CONTROLADA

ELABORAÇÃO	Papel: SE_CTI - LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador
VERIFICAÇÃO	Papel: SE_SCIH - LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador, Papel: SE_SCIH - KARLA GABRIELLA OLIVEIRA PEIXOTO DE SOUSA - Enfermeiro SCIH

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico

APROVAÇÃO	SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 24/10/2025 07:53:20

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

1. OBJETIVO

Orientar os profissionais no manejo dos pacientes em delirium, no ambiente de terapia intensiva, do Hospital da Baleia.

2. ABRANGÊNCIA

UTIA;

Unidade de Internação

Unidade de Decisão Clínica.

3. TERMO E DEFINIÇÕES

3.1 UTIA: Unidade de Terapia Intensiva Adulto;

3.2 ≥: Maior ou igual;

3.3 O delirium, também denominado estado confusional agudo, é um quadro clínico frequente entre os idosos hospitalizados que se caracteriza por início agudo, curso flutuante, déficit de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência (APA, 2013). É de extrema importância o diagnóstico, tratamento precoce e abordagem como uma emergência clínica, uma vez que se trata de uma condição prevenível, com tratamento não farmacológico passível de ser realizado por toda equipe multiprofissional e representa um preditor independente de mortalidade e disfunção cognitiva a longo prazo. Apesar da alta prevalência, principalmente em idosos, é geralmente subdiagnosticado, é diretamente relacionado a piora de desfechos clínicos e aumento do tempo de internação. Entre os idosos hospitalizados por condição clínica aguda, 18% a 35% preenchem critério para delirium no momento da admissão. Com a adição dos casos incidentes (delirium desenvolvido após a admissão), em populações de alto risco até 50% dos idosos apresentam delirium em algum momento durante a hospitalização.

Este protocolo foi desenvolvido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital da Baleia, podendo estender seu uso para as Unidades de Internação (UI) e Unidade de Decisão Clínica (UDC). A abordagem por meio de protocolo permite padronização dos processos e gestão de indicadores. Para tal a particularidade de cada ambiente devem ser respeitadas.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

5. DESCRIÇÃO

5.1 Detecção e diagnóstico

Identificação dos casos suspeitos:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

- Qualquer profissional da equipe multidisciplinar pode identificar casos suspeitos de delirium.
- Todos os profissionais devem reconhecer as características chaves listadas abaixo.
- O médico e enfermeiro, profissionais com maior contato com o paciente, deverão sempre ser acionados uma vez que o diagnóstico e eminentemente clínico.
- Sugere-se investigação de potenciais causas que devem ser adicionados a anamnese e observação minuciosa, incluindo fatores listados a seguir.
- Reconhecimento dos fatores precipitantes e predisponentes:

Fatores predisponentes (prévios) - Características não modificáveis e representam maior risco para delirium:

- o Idade (especialmente acima de 75 anos)
- o Antecedente de síndrome demencial
- o Carga cumulativa de doenças crônico degenerativas
- o Presença de déficits sensoriais (visual ou auditivo)
- o Etilismo

Fatores precipitantes (novos) - Características potencialmente modificáveis (Fatores que atuam em conjunto para desencadear o delirium):

- o Infecção o Desidratação o Distúrbios hidroeletrolíticos (Exemplo: sódio, cálcio)
- o Distúrbios metabólicos (Exemplo: glicemia, uremia)
- o Hipoperfusão ou hipóxia (Exemplo: sepse, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória)
- o Medicações sedativas ou anticolinérgicas
- o Dor sem controle adequado
- o Constipação intestinal
- o Retenção urinária (Bexigoma) o Imobilidade
- o Dispositivos que causam restrição (sondas, cateteres, contenção física)

Características chaves:

- Desenvolve-se num curto período (horas a dia), representa uma mudança do estado basal, e tende a apresentar flutuação durante o curso do dia;
- Distúrbio de atenção e orientação em relação ao ambiente;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

- Presença de um distúrbio adicional de cognição – como déficits de memória, linguagem, desorientação, alteração visuoespacial e de percepção;
- Distúrbios não são mais bem explicados por outra alteração neuro cognitiva preexistente - como demência
- Há evidência, a partir da história e exame clínico, de que o distúrbio é consequência direta de outra condição médica.

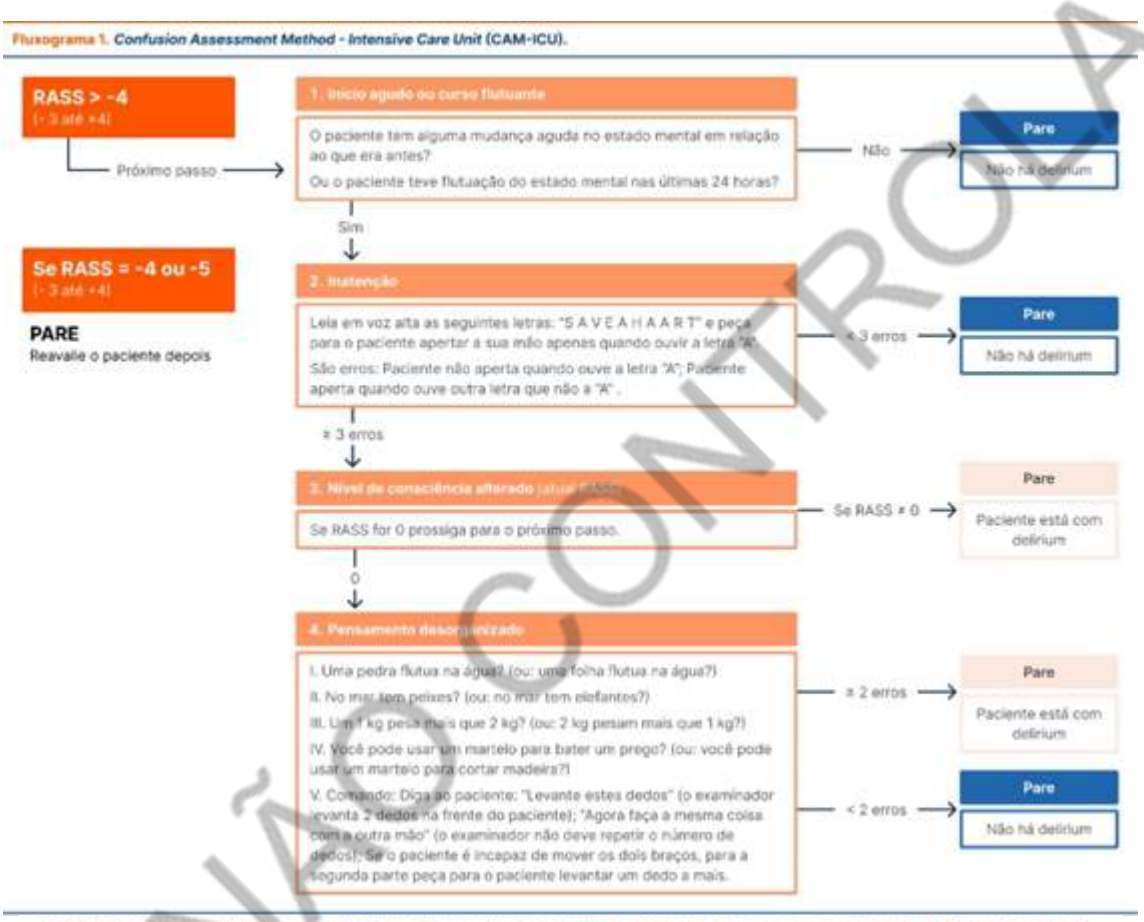
O instrumento de rastreio e identificação, a partir da suspeição, que será utilizado no processo:

- Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit (CAM - ICU).
- Ferramenta validade, em português, e amplamente utilizada por sua praticidade.
- Essa ferramenta tem sensibilidade de 93–100% e especificidade entre 89–100%. Apesar de desenvolvido inicialmente para UTI, é costumeiramente aplicado em outros cenários.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem



Fonte: Adaptado de GUIA TDC. Delirium. Disponível em: https://www.tadeclinicagem.com.br/guia/418/delirium/#418-1687-diagnostico-e-rastreio

5.2 Classificação

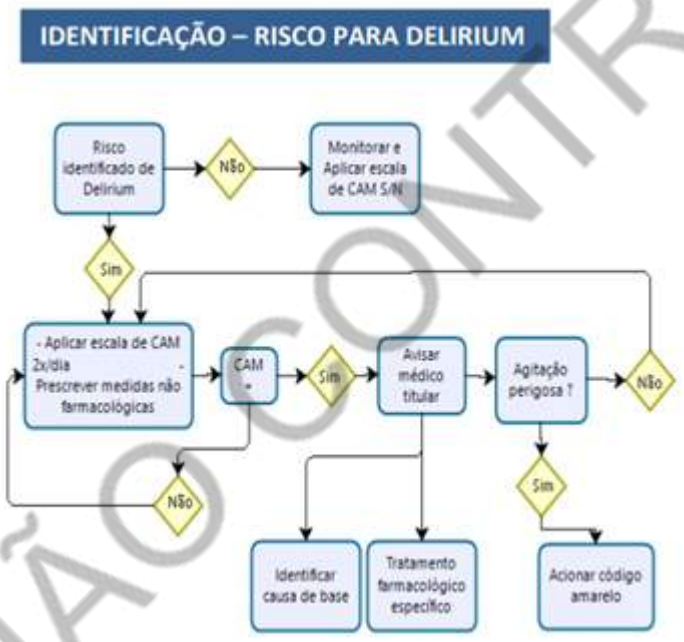
- Hiperativo: Neste estado o nível de alerta do paciente está elevado, ele irá se apresentar agitado,
- Inquieto. O comportamento pode estar inadequado ou mesmo apresentar alucinações.
- Hipoativo: O quadro se apresenta como letargia, atividade motora reduzida, falta de interesse nas atividades e na interação com examinador e familiares. O discurso pode ser incoerente.
- Misto: Se caracteriza pela combinação dos sinais e sintomas acima descritos, alternando entre o elas ou com características sobrepostas.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 2 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

Nos pacientes suspeitos, que possuam as características chave e, em todos os pacientes ≥ 75 anos com tempo de internação ≥ 2 dias, a ferramenta diagnóstica (CAM-ICU) deverá ser aplicada pelo enfermeiro a cada 12 horas. A partir do resultado positivo o médico deverá ser acionado para tratamento farmacológico específico e identificação de causa base. Na unidade de internação/Enfermaria, se agitação psicomotora perigosa identificada, acionar o médico por meio do código amarelo.



Fonte: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Delirium.pdf

5.3 Investigação Complementar:

- Revisão dos medicamentos em uso
- Alguns exames comumente solicitados no contexto de delirium são: hemograma, marcadores inflamatórios, função renal, função hepática, eletrólitos (especialmente sódio, cálcio e magnésio) e glicemia capilar.
- Outros exames complementares que podem ser solicitados a depender do contexto clínico são: eletrocardiograma, troponina, função tireoidiana, dosagem vitamina B12, gasometria arterial, análise de urina, urocultura, hemocultura e radiografia de tórax. Não há uma lista fixa de exames complementares que deve ser solicitada para todos os pacientes em delirium.
- A solicitação de exames deve ser feita conforme as suspeitas clínicas.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- A solicitação de neuroimagem, eletroencefalograma ou punção lombar deve ser reservada àqueles indivíduos com causa inexplicada de delirium após uma avaliação inicial ou àqueles com suspeita clínica específica.
- Casos atípicos e de difícil manejo deve ser elegíveis para avaliação especializada: neurologia (sinais ou sintomas focais, suspeita de estado epiléptico não convulsivo ou suspeita de doença neurológica primária.)

5.4 **Prevenção**:

- Intervenções não farmacológicas são eficazes na prevenção e no tratamento do delirium, sendo classificadas como primeira linha do manejo, mesmo em classificados com delirium hiperativo.
- O uso de contenções mecânicas deve ser reservado a casos de agitação e agressividade graves, com risco iminente à segurança do paciente ou de outras pessoas. A contenção mecânica deverá ser utilizada pelo menor tempo possível e sempre em associação com medidas farmacológicas para controle do comportamento (por exemplo, antipsicóticos).
- A presença de um acompanhante com o qual o paciente esteja familiarizado e tenha afinidade serve como elemento de referência e segurança durante a internação. A presença constante de um acompanhante é fundamental na UDC e nas UI. Na UTI os horários de visita e permanência podem ser ampliados para pacientes de alto risco.
- Na UI, o paciente deve ser alocado próximo ao posto de enfermagem para facilitar os cuidados.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

Medidas para orientação têmporo-espacial	• Quartos com janelas e acesso à luz natural e redução da iluminação artificial durante a noite. • Colocação de relógios e calendários acessíveis ao paciente. • Reorientação verbal por meio de profissionais de saúde e familiares.
Estimulação cognitiva	• Presença regular de familiares e amigos.
Prevenir o sono de má qualidade	• Evitar ruídos, iluminação excessiva, realização de exames, administração de medicamentos e medidas de sinais vitais.
Mobilização	• Promover a mobilização precoce e segura • Minimizar ou evitar a utilização de contenções físicas
Correção de déficits sensoriais	• Ofertar e encorajar o paciente a utilizar lentes corretivas, aparelhos auditivos e próteses dentárias.
Atenção às eliminações fisiológicas	• Adotar medidas para a prevenção e manejo de constipação e retenção urinária.
Prevenir desidratação	• Estimular o consumo adequado de líquidos, preferencialmente pela via oral.
Revisar e retirar dispositivos invasivos	• A revisão e retirada de dispositivos invasivos deve fazer parte da avaliação sistemática rotineira dos pacientes.
Atenção às necessidades não atendidas	• Identificar, prevenir e tratar dor; • Ter equipe disponível para identificar, prevenir e manejar necessidades não atendidas (fraldas sujas, sede, fome, mudança de decúbito, frio, calor, etc.), especialmente para aqueles indivíduos com declínio cognitivo.

Fonte: Adaptado de GUIA TDC. Delirium. Disponível em: https://www.tadeclinicagem.com.br/guia/418/delirium/#418-1687-diagnostico-e-rastreio

- Prevenção farmacológica: Pacientes com alto risco de delirium que necessitem de sedação na UTI, devem ter a Dexmedetomidina (Precedex®) como agente de escolha, caso não exista contraindicação a este agente. Em uma metanálise de 18 estudos que reuniu 3.309 pacientes cirúrgicos com necessidade de sedação no pós-operatório, o uso de Dexmedetomidina foi associado a um risco 65% menor de delirium, tanto em cirurgias cardíacas quanto não cardíacas (Duan e cols., 2018).

5.5 Tratamento:

- Nenhum medicamento comprovadamente muda o curso clínico do delirium.
- Atualmente o uso dos antipsicóticos (drogas de escolha) são recomendados para agitação e/ou sintomas psicóticos importantes a graves, refratários as medidas não farmacológicas. Desta forma, não há indicação de terapia farmacológica para os casos classificados como delirium hipoativo.
- Dentre os fármacos antipsicóticos, o mais utilizado é o haloperidol, mas outros antipsicóticos podem ser utilizados e seus efeitos farmacológicos devem ser conhecidos. Após a administração de alguma medicação, o paciente deverá ser reavaliado dentro de 30 a 60 minutos.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

- Doses de manutenção não são obrigatórias. Caso seja optado pela manutenção da medicação, esta deve permanecer pelo menor tempo possível.

6. REFERÊNCIAS

- Fonte: Adaptado de HCOR, Associação Beneficente Síria. Protocolo de delirium.
- APA – American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Duan X, Coburn M, Rossaint R, Sanders RD, Waesberghe JV, Kowark A. Efficacy of perioperative dexmedetomidine on postoperative Delirium: systematic review and metaanalysis with trial sequential analysis of randomised controlled trials. Br J Anaesth. 2018 Aug;121(2):384-397.
- HOSPITAL DO CORAÇÃO – HCor. Protocolo de Delirium – Adulto. São Paulo: HCor, 2022. Disponível em: https://www.hcor.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Protocolo-delirium.pdf. Acesso em: 01 jun. 2025.
- HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Protocolo de Delirium. São Paulo: HIAE, 2023. Disponível em: https://www.einstein.br/profissional-da-saude/protocolos/delirium. Acesso em: 16 jun. 2025.
- Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. N Engl J Med. 2017;377(15):1456- 1466.
- Mo Y, Yam FK. Rational Use of Second-Generation Antipsychotics for the Tratament of IC
- Delirium: A Neuropharmacological Approach. J Pharm Pract. 2017 Feb;30(1):121-129.
- SAÚDE EM NOSSAS MÃOS. Protocolo clínico: sedo analgesia. São Paulo: PROADI-SUS, 2025. Disponível em: https://saudeemnossasmaos.proadi-sus.org.br/www/wpcontent/uploads/2025/01/Protocolo-clinico-Sedoanalgesia.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.
- DSM - 5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 202

7. ANEXO

Não se aplica.

ELABORAÇÃO	FLAVIANO NAZARENO A. DO C. JÚNIOR - Médico
VERIFICAÇÃO	LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador
APROVAÇÃO	SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 21/08/2025 09:19:07

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

1. OBJETIVO

1.1) Estabelecer critérios de alta sensibilidade para o reconhecimento precoce da Endocardite Infecciosa.

1.2) Padronizar o diagnóstico e tratamento

1.3) Garantir desospitalização segura com uso de tratamento guiado. Visa melhor atendimento, tratamento e desfecho clínico, além de redução de tempo de internação.

2. ABRANGÊNCIA

2.1) Aplica-se a pacientes adultos (>14 anos) internados ou admitidos na Clínica Médica do Hospital, com suspeita ou diagnóstico de Endocardite Infecciosa.

3. TERMO E DEFINIÇÕES

3.1) Endocardite Infecciosa: Infecção da superfície endocárdica do coração, geralmente envolvendo válvulas cardíacas ou dispositivos cardíacos permanentes. Mais comum na válvula mitral, seguida da válvula aórtica.

3.2) Fatores de risco: cateter intravenoso, imunossupressão, procedimento odontológico ou cirúrgico recente, doença cardíaca valvar ou congênita pré-existente, uso de drogas intravenosas, dispositivo cardíaco permanente.

3.2) Diagnóstico:

3.2.1) O diagnóstico é baseado no conjunto de achados clínicos, microbiológicos, patológicos e radiológicos.

3.2.2) Devem ser solicitados 2-3 pares de hemoculturas em sítios diferentes (aeróbio e anaeróbio).

3.2.3) Utilizar os Critérios de Duke modificados (2015):

- Confirmada: 2 critérios maiores OU 1 critério maior + 3 menores OU 5 critérios menores OU confirmação patológica.
- Possível: 1 critério maior + 1 critério menor OU 3 critérios menores.
- Rejeitada: Não preenche critérios para a confirmada e para a possível. Outro diagnóstico mais plausível que justifique os sinais e sintomas. Melhora dos sintomas com menos de 4 dias de antibiótico.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

Critérios maiores conforme atualização dos critérios de Duke de 2023
Critérios microbiológicos
Microrganismo típicos[1] de endocardite isolados em 2 hemoculturas diferentes
Microrganismo atípicos de endocardite isolados em 3 hemoculturas diferentes
Coxiella burnetii, *Bartonella spp* ou *Tropheryma whipplei* identificados por PCR ou outra técnica molecular
Coxiella *burnetii* identificada por IgG antifase I ≥ 1:800 ou isolado em 1 hemocultura
Bartonella henselae ou *Bartonella quintana* identificado via imunofluorescência indireta com IgG ≥ 1:800
Critérios radiológicos
Ecocardiograma e/ou tomografia cardíaca demonstrando vegetação, perfuração de valva, aneurisma de valva, abscesso, pseudoaneurisma ou fístula intracardíaca.
Nova regurgitação valvar significativa na ecocardiografia em comparação com imagem anterior. O agravamento ou alteração da regurgitação pré-existente não é suficiente.
Nova deiscência parcial da valva protética em comparação com a imagem anterior
Atividade metabólica anormal detectada por [18F]FDG PET/CT envolvendo uma valva nativa ou protética, enxerto aórtico ascendente (com evidência concomitante de envolvimento da válvula), eletrodos de dispositivos intracardíacos ou outro material protético
Critérios cirúrgicos
Evidência de endocardite infecciosa documentada por inspeção direta durante cirurgia cardíaca sem critério maior radiológico nem confirmação histológica ou microbiológica subsequente

PCR - *Polymerase chain reaction.*

[1]Microrganismos típicos: *Staphylococcus aureus*; *Staphylococcus lugdunensis*; *Enterococcus faecalis*; *Streptococcus spp* (exceto *S. pneumoniae* and *S. pyogenes*), *Granulicatella* e *Abiotrophia spp.*, *Gemella spp.*, grupo HACEK (*Haemophilus species*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, e *Kingella kingae*). No contexto de dispositivo protético intracardíaco: *Staphylococcus* coagulase negativo, *Corynebacterium striatum* e *C. jeikeium*, *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Cutibacterium acnes*, micobactérias não-tuberculose (especialmente *M. chimaerae*) e *Candida spp.*

Adaptado de Fowler VG, Durack DT, Selton-Suty C, Athan E, Bayer AS, Chamis AL, Dahl A, DiBernardo L, Durante-Mangoni E, Duval X, Fortes C, Fosbøl E, Hannan MM, Hasse B, Hoen B, Karchmer AW, Mestres CA, Petti CA, Pizzi MN, Preston SD, Rogue A, Vandenesch F, van der Meer JTM, van der Vaart TW, Miro JM, The

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

Critérios menores conforme atualização dos critérios de Duke de 2023
Predisposição
História prévia de endocardite
Cirurgia valvar prévia
Cardiopatia congênita
Insuficiência ou estenose valvar moderada ou grave
Dispositivos cardíacos eletrônicos implantáveis
Cardiomiopatia hipertrófica
Uso de drogas injetáveis
Febre
Febre definida como temperatura > 38°C

Evidência clínica ou radiológica de fenômenos vasculares
Embolia arterial
Embolia séptica pulmonar
Abscesso esplênico
Abscesso cerebral
Aneurisma micótico
Hemorragia intracraniana
Hemorragia conjuntival
Manchas de Janeway
Púrpura purulenta
Fenômeno imunológico
Fator reumatoide positivo
Nódulos de osler
Manchas de roth
Glomerulonefrite por imunocomplexo

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

Microbiológico
Hemoculturas positivas para microrganismo típico[1] de endocardite mas que não se enquadra em critério maior. Exclui hemoculturas positivas únicas ou ensaios baseados em sequenciamento para microorganismos que frequentemente contaminam culturas ou que raramente causam endocardite infecciosa
Cultura positiva, PCR ou outro teste baseado em ácido nucleico (*amplicon* ou sequenciamento *shotgun*, hibridação *in situ*) para um microrganismo consistente com endocardite infecciosa de um local do corpo estéril que não seja tecido cardíaco, prótese cardíaca ou êmbolo; ou um achado único de uma bactéria da pele por PCR em uma válvula ou fio sem evidência clínica ou microbiológica
Radiológico
Atividade metabólica anormal detectada por [18F]FDG PET/CT dentro de 3 meses de implante de prótese valvar, enxerto de aorta ascendente (com concomitante evidência de envolvimento da válvula), eletrodos de dispositivos intracardíacos ou outras próteses
Exame físico
Nova regurgitação valvar identificada na ausculta, se a ecocardiografia não for disponível. Piora ou mudança de sopro pré-existente não é suficiente.

PCR - *Polymerase chain reaction.*

[1]Microrganismos típicos: *Staphylococcus aureus*; *Staphylococcus lugdunensis*; *Enterococcus faecalis*; *Streptococcus spp* (exceto S. *pneumoniae* and S. *pyogenes*), *Granulicatella* e *Abiotrophia spp.*, *Gemella spp.*, grupo HACEK (*Haemophilus species*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, e *Kingella kingae*). ~~No contexto de dispositivo pro~~tético intracardíaco: *Staphylococcus*

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Critérios de confirmação patológica para endocardite infecciosa

Microrganismos identificados no contexto de sinais clínicos de atividade de endocardite em vegetação de:

- Tecido cardíaco;
- Explantado válvula protética ou anel de costura;
- Enxerto de aorta ascendente (com evidência concomitante de envolvimento da válvula);
- Dispositivo endovascular eletrônico implantável intracardíaco (CIED - *cardiac implantable electronic devices*);
- Um êmbolo arterial.

Endocardite ativa[1] (pode ser aguda ou subaguda/crônica) identificado em uma vegetação de:

- Tecido cardíaco;
- Válvula protética explantada ou no traço de costura da valva explantada;
- Enxerto de aorta ascendente (com evidência concomitante de envolvimento da válvula);
- CIED;
- Um êmbolo.

A presença de **qualquer** critério positivo confirma endocardite infecciosa.

[1]Vegetações, destruição de folhetos ou tecido adjacente das válvulas nativas ou protéticas mostrando graus variáveis de infiltrados de células inflamatórias e cicatrização.

Adaptado de Fowler VG, Durack DT, Selton-Suty C, Athan E, Bayer AS, Chamis AL, Dahl A, DiBernardo L, Durante-Mangoni E, Duval X, Fortes C, Fosbøl E, Hannan MM, Hasse B, Hoen B, Karchmer AW, Mestres CA, Petti CA, Pizzi MN, Preston SD, Roque A, Vandenesch F, van der Meer JTM, van der Vaart TW, Miro JM. The 2023 Duke-ISCVID Criteria for Infective Endocarditis: Updating the Modified Duke Criteria. Clin Infect Dis. 2023 May 4:ciad271. doi: 10.1093/cid/ciad271. Epub ahead of print. PMID: 37138445.

3.2.3) Imagem cardíaca: Ecocardiograma transtorácico inicial; preferir transesofágico pela maior sensibilidade e detecção de complicações.

3.2.4) Manifestações clínicas comuns: febre, calafrios, perda de peso, sopro cardíaco novo/alterado, lesões de Janeway, nódulos de Osler, manchas de Roth.

3.2.5) Achados laboratoriais: marcadores inflamatórios elevados, anemia normocítrica e normocrômica, hematúria, proteinúria e piúria.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

4.1) Treinamento da equipe médica para aplicação dos critérios diagnósticos e esquemas terapêuticos.

4.2) Treinamento da equipe de laboratório para coleta correta de hemoculturas e priorização no processamento.

4.3) Acesso a exames de imagem cardíaca (ECO transtorácico e transesofágico).

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

5. DESCRIÇÃO

5.1) Fluxo de atendimento:

1. Suspeitar em pacientes com bacteremia + fatores de risco + sopro novo/alterado.
2. Coletar hemoculturas (2-3 pares de sítios distintos).
3. Solicitar ECO transtorácico inicial; se suspeita mantida ou complicações, realizar transesofágico.
4. Iniciar terapia antimicrobiana empírica em casos graves, cobrindo Staphylococcus, Streptococcus e Enterococcus. Ajustar após resultados das culturas. Duração a partir do primeiro dia de hemoculturas negativas.
5. Avaliar complicações cardíacas (regurgitação valvar, ICC, bloqueios), neurológicas (AVC, abscesso cerebral), embólicas (infarto de rim, baço), reações imunes (glomerulonefrite).
6. Realizar orientações preventivas: higiene oral rigorosa, colonoscopia obrigatória em infecção por S. bovis/S. equinus, trocar acesso vascular em hemodiálise quando possível.

5.2) Esquema de Tratamento com antimicrobianos

- Tratamento empírico inicial (adultos): Vancomicina + Ceftriaxona IV.
- Tratamento direcionado (ajustar conforme resultado das culturas):
    - Estreptococos sensíveis à penicilina: Penicilina G cristalina 12-18 milhões UI/dia IV (4/4h) + Gentamicina 3 mg/kg/dia IV 2 sem.
    - Estreptococos resistentes: Ceftriaxona 2 g IV/dia + Gentamicina 3 mg/kg/dia IV.
    - Staphylococcus aureus meticilina-sensível: Oxacilina 2 g IV 4/4h
    - Staphylococcus aureus meticilina-resistente: Vancomicina 15 mg/kg IV 12/12h + Rifampicina 300 mg VO 8/8h (se prótese).
    - Enterococcus sensível: Ampicilina 2 g IV 4/4h + Gentamicina 3 mg/kg/dia IV por 4-6 semanas.

***Ponto de Atenção: Dose da Vancomicina deve ser sempre guiada pela Vancocinemia.**

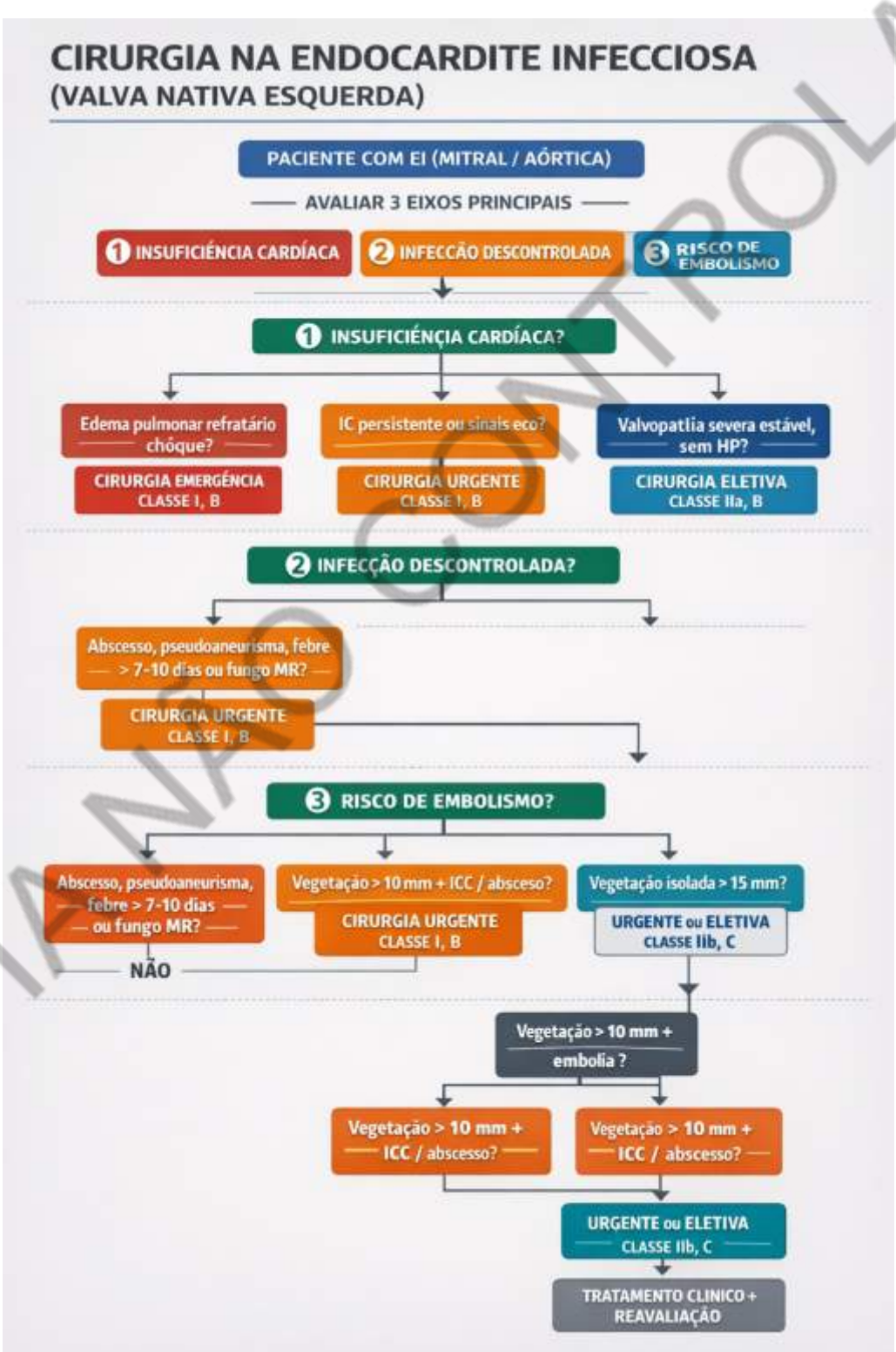
Duração: geralmente 4-6 semanas a partir do primeiro dia de hemoculturas negativas.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

5.3) Indicação de tratamento cirúrgico:



CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

INDICADORES

6.1. Percentual de pacientes com suspeita de endocardite que tiveram hemoculturas coletadas antes do antibiótico.

6.2. Percentual de pacientes tratados conforme esquema recomendado após resultado da cultura.

6.3. Taxa de complicações embólicas e mortalidade hospitalar.

6. REFERÊNCIAS

1. Baddour LM et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. AHA Scientific Statement. Circulation. 2015;132:1435–1486. (https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.0000000000000296)

2. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology. Endorsed by: European Assocition for Cardio-Thorasic Surgery. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26320109/

3. The 2023 Duke-ISCVID Criteria for infective Endocarditis: Updating the Modified Duke Criteria. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37138445/

4. The Duke Criteria for diagnosing infective endocarditis are specific: analysis off 100 patients with acuti fever of fever of unkown origin. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8842267/

7. ANEXO

Não se aplica.

ELABORAÇÃO	NATALIA DE PAULA SANTOS VECCHIO - Médico
VERIFICAÇÃO	Papel: SE_SCIH - LUCAS GUIMARÃES - Médico Infectologista, ALINE MARTINS CARDOSO - Médico
APROVAÇÃO	SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 25/03/2026 12:50:22

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

1. OBJETIVO

Evitar complicações cardiovasculares no perioperatório conforme evidências mais recentes. Estratificar risco clínico e funcional, permitindo intervenção adequada e tomada de decisão segura

2. ABRANGÊNCIA

Corpo Clínico.

3. TERMO E DEFINIÇÕES

Não se aplica.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

Não se aplica.

5. DESCRIÇÃO

1. FLUXOGRAMA AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR PERIOPERATÓRIA

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

CÓPIA NÃO CONTROLADA

2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PRÉ-OPERATÓRIA GERAL

2.1) **Condições Cardiovasculares Graves / Instáveis no Perioperatório**

A primeira etapa da avaliação é a verificação das condições clínicas basais do paciente.

- Pacientes com **condições cardiovasculares graves ou instáveis** (ex.: síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias graves, valvopatias importantes ou hipertensão grave não controlada) devem ter a **estabilização clínica priorizada** em relação à operação eletiva.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Nestes casos, a cirurgia deve ser adiada e reconsiderada somente após a compensação adequada.

Tabela 2 – Condições cardiovasculares graves/instáveis no perioperatório

Síndrome coronariana aguda
Doenças instáveis da aorta torácica
Edema agudo dos pulmões
Choque cardiogênico
Insuficiência cardíaca classe funcional III/IV da NYHA*
Angina classe funcional III/IV da CCS*
Estenose aórtica/mitral importante sintomática
Bradiarritmias ou taquiarritmias graves (BAVT, TV)
Fibrilação atrial de alta resposta ventricular (FC > 120 bpm)
Hipertensão arterial sistêmica não controlada (PA > 180 x 110 mmHg)
Hipertensão arterial pulmonar sintomática

**Pacientes com estas condições que se encontram estáveis e com tratamento já otimizado devem ter a relação risco versus benefício da intervenção cirúrgica analisada em virtude do risco de complicações. NYHA: New York Heart Association; CCS: Canadian Cardiovascular Society; BAVT: bloqueio atrioventricular total; TV: taquicardia ventricular; PA: pressão arterial; FC: frequência cardíaca.*

2.2) **Estimativa do Risco Intrínseco Relacionado ao Tipo de Operação**

O risco intrínseco é definido como a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares perioperatórios **independentemente das variáveis clínicas do paciente**.

- Pacientes estáveis, sem condições cardíacas de alto risco, podem ser encaminhados para cirurgias de **baixo risco intrínseco** sem necessidade de avaliação adicional.

- Em cirurgias de **risco intermediário ou alto**, a decisão deve considerar o estado clínico do paciente e, se necessário, envolver avaliação complementar.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

Tabela 3 – Classificação do risco cardiovascular de acordo com o tipo de operação

Risco baixo (<1%)	Risco intermediário (1-5%)	Risco alto (>5%)
Mama	Carótida assintomática	Aorta e vascular *major*
Procedimentos dentários	Endarterectomia carótida (sintomática)	Revascularização periférica aberta devido à isquemia aguda ou amputação
Tireoide	Angioplastia arterial periférica	Angioplastia carótida (sintomática)
Ocular	Aneurisma de aorta endovascular	Ressecção adrenal
Ginecológica *minor*	Cabeça e pescoço	Pancreática
Ortopédica *minor* (menisco)	Intraperitoneal: colecistectomia, hérnia hiatal, esplenectomia	Fígado e vias biliares
Reconstrutiva	Intratorácica *non-major*	Esofagectomia
Superficial	Neurológica ou ortopédica *major* (espinal, quadril)	Pneumectomia (VATS ou aberta)
Urológica *minor* (RTU)	Transplante renal	Transplante pulmonar
VATS *minor*	Urológica e ginecológica *major*	Transplante hepático
		Cistectomia total
		Reparo de perfuração intestinal

Adaptada de Halvorsen et al.[1] RTU: ressecção transuretral de próstata; VATS: cirurgia torácica por videotoracoscopia.

2.3) **Urgência do Procedimento Cirúrgico**

- **Cirurgias de emergência**: quando o prognóstico da doença de base exige intervenção imediata. Nestes casos, recomenda-se apenas definir estratégias de monitorização (incluindo local do pós-operatório) e medidas para redução do risco no intra e pós-operatório. **Não é indicado solicitar exames que possam atrasar a cirurgia.**

- **Cirurgias de urgência**: quando existe tempo hábil para otimizar a terapêutica cardiovascular e realizar exames essenciais, como ecocardiograma transtorácico, quando indicado. No entanto, **testes funcionais de isquemia miocárdica não devem ser solicitados**, pois o resultado não modificará a conduta imediata.

- **Cirurgias tempo-dependentes**: não configuram urgência, mas o atraso pode comprometer o prognóstico da doença de base (ex.: cirurgias oncológicas). Nesses casos, a conduta deve ser **individualizada**, equilibrando o risco cardiovascular com o risco de progressão da doença.

3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVACULAR

3.1) **Avaliação da Capacidade Funcional**

- Avaliar se o paciente consegue realizar atividades equivalentes a **≥4 METs** (ex.: subir dois lances de escada, caminhar em subida, carregar compras).

- **≥4 METs**: bom prognóstico, geralmente sem necessidade de testes adicionais.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUZA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- **<4 METs**: considerar paciente com maior risco cardiovascular; pode demandar avaliação complementar conforme contexto clínico e tipo de cirurgia.

3.2) **Índices de Risco Clínico**

- **RCRI (Revised Cardiac Risk Index)** – mais utilizado na prática.
- **AUB-HAS2** – útil especialmente em pacientes de alto risco.
- Recomenda-se documentar o escore aplicado no prontuário e usar em conjunto com a avaliação clínica, nunca isoladamente.

Tabela 4 – Variáveis dos índices de risco: RCRI[6] e AUB-HAS2[7]

RCRI	AUB-HAS2
História de doença coronária*	Histórico de doença cardíaca**
História de insuficiência cardíaca	Sintomas da doença cardíaca: angina ou dispneia
História de doença cerebrovascular	Idade ≥ 75 anos
Creatinina > 2,0 mg/dL	Hemoglobina < 12 g/dL
Cirurgia intraperitoneal, intratorácica ou vascular suprainguinal	Cirurgia vascular arterial
Diabetes com insulinoterapia	Cirurgia de emergência

**No RCRI, os critérios para doença coronária são história de infarto agudo do miocárdio, prova funcional positiva, presença de angina, uso de nitrato ou onda Q no eletrocardiograma. **No AUB-HAS2, os critérios para histórico de doença cardíaca são antecedente de infarto do miocárdio, revascularização miocárdica, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial ou valvopatia moderada a severa confirmada por ecocardiograma. RCRI: Índice de Risco Cardíaco Revisado; AUB: American University of Beirut.*

Tabela 5 – Classificação do risco de acordo com o número de variáveis de risco presentes nas coortes de derivação e validação do RCRI6 e do AUB-HAS2[7]

RCRI	AUB-HAS2
Nenhuma	Nenhuma
Uma	Uma
Duas	Duas
Três a seis	Três
	Quatro a seis

RISCO BAIXO	RISCO INTERMEDIÁRIO	RISCO ALTO
RCRI: 0-1 (Classe I/II) AUB-HAS2: 0-1	RCRI: 2 (Classe III) AUB-HAS2: 2-3	RCRI: 3-6 (Classe IV) AUB-HAS2: 4-6

RCRI: Índice de Risco Cardíaco Revisado; AUB: American University of Beirut.

CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECÍFICAS

- **Síndromes coronarianas agudas, arritmias graves, ICC descompensada, valvopatias importantes, HAS grave não controlada** → cirurgia eletiva deve ser adiada até estabilização.
- **DAC estável, IC compensada, DM, DRC, DPOC** → otimizar tratamento clínico antes da cirurgia.

EXAMES COMPLEMENTARES

- **ECG de repouso**: indicado em >45 anos, em presença de fatores de risco ou quando cirurgia de risco intermediário/alto.
- **Ecocardiograma transtorácico**: solicitar apenas se suspeita de disfunção ventricular ou valvopatia não esclarecida.
- **Provas funcionais/isquemia**: não devem ser solicitadas rotineiramente; considerar apenas se resultado for capaz de mudar conduta e se houver tempo hábil.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- **Biomarcadores (BNP, troponina ultrasensível)**: recomendados em pacientes com insuficiência cardíaca, DAC conhecida ou alto risco clínico, especialmente em cirurgias de risco intermediário ou alto.

Figura 1 – *Indicações de exames cardíacos complementares no pré-operatório. *Somente indicado em pacientes em programação de operações de risco intermediário ou alto. **Sem avaliação no último ano (ou 6 meses em casos de doença valvar). DCV: doença cardiovascular; IC: insuficiência cardíaca; SCA: síndromes coronarianas agudas.*

4. MANEJO DE MEDICAÇÕES NO PERIOPERATÓRIO

4.1) Medicações gerais

MEDICAÇÕES	RECOMENDAÇÃO
IECA/BRA: losartana, valsartana, captopril, enalapril	Suspender no dia (NÃO suspender se ICC) *Retornar o mais rápido possível
Bloqueador do canal de cálcio: anlodipino, nifedipina	Suspender no dia
Clonidina	Manter *suspender aumenta o risco de efeito rebote
Diuréticos	Suspender *Risco de lesão renal aguda
Beta bloqueadores: atenolol, bisoprolol, metoprolol, propranolol, carvedilol	Manter *introdução de beta-bloqueadores em pacientes sem uso crônico é contraindicada no intervalo de até 7 dias úteis da cirurgia

CÓPIA NÃO CONTROLADA
Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

Estatinas: sinvastatina, rosuvastatina…	Manter

4.2) Anticoagulantes/ antiagregantes plaquetários

MEDICAÇÕES	RECOMENDAÇÃO
AAS	Manter
Clopidogrel	Suspender 5 dias antes
Ticagrelor	Suspender 5 dias antes
Prasugrel	Suspender 7 dias antes
Varfarina	Suspender 5 dias antes e fazer terapia ponte com heparina, se indicado: avaliar risco
Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina)	Suspender 24 horas antes
Heparina não fracionada	Suspender 4 a 6 horas antes
Dabigatrana	Suspender 48 horas antes
Rivaroxabana	Suspender 24 horas antes
Apixabana	Suspender 24 horas antes

4.2.1) Manejo da varfarina no pré e pós operatório:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

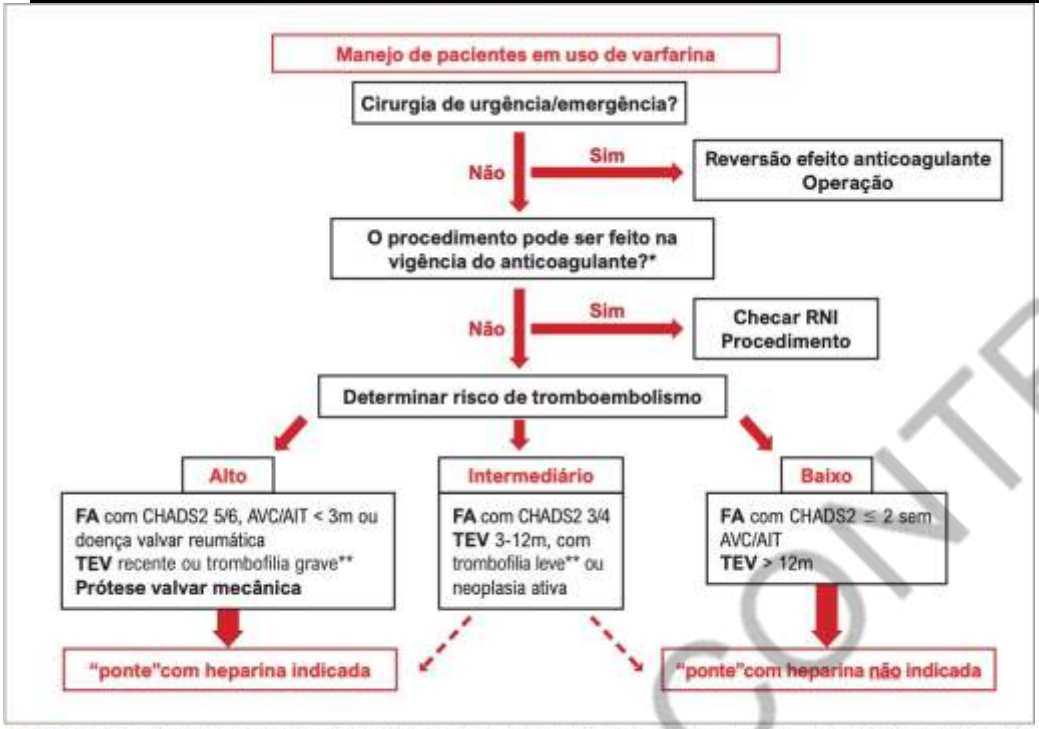


Figura 5 – *Manejo perioperatório de pacientes anticoagulados com varfarina. *Vide item 3.3. *Trombofilia grave: deficiência de proteína C, S, antitrombina ou presença de anticorpos antifosfolípide.**Trombofilia leve: mutação heterozigótica do fator V de Leiden ou do gene da protrombina. RNI: razão normalizada internacional.*

4.3) Hipoglicemiantes orais

MEDICAÇÕES	RECOMENDAÇÃO
Biguanidas: metfomina	Suspender no dia
Sulfonilureias: glibenclamida, gliclazida, glimepirida	Suspender 24 horas antes ou no dia
Inibidores de DPP-IV: sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina, alogliptina, evogliptina	Manter
Glinidas: rapaglinida, nataglinida	Suspender 24 horas antes ou no dia
Inibidores da alfa-glicosidase: acarbose	Suspender no dia
Tiazolidinedionas: pioglitazona	Manter
Inibidores SGLT-2: dapagliflozina empagliflozina, canagliflozina	Suspender 3 dias antes
Lixisenatida	Suspender 1 dia antes
Liraglutida	Suspender 2 dias antes
Dulaglutida/tirzepatida	Suspender 15 dias antes

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

Semaglutida	Suspender 21 dias antes

4.4) Insulina

4.4.1) DM2

INSULINA	NOITE ANTERIOR	MANHÃ DA CIRURGIA
NPH	75% a 80% da dose	50% da dose
Regular	Dose habitual	Não fazer

7.4.1) DM1

INSULINA	NOITE ANTERIOR	MANHÃ DA CIRURGIA
NPH	Dose habitual	50% da dose
Regular	Dose habitual	Não fazer

6. REFERÊNCIAS

GUALANDRO, D. M.; FORNARI, L. S.; CARAMELLI, B.; ABIZAID, A.; GOMES, B. R.; TAVARES, C. A. M.; et al. Diretriz de Avaliação Cardiovascular Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 121, n. 9, e20240590, 2024. DOI: https://doi.org/10.36660/abc.20240590.

HALVORSEN, S.; MEHILLI, J.; CASSESE, S.; HALL, T. S.; ABDELHAMID, M.; BARBATO, E.; DE HERT, S.; et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *European Heart Journal*, Oxford, v. 43, n. 39, p. 3826-3924, 14 out. 2022. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac270.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. *Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes-2024*. *Diabetes Care*, v. 47, suplemento 1, p. S295-S306, 2024. DOI: 10.2337/dc24-S016

MARINO, Emerson; NEGRETTO, Leandra Anália Freitas; RIBEIRO, Rogério Silicani; MOMESSO, Denise; FEITOSA, Alina Coutinho Rodrigues; et al. Rastreio e controle da hiperglicemia no perioperatório: diretriz oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023. DOI: 10.29327/5238993.2023-7.

THOMPSON, Annemarie; FLEISCHMANN, Kirsten E.; SMILOWITZ, Nathaniel R.; de LAS FUENTES, Lisa; MUKHERJEE, Debabrata; AGGARWAL, Niti R.; et al. 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Médica

Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, v. 150, n. 19, p. e351-e442, 5 nov. 2024. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001285.

7. ANEXO

Não se aplica.

ELABORAÇÃO	NATALIA DE PAULA SANTOS VECCHIO - Médico
VERIFICAÇÃO	ALINE MARTINS CARDOSO - Médico, Papel: SE_SCIH - LUCAS GUIMARÃES - Médico Infectologista
APROVAÇÃO	SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 25/03/2026 12:52:14

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe multidisciplinar

1. OBJETIVO

O protocolo de profilaxia do Tromboembolismo Venoso (TEV) do Hospital da Baleia tem como objetivo apresentar esquemas de tromboprofilaxia baseados em modelos de estratificação de risco validados internacionalmente e, por configurar-se como um protocolo que engloba toda a instituição, uma vez que deve ser aplicado a todos os pacientes, sejam eles clínicos ou cirúrgicos, acreditamos que estratégias múltiplas combinadas e forte atuação da equipe multiprofissional configuram-se numa forma de obtenção de melhoria da prática clínica.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os pacientes maiores que 18 anos internados nas unidades de internação e unidade de terapia intensiva no Hospital da Baleia.

3. TERMO E DEFINIÇÕES

TEV: tromboembolismo venoso;

TVP: trombose venosa profunda;

TEP: tromboembolismo pulmonar;

HNF: heparina não fracionada;

HBPM: heparina de baixo peso molecular;

ML: mililitro;

NR: international normalized ratio (tempo de protrombina);

PTTa:tempo de tromboplastia parcial ativado (tempo de tromboplastina parcial ativada);

mmHg: milímetros de mercúrio;

MMII: membros inferiores;

ACCP: American College of Chest Physicians;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

UTIs: unidades de terapia intensiva;

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica;TFG: taxa de filtração glomerular;

IRA: insuficiência renal aguda;

DRC:doença renal crônica;

IMC: índice de massa corporal;

UI: unidades internacionais;

ATQ: Artroplastia total de quadril;

ATJ:Artroplastia total de joelho;

SC: subcutâneo;

mg: miligrama;

CTI: centro de terapia intensiva;

CID: classificação internacional de doenças.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

4.1 Quimioprofilaxia (profilaxia farmacológica):

Enoxaparina 40mg/0,4ml - 1 seringa subcutânea de 24-24h (com horário preferencial às 20h). Não se recomenda profilaxia com Enoxaparina para pacientes com clearance de creatinina inferior a 30mL/min.

Enoxaparina 40mg/0,4ml - 1 seringa subcutânea de 12/12h - Considerar para profilaxia de TEV em pacientes obesos, com IMC acima de 40kg/m2 e que não apresente comprometimento importante da função renal (TFG < 30ml/min/1,73m2). (GRADE 2C).

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Enoxaparina 20mg/0,2ml – 1 seringa subcutânea de 24-24h (com horário preferencial às 20h) – essa dose é reservada para pacientes com injúria renal aguda, insuficiência renal crônica dialítica ou não dialítica estágio IV ou V (TFG < 30ml/min/1,73m2). (GRADE 2C).

Heparina sódica (Heparina não fracionada – HNF) – ampola de 5.000UI/0,25ml – 1 ampola subcutânea de 8-8 h (preferencialmente) ou 12-12h. **Não há evidências científicas que corroborem o uso da heparina não fracionada na dose de 5.000 UI a cada 12 horas, mas existe uma tendência de utilizá-la em situações nas quais haja um risco maior de sangramento como, por exemplo, quando o paciente apresenta um clearance de creatinina < 30 ml/min e, também, em pacientes idosos.

Heparina sódica (Heparina não fracionada – HNF) na dose de 5.000 ou 7.500 UI a cada 8h - considerar para profilaxia de TEV em pacientes obesos, com IMC acima de 40kg/m2 e que apresentem comprometimento importante da função renal (TFG < 30ml/min/1,73m2). (GRADE 2C).

4.2 Contraindicações à quimioprofilaxia.

Absolutas:

Pacientes em uso de anticoagulação

Hipersensibilidade às heparinas: ter alergia ao anticoagulante.

Plaquetopenia induzida por heparina.

Sangramento ativo.

Relativas:

Cirurgia intracraniana ou ocular recente.

Coleta de LCR (líquor) nas últimas 24 horas.

Diátese hemorrágica.

4.3 Profilaxia mecânica:

Meias elásticas de compressão graduada.

Meias de compressão pneumática intermitente, conforme disponibilidade.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.4 Contraindicações à profilaxia mecânica:

Absolutas:

Fratura exposta.

Infecção grave de MMII.

Doença arterial periférica suspeita ou comprovada.

Enxerto de pele recente.

Alergia conhecida ao material de fabricação.

Relativas:

Presença de úlceras ou feridas.

Neuropatia periférica ou outras causas de deficiência sensorial.

Edema de MMII.

Deformidade dos MMII, impedindo o ajuste adequado.

5. DESCRIÇÃO

5.1 Médico:

Unidade de internação: Avalia recomendação e prescreve profilaxia de TEV.

Unidade de terapia intensiva: Avalia risco de TEV diariamente. Prescreve profilaxia para TEV.

5.2 Enfermagem:

Unidade de internação:

Avaliar risco de TEV.

Apraza medicamentos.

Orienta pacientes e familiares.

Registra o tempo de uso da profilaxia mecânica.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Orienta o paciente a preencher o diário de caminhada.

Unidade de terapia intensiva:

Apraza medicamentos.

Orienta pacientes e familiares.

Registra o tempo de uso da profilaxia mecânica.

Orienta o paciente a preencher o diário de caminhada.

5.3 Farmácia clínica.

Unidade de internação e Unidade de terapia intensiva:

Avalia casos de não adesão e intervém com equipe médica, se necessário.

Informa à gerência de práticas médicas os casos de não conformidade.

5.4 Fisioterapia.

Unidade de internação e Unidade de terapia intensiva:

Realiza atendimento para a totalidade de pacientes com solicitação na prescrição.

Realiza avaliação funcional.

Estimula mobilização precoce.

Orienta o paciente a preencher o diário de caminhada.

Registra o tempo que o paciente ficou sem profilaxia mecânica.

Instituir a terapêutica adequada.

Auxiliar na estratificação do risco.

5.5 Nutrição:

Unidade de internação e Unidade de terapia intensiva:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Avalia prescrição de pacientes em uso de cumarínico.

Avalia interação medicamento e nutriente.

Orienta pacientes e familiares.

6. INDICADORES

6.1 Monitoramento da adesão ao protocolo.

- Taxa de pacientes que desenvolveram TEV na internação. Numerador: Nº de pacientes que desenvolveram TEV na Instituição. Denominador: Nº de pacientes com risco para desenvolver TEV. Cálculo: N/D*100.

- Taxa de pacientes com risco que receberam tratamento adequado. Numerador: Nº de pacientes com profilaxia adequada. Denominador: Nº de pacientes internados (≥ 24Hs). Cálculo: N/D*100.

6.2 Monitoramento dos casos de TEV e reinternações por TEV.

Estimula-se que seja realizada a notificação de ocorrência de casos de TVP/TEV através do sistema de notificação de ocorrências institucional, uma vez que a ocorrência de tais casos durante a internação podem ser considerados eventos adversos passíveis de prevenção.

Maneiras de se identificarem os casos de TEV:

- Gerenciamento dos laudos de exames de imagem com o objetivo de se obterem informações sobre o diagnóstico de novos casos de TVP/TEP na instituição. Essa identificação permitirá que os analistas de protocolos possam atuar de maneira prospectiva, ainda durante a internação;

- Identificação em relatórios de alta de um diagnóstico principal ou secundário compatível com TVP/TEP pelo CID-10;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Quando o diagnóstico de TVP ou TEP já estiver presente à admissão (readmissão por TEV), será avaliado o histórico de internações pregressas recentes (90 dias) deste paciente no Hospital da Baleia, podendo assim configurar relação entre a internação anterior e a readmissão.

7. REFERÊNCIAS

AntithromboticTherapyandPreventionofThrombosis,9th ed: American CollegeofChestPhysiciansEvidence-BasedClinicalPracticeGuidelines - CHEST 2012; 141(2)(Suppl):7S–47S.

EuropeanGuidelinesonperioperativevenousthromboembolismprophylaxis - ESA VTE GuidelinesTask Force, EuropeanJournalofAnaesthesiology 2017; 34:1–7.

Kucher N, Koo S, Quiroz R, et al. Electronicalertstopreventvenousthromboembolismamonghospitalizedpatients. N Engl J Med 2005; 352:969.

Prandoni P, Samama MM. Riskstratificationandvenousthromboprophylaxis in hospitalized medical andcancerpatients. Br J Haematol 2008; 141:587.

Caprini JA, Arcelus JI, Reyna JJ. Effectiveriskstratificationofsurgicalandnonsurgicalpatients for venousthromboembolicdisease. SeminHematol 2001; 38:12.

Anderson FA Jr, Spencer FA. Riskfactors for venousthromboembolism. Circulation 2003; 107:I9.

Pai M, Douketis JD. Prevention of venous thromboembolic disease in acutely ill hospitalized adults: literature review current through Mar 2018;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

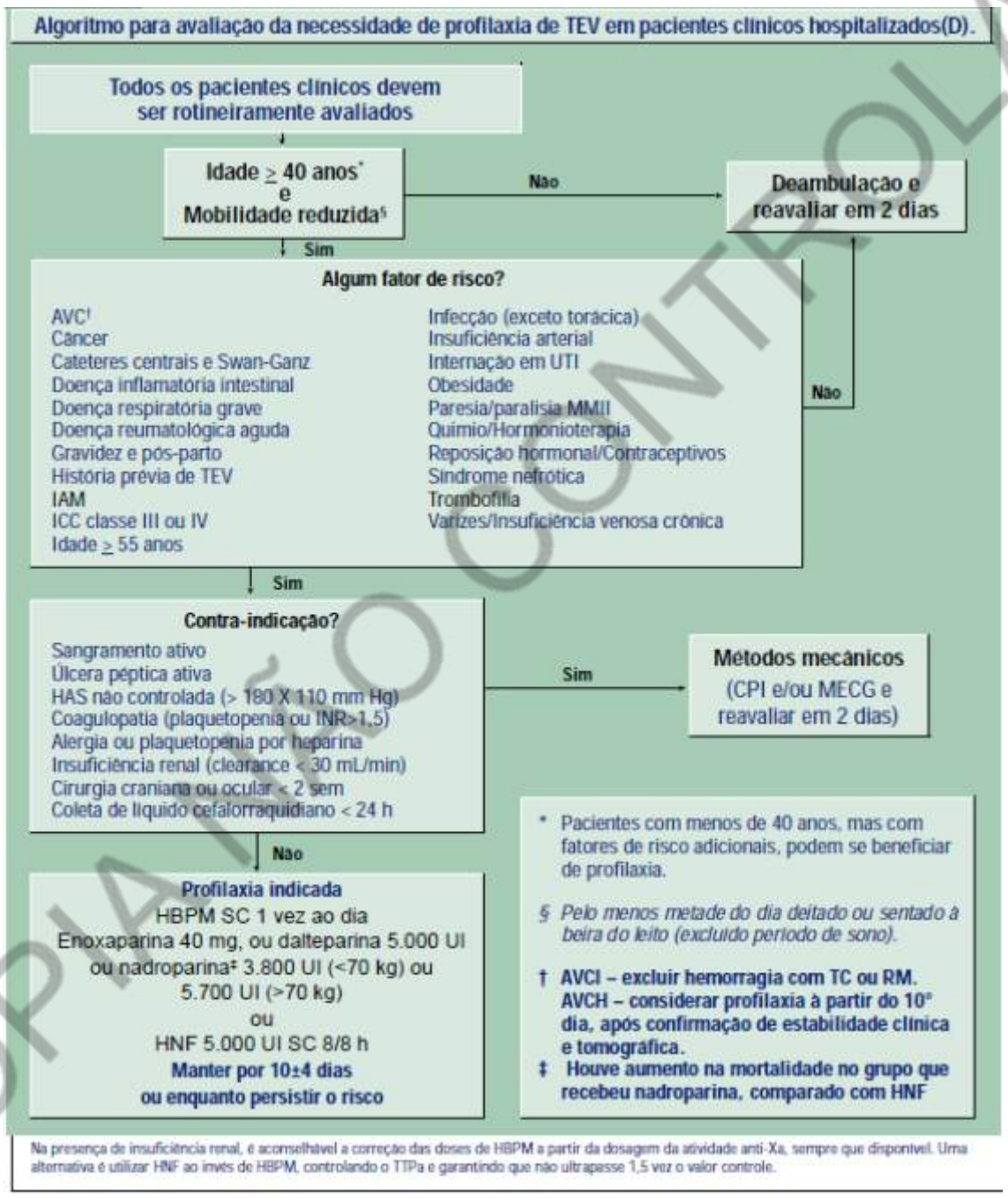
Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

8. ANEXO

8.1 Algorítimo para a avaliação da necessidade de profilaxia para TEV em pacientes clínicos:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

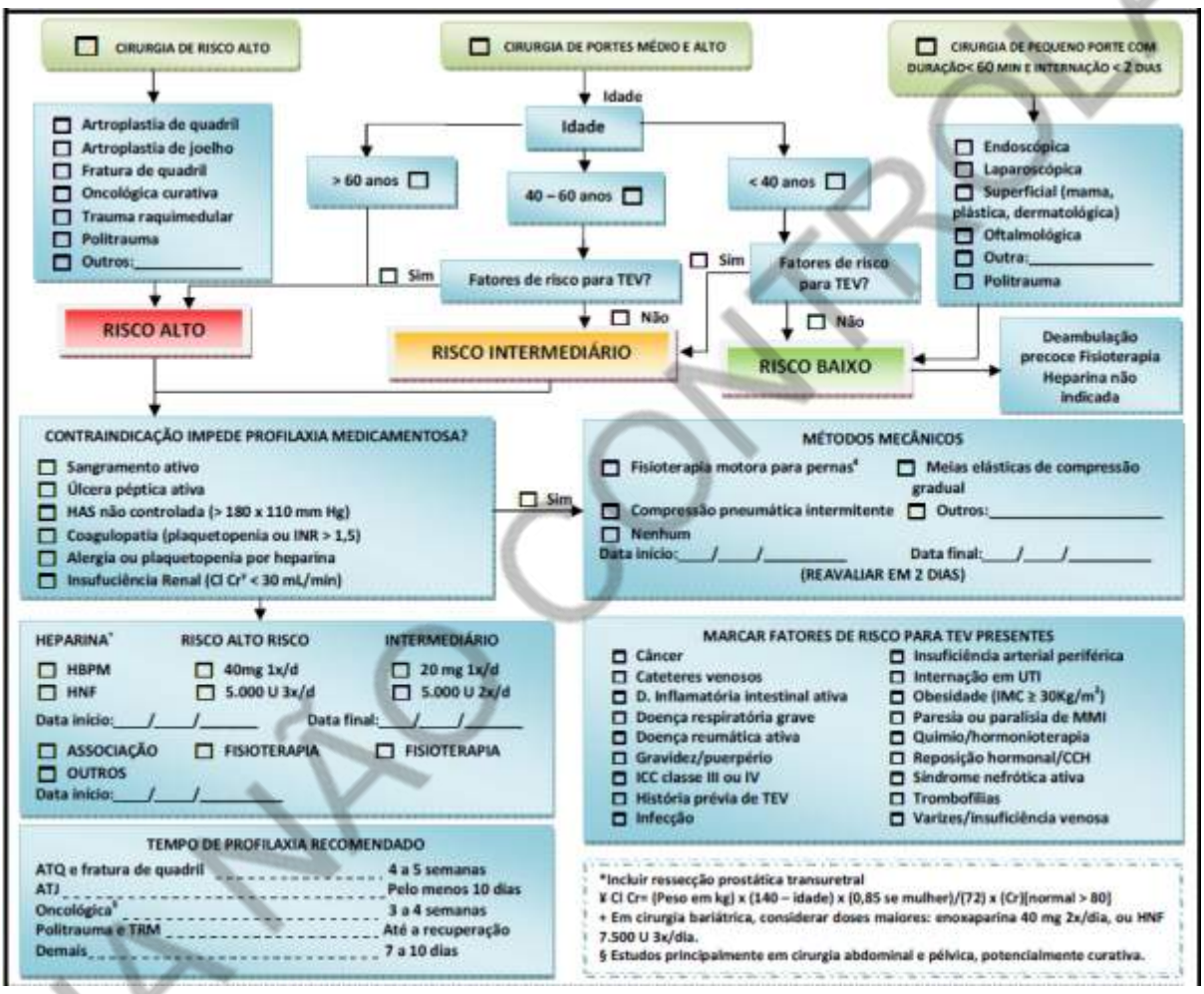


8.2 Algorítimo para a avaliação da necessidade de profilaxia para TEV em pacientes cirúrgicos:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe multidisciplinar



8.3 Escore Padua / IMPROVE

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe multidisciplinar

PREDIÇÃO DE RISCO DE TEV ESCORE DE PADUA		PREDIÇÃO DE RISCO DE SANGRAMENTO ESCORE DE RISCO IMPROVE			
CÂNCER ATIVO OU TRATADO COM RT/QT NOS ÚLTIMOS 06 MESES	3 pts	ÚLCERA GASTRODUODENAL ATIVA			4,5 pts
HISTORIA PREGRESSA DE TEV	3 pts	SANGRAMENTO NOS ÚLTIMOS 03 MESES			4 pts
MOBILIDADE REDUZIDA POR 3 OU MAIS DIAS	3 pts	PLAQUETOPENIA (MENOR QUE 50.000)			4 pts
ESTADO PRO-COAGULANTE PREEXISTENTE (TROMBOFILIA)	3 pts	DISFUNÇÃO HEPÁTICA HEPATICA (RNI > 1,5)			2,5 pts
TRAUMA OU CIRURGIA NO ÚLTIMO MÊS	2 pts	INTERNAÇÃO EM UTI			2,5 pts
IDADE MAIOR OU IGUAL A 70 ANOS	1 pt	CATETER VENOSO CENTRAL			2 pts
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU RESPIRATÓRIA (AGUDA OU CRÔNICA)	1 pt	DOENÇAS REUMÁTICAS			2 pts
AVC OU IAM (FASE AGUDA)	1 pt	CÂNCER ATIVO			2 pts
DOENÇA INFECCIOSA OU REUMÁTICA AGUDA	1 pt	SEXO MASCULINO			1 pt
OBESIDADE – IMC > 30kg/m2	1 pt	IDADE	<40 = 0 pt	40 a 84 = 1,5 pts	≥ 85= 3,5 pts
TRATAMENTO HORMONAL	1 pt	TFG	< 30 = 2,5 pts	30 a 59 = 1 pt	> 60= 0 pt
MAIOR OU IGUAL A 4 PONTOS = ALTO RISCO		MAIOR OU IGUAL A 7 PONTOS = ALTO RISCO			

Fonte: Pai M (2018)

8.4 Modelo de avaliação de risco de Caprini

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe multidisciplinar

MODELO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE CAPRINI: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CIRURGIAS GERAIS, ABDOMINAIS, PÉLVICAS, UROLÓGICAS, GINECOLÓGICAS, VASCULARES E PLÁSTICAS/RECONSTRUTIVAS			
PONTUAÇÃO			
1 PONTO	**2 PONTOS**	**3 PONTOS**	**5 PONTOS**
IDADE 41-60 ANOS	IDADE 61-74 ANOS	IDADE > 75 ANOS	AVC < 1 MÊS
CIRURGIA PEQUENA	CIRURGIA ARTROSCÓPICA	HPP DE TEV	ARTROPLASTIA ELETIVA DE QUADRIL OU JOELHO
IMC > 25 KG/M2	CIRURGIA ABERTA > 45 MIN	HF DE TEV	FRATURA DE QUADRIL, PELVE OU MMII
EDEMA DE MMII	CIRURGIA LAPAROSCÓPICA > 45 MIN	FATOR V DE LEIDEN	LESÃO MEDULAR ESPINHAL AGUDA (< 1 MÊS)
VEIAS VARICOSAS	NEOPLASIA	POLIMORFISMO 20210 A DA PROTROMBINA	
GRAVIDEZ OU PÓS-PARTO	CONFINAMENTO NO LEITO > 72H	ANTICOAGULANTE LÚPICO	
HISTÓRIA DE ABORTO ESPONTÂNEO RECORRENTE OU INEXPLICADO	CATETER CENTRAL	ANTICORPO ANTICARDIOLIPINA	
CONTRACEPTIVO OU TRH	IMOBILIZAÇÃO COM GESSO	HOMOCISTEÍNA ELEVADA	
SEPSE < 1 MÊS		TROMBOCITOPENIA INDUZIDA POR HEPARINA	
DOENÇA PULMONAR GRAVE (INCLUINDO PNM < 1 MÊS)		OUTRAS TROMBOFILIAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS	
FUNÇÃO PULMONAR ANORMAL			
IAM			
INSUFICIÊNCIA CARDÍCA CONGESTIVA (< 1 MÊS)			
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL			
RESTRITO AO LEITO < 72H			

Fonte: Gualandro (2017)

8.5GRADE

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe multidisciplinar

Quadro 1. *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE*

Grau de recomendação	Clareza do risco / benefício	Qualidade da evidência (confiança nas estimativas)	Implicações
1A Recomendação forte Evidência de alta qualidade	Os benefícios claramente superam os riscos ou vice-versa.	Evidências consistentes de ensaios clínicos randomizados controlados bem conduzidos ou evidências irrefutáveis de estudos observacionais. É improvável que novos estudos possam mudar a confiança das estimativas de risco/benefício.	Recomendação forte; Pode se aplicar à maioria dos pacientes na maioria das circunstâncias sem restrição.
1B Recomendação forte Evidência de moderada qualidade	Os benefícios claramente superam os riscos ou vice-versa.	Evidências de ensaios clínicos randomizados controlados com limitações importantes (falhas metodológicas, resultados inconsistentes, indiretos ou imprecisos) ou evidências muito fortes de estudos observacionais. Pesquisas adicionais, se realizadas, provavelmente terão algum impacto na confiança das estimativas de risco/benefício.	Recomendação forte; Provavelmente aplicável à maioria dos pacientes
1C Recomendação forte Evidência de baixa qualidade	Os benefícios parecem superar os riscos ou vice-versa.	Evidência de estudos observacionais, experiência clínica não sistemática ou de ensaios clínicos randomizados e controlados com falhas graves. Qualquer estimativa de efeito é incerta.	Recomendação relativamente forte; Pode mudar quando evidência de maior qualidade se tornar disponível.
2A Recomendação fraca Evidência de alta qualidade	Os benefícios são estreitamente equilibrados com os riscos.	Evidências consistentes de ensaios clínicos randomizados controlados bem conduzidos ou evidências irrefutáveis de estudos observacionais. É improvável que novos estudos possam mudar a confiança das estimativas de risco/benefício.	Recomendação fraca; A melhor ação pode variar dependendo das circunstâncias, valores e preferências do paciente
2B Recomendação fraca Evidência de moderada qualidade	Os benefícios são estreitamente equilibrados com os riscos, há alguma incerteza quanto às estimativas de risco/benefício.	Evidências de ensaios clínicos randomizados controlados com limitações importantes (falhas metodológicas, resultados inconsistentes, indiretos ou imprecisos) ou evidências muito fortes de estudos observacionais. Pesquisas adicionais, se realizadas, provavelmente terão algum impacto na confiança das estimativas de risco/benefício.	Recomendação fraca; Abordagens alternativas podem ser melhores para alguns pacientes em determinadas circunstâncias.
2C Recomendação fraca Evidência de baixa qualidade	Incerteza quanto às estimativas de risco/benefício. Os benefícios podem ser estreitamente equilibrados com os riscos.	Evidência de estudos observacionais, experiência clínica não sistemática ou de ensaios clínicos randomizados e controlados com falhas graves. Qualquer estimativa de efeito é incerta.	Recomendação muito fraca; Outras alternativas podem ser igualmente razoáveis.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe multidisciplinar

CÓPIA NÃO CONTROLADA

ELABORAÇÃO	Papel: SE_ENFERMEIROS - LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador
VERIFICAÇÃO	THAIS BEBIANA DE ALMEIDA LIMA - Gerente Assistencial, LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador
APROVAÇÃO	THAIS BEBIANA DE ALMEIDA LIMA - Gerente Assistencial 21/11/2025 08:15:57

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Laboratório

1. OBJETIVO

Garantir a identificação precoce, intervenção oportuna e tratamento eficaz da sepse em todos os setores do hospital, promovendo redução da mortalidade, tempo de internação e complicações relacionadas.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os pacientes internados ou admitidos no hospital, com suspeita ou confirmação de infecção, que apresentem sinais de disfunção orgânica.

UDC, Unidade de Internação, Laboratório e SCIH.

3. TERMO E DEFINIÇÕES

Sepse: disfunção orgânica ameaçadora à vida causada por uma resposta desregulada do organismo a uma infecção.

Choque séptico: sepse com hipotensão persistente necessitando de vasopressores para manter PAM ≥ 65 mmHg e lactato > 2 mmol/L, apesar de reposição volêmica adequada.

SIRS: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica. Definida pela presença de, no mínimo, dois dos sinais: FC > 90 bpm; FR > 20 irpm; Tax > 37,8 ºC ou Tax < 35 ºC; Leucocitose > 12.000 mm; Leucopenia < 4.000 mm.

FR: Frequência Respiratória;

FC: Frequência Cardíaca;

PA: Pressão Arterial;

PNI: Pressão não invasiva;

PCR: Parada Cardiorrespiratória;

SCA: Síndrome coronariana aguda;

AVC: Acidente vascular cerebral;

VAD: Via aérea difícil;

UDC: Unidade de decisão clínica;

SADT: Serviço de apoio ao diagnóstico e terapêutico;

CTI: Centro de terapia intensiva;

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

Telefone;

Prontuário do paciente;

Monitor multiparâmetros;

Oxímetro

Eletrodos

Termômetro

Relógio

Esfignomanômetro e Estetoscópio

Registro de dados vitais (prontuário do paciente)

EPI’s

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Laboratório

Cartão NEWS

Carrinho de Emergência

5. DESCRIÇÃO

5.1 Sinais e Sintomas

- **Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica** - Definida pela presença de, no mínimo, dois dos sinais:
  - ✓ FC > 90 bpm;
  - ✓ FR > 20 irpm;
  - ✓ Tax > 38 ºC ou Tax < 36 ºC;
  - ✓ Leucocitose > 12.000 mm;
  - ✓ Leucopenia < 4.000 mm.
- **Sinais de Disfunção Orgânica:**
  - ✓ PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg.
  - ✓ Coagulopatia (RNI > 1,5).
  - ✓ Queda de PAS > 40 mmHg da PA basal.
  - ✓ Plaquetas < 100.000 ou redução de 50% do número de plaquetas.
  - ✓ Diurese < 0,5 mL/Kg/h.
  - ✓ Creatinina > 2mg/dL.
  - ✓ Bilirribina > 2mg/dL.
  - ✓ Necessidade de oxigênio para manter saturação acima de 90% SpO2.
  - ✓ Rebaixamento de nível de consciência, agitação ou delirium.
  - ✓ Lactato > 2mmol/L.

5.2 Protocolo de Sepse

1. Iniciar o pacote de 1ª hora.
2. Prosseguir com investigação infecciosa.
3. Solicitar exames laboratoriais (EXA-SEPSE)
   - Hemograma
   - Lactato
   - Creatinina
   - Transaminase oxalacética (TGO)
   - Transaminase glutâmica pirúvica (TGP)
   - Uréia
   - PCR
   - Tempo de Atividade Protrombina (RNI)
   - Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa)
   - Bilirrubinas totais e frações;
   - 2 Hemoculturas (não colher de acessos centrais e definitivos);

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Culturas de outros sítios (se necessário);

* **Laboratório:** Priorizar a coleta dos exames solicitados e entregar resultado em até 30 minutos a partir da hora da prescrição dos mesmos (incluindo tempo de coleta - até 10 minutos - e processamento e liberação dos resultados - até 20 min). Os resultados disponibilizados pelo laboratório em até 30 minutos serão gasometria, lactato e parcial do hemograma. Os demais, incluindo contagem de diferencial do hemograma serão disponibilizados em até 1 hora. Resultados críticos de exames e parcial de hemocultura serão comunicados imediatamente para o médico plantonista.

4. Solicitar RX de tórax AP ou PA, se necessário conforme perfil do paciente.
5. Administrar antimicrobiano dentro da 1ª hora, conforme Guia de terapia antimicrobiana empírica para Sepse em anexo.
6. Iniciar reposição volêmica imediata de 30ml/kg em pacientes com hipoperfusão, se hipotensão ou hiperlactemia (lactato > 4mmol/L).
7. Se hipotensão persistente, iniciar vasopressores dentro da 1ª hora do início da hipotensão.
8. Coletar 2º lactato entre 2 e 4 horas após a abertura do protocolo se hiperlactemia.
9. Uso de vasopressores para pacientes que permaneçam com pressão arterial média (PAM) abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial), sendo a noradrenalina a droga de primeira escolha. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos.
10. Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, como um complemento ao pacote de 1 hora, dentro de 2 a 4 horas após o início da ressuscitação volêmica, novas dosagens devem ser solicitadas.
11. Realizar a reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual, registrando em prontuário em até 6 horas.

5.3. Fluxo de acionamento do Protocolo

1. **Avaliação e monitoramento do paciente**:

- **UDC**: Enfermeiro realiza classificação de risco conforme protocolo de Manchester;
- **UI:** Enfermagem realiza a identificação e estratificação de risco pelo escore de NEWS;
- **CTI:** Realiza monitoramento constantemente parâmetros vitais, sinais de SIRIS e/ou disfunção orgânica.

2. **Acionamento do médico para avaliação do paciente e avaliação conforme os tempos estabelecidos**:

- **UDC**: Atendimento médico conforme classificação de risco pelo protocolo de Manchester, sendo Vermelho imediato, Laranja em até 15 minutos, Amarelo em até 30 minutos, Verde em até 120 minutos e Azul em até 240 minutos.
- **UI:** Atendimento médico se acionamento do código amarelo para pacientes News ≥5. Os tempos serão: News 5 = em até 20 min; News 6 a 8 = em até10 min; News ≥ 9 = imediato.
- **CTI:** Avaliação Médica imediata após acionamento.

3. **Abertura do Protocolo Sepse:**

Após acionamento e avaliação médica, caso o paciente apresente foco infeccioso suspeito ou confirmado e não se encontra em cuidados paliativos exclusivos, o médico deve proceder com a

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

abertura do protocolo Sepse conforme item 5.2. O Pacote EXA-SEPSE contempla todos os exames a serem solicitados. Fluxo do protocolo em anexo.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Adesão ao protocolo de Sepse - Bundle da 1ª hora.

6. REFERÊNCIAS

1. EVANS, Laura et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Intensive Care Medicine, [S.l.], v. 47, n. 11, p. 1181–1247, nov. 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y.
2. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE (ILAS). Diretrizes Internacionais para Manejo da Sepse e Choque Séptico 2021 – Surviving Sepsis Campaign. São Paulo: ILAS, 2022.
3. AYRES, Guilherme Marrêta Cavalcanti. Atualização do Protocolo de Sepse Adulto do Hospital Universitário de Brasília – HUB/Ebserh. 2023. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Infectologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

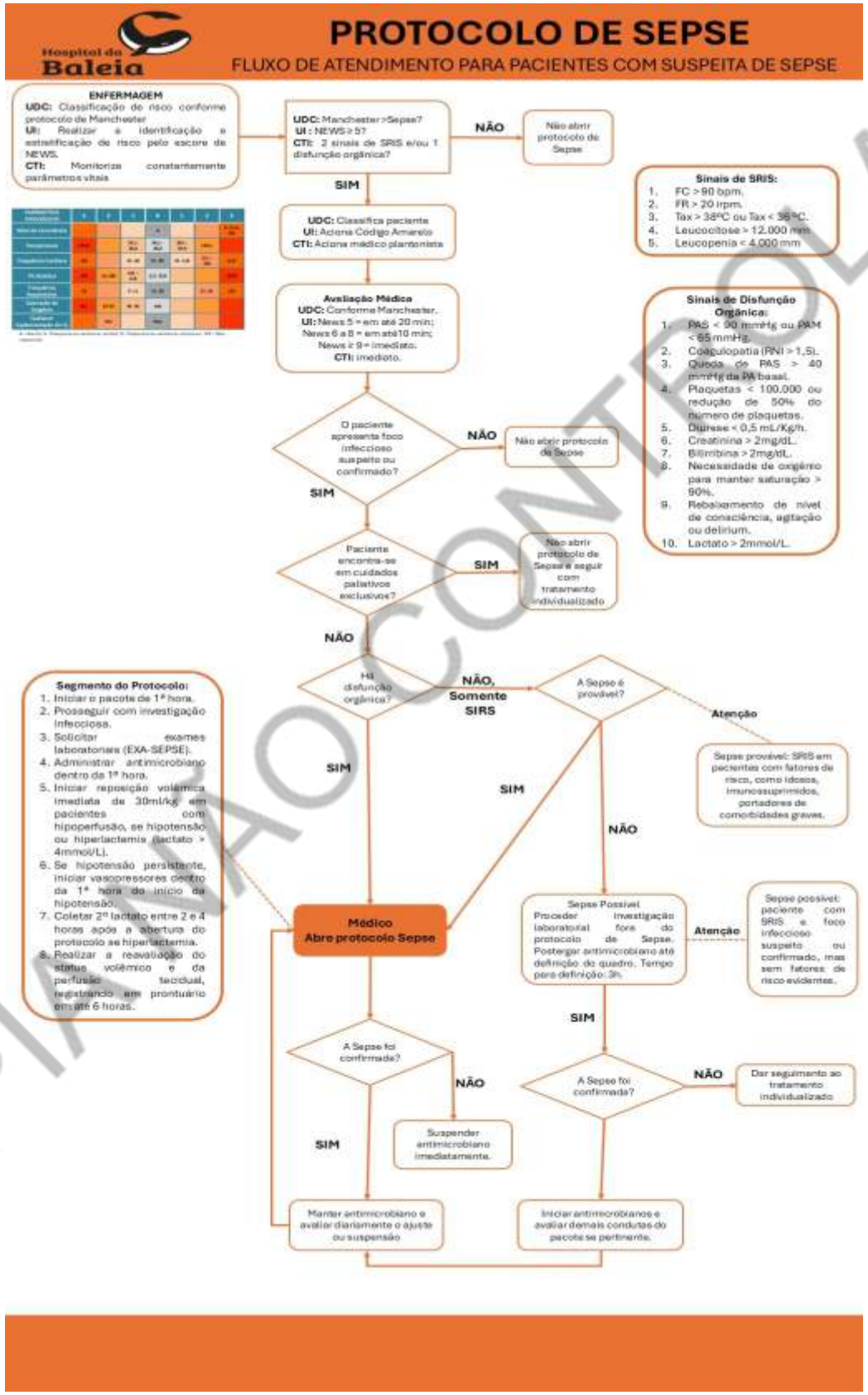
7. ANEXO

- Fluxograma de atendimento para pacientes com suspeita de Sepse

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Laboratório



- **Guia de terapia antimicrobiana empírica para Sepse:**

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Laboratório

FOCO	INFECÇÃO DE ORIGEM COMUNITÁRIA	INFECÇÃO ASSOCIADA A ASSISTÊNCIA Á SAÚDE
Pulmonar	Ceftriaxona 1g **EV** 12/12h +Azitromicina 500mg **VO** 24/24h Se história de Doença pulmonar crônica: Cefepime 2g **EV** 8/8h Se pneumonia aspirativa: Amoxicilina-Clavulanato1g **EV** 8/8h.	Piperacilina-tazobactam 4,5g **EV** 6/6h OU Cefepime 2g **EV** 8/8h Se uso prévio de cefalosporina ou quinolona: Trocar Piperacilina-tazobactam por Meropenem 2g **EV** 8/8h Se sabidamente colonizado por germes Multirresistente: Discutir caso com CCIH.
Urinário	Ceftriaxona 1g **EV** 12/12h	Meropenem 2g **EV** 8/8h Se sabidamente colonizado por germes Multirresistente: Discutir caso com CCIH.
Abdominal	Ceftriaxona1g **EV** 12/12h + Metronidazol 500mg **EV** 8/8h	Piperacilina-tazobactam 4,5g **EV** 6/6h OU Meropenem 2g **EV** 8/8h Se reabordagem abdominal: avaliar iniciar antifúngico.
Pele e partes moles	Oxacilina 2g **EV** 6/6h OU Amoxicilina-Clavulanato 1g **EV** 8/8h. Se sinais de necrose: Associar Clindamicina.	Vancomicina 15-30mg/kg **EV** 12/12h OU Teicoplamina: ataque 400mg **EV** 12/12h por até 6 doses seguido de 400mg **EV** 24/24h + Cefepime 2g **EV** 8/8h
Corrente sanguínea associada a cateter	NA	Piperacilina-tazobactam 4,5g **EV** 6/6h OU Meropenem 2g **EV** 8/8h + Glicopeptídeos (Vancomicina 15-30mg/kg **EV** 12/12h OU Teicoplamina: ataque 400mg **EV** 12/12h por até 6 doses seguido de 400mg **EV** 24/24h) Se fatores de risco para candidemia (cirurgia abdominal, uso de atbs de largo espectro, nutrição parenteral, colonização fúngica de 2 ou mais focos): Avaliar necessidade de antifúngicos.*
Sem foco definido	Cefepime 2g **EV** 8/8h	Meropenem 2g **EV** 8/8h + Glicopeptídeos (Vancomicina 15-30mg/kg **EV** 12/12h OU Teicoplamina: ataque 400mg **EV** 12/12h por até 6 doses seguido de 400mg **EV** 24/24h).
Neutropênico febril	Cefepime 2g 8/8h	Meropenem 2g **EV** 8/8hs + Glicopeptídeos (Vancomicina 15-30mg/kg **EV** 12/12h OU Teicoplamina: ataque 400mg **EV** 12/12h por até 6 doses seguido de 400mg **EV** 24/24h) Se sabidamente colonizado por germes Multirresistente: Discutir caso com CCIH. Se fatores de risco para candidemia (cirurgia abdominal, uso de atbs de largo espectro, nutrição parenteral, colonização fúngica de 2 ou mais focos): Avaliar necessidade de antifúngicos.*

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico, Laboratório

ELABORAÇÃO	THAIS BEBIANA DE ALMEIDA LIMA - Gerente Assistencial
VERIFICAÇÃO	CYNTHIA MARIA CORNELIO LLOYD - Gerente Assistencial, DAIANE FAZENDEIRO - Coordenadora Laboratório, LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador
APROVAÇÃO	SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 21/08/2025 09:25:51

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Multidisciplinar

1. OBJETIVO

Padronizar abordagem da equipe assistencial que atua no manejo farmacológico e não farmacológico de pacientes com dor aguda ou crônica.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os setores que prestam assistência ao paciente no Hospital da Baleia.

3. TERMO E DEFINIÇÕES

HB: Hospital da Baleia

EV: endovenoso

VO: via oral

SC: subcutâneo

IM: intramuscular

AINE: anti-inflamatórios não esteroidais

OMS: Organização Mundial de Saúde

IRC: Insuficiência renal crônica

ICC: insuficiência cardíaca congestiva

EVN: Escala Verbal Numérica

IASP: Associação Internacional de Estudos sobre Dor

ECGL: Escala de coma de Glasgow

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

Prescrição médica

Escala de avaliação da dor

Medicamentos para controle da dor

5. DESCRIÇÃO

5.1 CONCEITOS

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas querequerem cuidados de saúde. Segundo o Ministério da Saúde o controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito do paciente.

Para que o manejo da dor aconteça de forma sistematizada, segue abaixo dois conceitos importantes:

• **Dor aguda** - É a dor de início recente e de duração provavelmente limitada. Aquela resultante de lesão traumática, cirúrgica, inflamatória ou infecciosa, mesmo que de início abrupto tendo curta duração. Tem caráter fisiológico, função de defesa e geralmente responde a medicação. Mal controlada, traz sofrimento e diversos riscos para o paciente secundários a resposta endócrino-metabólica aumentada, dificuldade de mobilização, reabilitação, respiração e tosse adequadas.

• **Dor crônica** - É definida como qualquer dor com duração maior que 3 meses. É desprovida de qualquer

valor biológico, podendo ser considerada uma doença por si só. Trata-se de condição bastante prevalente, atingindo em torno de 30% da população. Apresenta grande impacto negativo na qualidade de vida, com isolamento social, distúrbios de humor, distúrbios do sono e perdas funcionais.

5.2 DIRETRIZES

Todos os pacientes do HB deverão ser orientados (quando aplicável) sobre a possibilidade de sentir dor, quando ela é um efeito previsto de tratamentos, procedimentos ou exames e sobre a disponibilidade de medidas para controle da dor. A avaliação do gerenciamento da dor é realizada pela equipe multidisciplinar durante as corridas de leito, visita de avaliação diária, corrida multidisciplinar ou sob demanda do paciente.

5.2.1 AVALIAÇÃO DA DOR

Para avaliar a dor dos pacientes, deve-se considerar o nível de consciência do paciente, clareza de resposta e após, opta-se por uma das escalas abaixo:

Escala Verbal Numérica:

A Escala Verbal Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à classificação “Dor Máxima” (dor de

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

intensidade máxima imaginável). Esta escala deverá ser usada para pacientes cujo nível de consciência esteja preservado (ECGL 15).

Escala Visual Analógica:

Na Escala Visual Analógica ou Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Esta avaliação também pode ser feita pelo profissional através da sua inferência em casos onde o paciente não interage com o examinador.

ESCALA PARA PEDIATRIA (PACIENTES <8 ANOS)

Para as crianças com comunicação eficaz e sem déficits cognitivos, idealmente a partir dos 8 anos seguir a escala já apresentada neste protocolo. Para as crianças menores e lactentes a avaliação deverá ser baseada na Escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised* (FLACC-r). Em ambas as ferramentas, deve-se considerar dor leve um escore de 1-3 pontos, moderada de 4-7 pontos e intensa 8-10 pontos.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidelas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gasping ou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto

Orientações para aplicação da escala

1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.
2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.
3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.
4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.
As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.

© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009
Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa.
Brasil – São Paulo, junho de 2013.

Escala Comportamental

Esta escala deve ser aplicada a pacientes sob sedação ou anestesias, que estão em uso de ventilação mecânica ou apresentam alteração do estado de consciência. Ao final da avaliação, deve-se considerar a pontuação total, adquirida através da avaliação dos três itens: Expressão facial, Membros superiores e Adaptação À ventilação mecânica. Seu resultado vai de 3 (ausência de dor) a 12 (dor insuportável). Uma pontuação >3 demonstra presença de dor e ≥5 indica dor significativa. Após a avaliação da dor, deverão, caso aplicável, ser realizadas medidas para alívio.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

5.2.2 MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR

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

Métodos físicos, mudança de decúbito, alongamentos suaves, medidas de conforto, pensamento dirigido, distração ou outros métodos avaliados de acordo com o caso clínico de cada paciente pela equipe multidisciplinar.

Podem ser iniciadas na prevenção da dor e na abordagem da dor leve (escore 1-3).

Em neonatos e lactentes:

- Aleitamento materno, quando disponível e mãe confortável para realizá-lo;
- Contato pele-a-pele, quando não houver contra-indicação (ex.: algumas condições cirúrgicas);
- Sucção não nutritiva;
- Enrolamento, principalmente durante procedimentos dolorosos.

Em crianças:

-Medidas físicas: massagens, estímulo térmico (calor ou frio), acupuntura;

-Medidas comportamentais: terapias artísticas e com o brincar, exercícios, relaxamentos;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

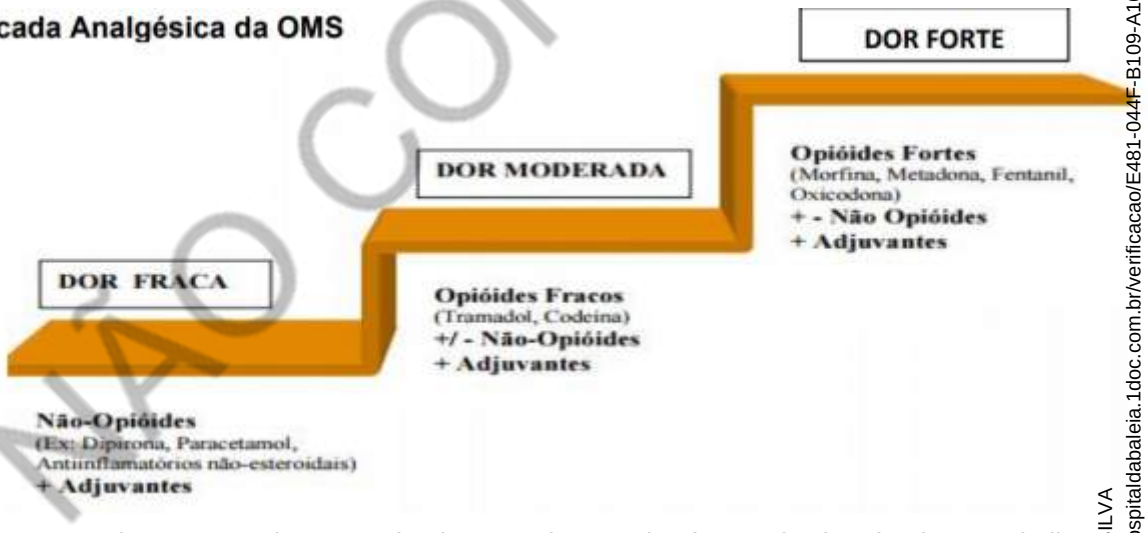
-Medidas cognitivas: distração, hipnose, preparo psicológico e ensaio comportamental (principalmente para procedimentos dolorosos ou invasivos).

.

5.2.3 MANEJO FARMACOLÓGICO DA DOR

O tratamento farmacológico da dor segue as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada na escada analgésica, com ajustes necessários conforme cada caso clínico. Após avaliação e detecção da dor de acordo com as escalas de mensuração adequadas para cada paciente, inicia-se o tratamento medicamentoso conforme prescrição médica.

- **Escada Analgésica da OMS**



Os adjuvantes podem ser usados nos três degraus da escada. A escada de três degraus indica classes de medicamentos e não fármacos específicos, proporcionando ao médico flexibilidade e possibilidade de adaptação de acordo com as particularidades do paciente e padronização do hospital.

Prescrição e Lista de Drogas em anexo.

Observações:

1) Para todos os pacientes que apresentam qualquer intensidade de dor, a farmácia deverá priorizar a dispensação imediata do medicamento para o manejo da dor conforme prescrição médica. Para isso, a equipe de enfermagem/médica deverá comunicar à farmácia sobre a presença de dor e necessidade de priorização do atendimento do paciente.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

2) Todas as ações para manejo da dor devem estar registradas no prontuário do paciente (prescrição e evolução).

3) Intervenções farmacológicas e não farmacológicas devem ser registradas, bem como a **reavaliação do paciente após a medida adotada**. Para intervenções farmacológicas a reavaliação deve acontecer em **ATÉ 1 HORA**, independente do grau da dor do paciente.

- **Reavaliar antes do período citado acima em qualquer momento caso acionado pelo paciente com relato de piora da dor e comunicar o médico assistente.**
- Se o paciente não apresentar melhora álgica na segunda reavaliação e mantiver escore o médico assistente/plantonista deverá ser acionado.

4) Manter medicação a intervalos fixos e preferir a via oral, sempre que possível.

5) Registrar no quadro de gerenciamento do cuidado à beira leito o horário da avaliação e a intensidade da dor. Atualizar o quadro nos momentos de reavaliação do paciente.

6)**Hemodiálise:** A avaliação da dor deve ocorrer junto à primeira aferição de sinais vitais mediante a pergunta realizada pelo Técnico de Enfermagem, que por sua vez deverá informar ao médico plantonista a ocorrência, para avaliação e prescrição médica.

7) **Centro Cirúrgico:** s pacientes são avaliados quanto à dor no momento da sua admissão na sala SRPA, quando presente o anestesista é informado para escolha do analgésico. A reavaliação deverá ser realizada com intervalos de 15 minutos.

8)**Ambulatório de Oncologia:** A avaliação da dor deve ocorrer no momento da admissão do paciente para tratamento quimioterápico mediante o questionamento realizado pelo Técnico de Enfermagem, que por sua vez deverá informar ao médico plantonista a ocorrência, para avaliação e prescrição médica. A reavaliação da dor aguda deverá ser realizada se escore ≥ 4, ou seja, moderada ou intensa.

9) **Radioterapia:** No setor de radioterapia o manejo deverá ser realizado pelo Técnico de Enfermagem mediante demanda do paciente, que por sua vez deverá informar ao médico plantonista a ocorrência, para avaliação e prescrição médica. Em casos de dor leve o médico fornecerá ao paciente prescrição ambulatorial para controle. Quando o escore da dor for ≥ 4 o paciente deverá ser medicado no serviço e mantido em observação para reavaliação após 60 minutos da administração do medicamento. Caso a intensidade da dor persista na reavaliação este paciente deverá ser encaminhado à UDC.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

5.2.4 CUIDADOS PALIATIVOS

Além da via oral, uma das vias preferenciais no cenário dos Cuidados Paliativos, é a via de administração subcutânea (por hipodermóclise), pelas seguintes razões:

- ✓ Garantia de via para administração de fármacos na fase terminal;
- ✓ Facilidade técnica e de gestão, inclusive domiciliar, menos invasiva em relação a via EV;
- ✓ Menor risco de efeitos adversos (hematoma, flebite, dor local);
- ✓ Alguns cuidados a serem observados: preferir local de menor edema, atenção aos distúrbios de coagulação e cautela em pacientes muito emagrecidos (ex. risco de pneumotórax).

❖ **Manejo da dor incidental (Breakthrough Pain)**:

É importante conhecer suas características para identificá-la adequadamente, a saber:

- ✓ Dor de início súbito e de intensidade médio-alta;
- ✓ costuma ter a mesma sede da dor de base;
- ✓ costuma ser noturna, de breve duração (< 30 min);
- ✓ associação a ansiedade, náusea e depressão;
- ✓ pressupõe que dor de base esteja controlada;
- ✓ se ocorre próxima ao momento da dose sucessiva, deve ser dor de fim de dose.

O tratamento envolve medidas como aumentar dose diária opioide (atenção para efeitos colaterais), ou iniciar fármaco *ad hoc*, usado SN (droga de ação imediata e de curta duração).

Atenção: se a dor incidente é previsível (à movimentação/banho/higiene/troca curativo), sugere-se dar droga de ação rápida (ex. morfina VO, 30 min antes; ou morfina EV 15 min antes).

❖ **Manejo da dor na Metástase Óssea**

Avaliar interconsulta ortopédica (uso de eventual prótese, aparelho suporte, intervenção cirúrgica/radioterápica paliativa);

1-Bifosfonados:

- ✓ Associar à terapia clássica (fármacos, radio, quimio, cirurgia); não usar pra dor incidente (à movimentação);
- ✓ Inibição da atividade osteoclástica (redução reabsorção óssea);

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- ✓ Eficaz no alívio da dor, comumente associada a analgesia farmacológica e radioterapia;
- ✓ Ácido zoledônico: 800x mais potente que pamidronato;
- ✓ Em geral, bem tolerados. Efeitos adversos: náusea, vômito, hipocalcemia, sintomas gripais;
- ✓ Atenção: Insuficiência renal (ex. mieloma múltiplo), idosos, associação com outras drogas de eliminação renal (ex. morfina).
- ✓ Sempre fazer aval. oral (boca, dentes), atenção à higiene oral, prevenção de complicação rara-osteonecrose mandibular.
- ✓ Dose: Clodronato (1 geração)=300 mg/dia EV, por 3-5 dias

  Pamidronato (2 geração)=60-90 mg EV, a cada 3-4 semanas

  Zolendronato (3 geração)=4 mg EV (em 100ml) em 20 min, a cada 3-4 semanas.

  Se o paciente não é hipercalcêmico, associar cálcio+vit. D3.

2-Corticóides:

- ✓ Efeito antiedema e antiinflamatório;
- ✓ Muito útil na suspeita de compressão medular, infiltração ou compressão fibras periféricas ou estruturas nervosas centrais (hipertensão intracraniana);
- ✓ Usado também associado a radioterapia, para atenuar ef. edemigeno (redução progressiva)
- ✓ Efeitos Adversos: hiperglicemia, osteoporose, dano gástrico/duodenal.
- ✓ Dose: Dexametasona= fármaco de escolha (menor retenção hídrica), 4-8 mg, 2-3 x ao dia;

  Metilprednisolona=16-32 mg 2-3 x/ dia;

  Prednisona =20 -40 mg 2-3 x/dia;
- ✓ Preferir VO, última dose não > 18h (efeito excitatório), associar protetor gástrico e antifúngico, uso por período breve.

3- Radioterapia

- ✓ Paliativa: reduz dor (eficaz em 70-80%), 25% efeito duradouro;
- ✓ Útil em lesões osteolíticas e osteodensas;
- ✓ Associar corticóide para redução edema;
- ✓ Duração resposta= 11-29 semanas;
- ✓ Latência 4 semanas (demora pra início efeito analgésico);
- ✓ Uso radioisótopos: casos selecionados, risco pancitopenia.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4- Cirurgia

- ✓ Metástases vertebrais osteolíticas (dorso-lombares) e dor fratura patológica
- ✓ Pode ser radical (ex. retirada metástase em bloco) ou paliativa (alivio sintomas, estabilização fratura)
- ✓ Objetivo: controle da dor, recuperação funcional, prevenção de complicações

5- Procedimentos intervencionistas: bloqueios anestésicos, neurólise, implante de PCA. Necessário consulta e intervenção da Anestesiologia.

5.2.4. INDICADORES

Taxa de adesão ao protocolo da dor.

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério 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.
- Oxford Textbook of Palliative Care
- Manual de Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês / Ministério da Saúde
- World Health Organization. Palliative care: symptom management and end-of-life care integrated management of adolescent and adult illness. Interim Guidelines for First Level Facility Health Workers.
- McCAFFERY, M.; PASERO, C. Pain: clinical manual. 2a ed. St Louis: Mosby; 1999.
- BERRY, P.H.; DAHL, J.L. The new JCAHO pain standards: implications for pain management nurses. Pain Manag Nurs. 2000; 1:3-12.
- JABUSCH, K. et al. Pain Experience of Inpatients in a Teaching Hospital: Revisiting a Stratetigic Priority. Pain Manag. Nursing, v16, n1, p69-76. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 283-90. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

7. ANEXO

7.1 LISTA DE DROGAS

- **Dor leve (primeiro degrau OMS):** Paracetamol, Dipirona e AINEs. Evitar uso prolongado, sobretudo em idosos, IRC, ICC;
- **Dor moderada (segundo degrau OMS):** Codeína e Tramadol;
- **Dor forte (terceiro degrau OMS):** Morfina, Metadona, Fentanil.

- **OPIÓIDES:**

Agonistas puros: morfina, fentanil; relação dose/efeito linear, não possuem efeito-teto.
Mecanismo ação: inibição neuronal; ação supraespinhal, espinhal e periférica.
Tolerância: progressiva perda de eficácia, necessidade de doses maiores para atingir mesmo efeito analgésico com o tempo, ocorre com uso crônico.
Dependência: síndrome psicológica e comportamental, que faz o paciente usar compulsivamente o fármaco. O risco é maior com formulações de ação rápida (efeito flash). A preocupação com dependência química não se justifica nos pacientes em tratamento analgésico.
Estratégias para lidar com efeitos colaterais dos opioides:

- ✓ redução de dose;
- ✓ hidratação;
- ✓ evitar associação de fármacos da mesma classe (exceto para resgates, ex. metadona + morfina);
- ✓ adicionar adjuvantes;
- ✓ Modificar via de administração;
- ✓ Modificar o tipo opioide (rotação): considerar quando efeitos colaterais não controlados, analgesia ineficaz apesar de altas doses, tolerância ao fármaco.

❖ **Morfina**

Efeitos adversos: constipação intestinal, náusea, vômito, prurido, retenção urinária, sonolência, sedação. Raramente depressão respiratória, neurotoxicidade, mioclonia.
Oral: imediata ação (ex. Dimorf), de 4/4 h, comprimido/gotas (não disponível no Hospital); início ação 10-20 min, pico ação 30-60 min, duração 3-6h. Paciente virgem de tratamento. Opioide-começar com 5 mg de 4/4h.

- ✓ primeira escolha na dor moderada-forte;
- ✓ não possui efeito teto

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- ✓ potência VO x SC/EV, equivalência 2:1, 3:1 (20-30mg vo=10mg SC ou EV)
- ✓ se paciente não pode VO, preferir SC (evitar IM), pico ação em 15-30 min

Subcutânea: 2-3 x potência da morfina oral.

Intramuscular: pouco usada.

Endovenosa: 2-3x potência da morfina oral.

Via espinhal: Em bolus ou contínua (bomba infusão interna/implantável ou externa). Pode ser de 2 tipos: A-intratecal (subaracnóidea): tecnicamente mais difícil, dose menor, menos efeitos colaterais, paciente mais autônomo); B - epidural (peridural).

DOSES equivalentes (em mg): *rule of thumb*

Oral 30;

EV 10 (1/3);

Peridural 3 (1/10);

Intratecal 0,3 (1/100).

❖ **Metadona**

Baixo custo;

Ajuste dose mais difícil, risco de acumulo com uso crônico, menos usada por não especialistas;

Mais potente que morfina, menos sedativa;

Equivalência (depende da dose total morfina):

Dose diária morfina < 90mg- 4:1, 90-300mg- 8:1, >300mg-12:1;

Início ação 30 min/4-6h (irregular), duração 4-12h, usar VO com intervalo mínimo 8h;

Meia -vida de eliminação 24h (variável 17 – 100h).

❖ **Codeína**

Fármaco muito prescrito;

Menos potente que morfina (30 mg morfina=200 mg codeína);

Início ação 15-30 min;

Tylex (codeína+paracetamol) 7,5 -30 mg;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Dose: 30 -60 mg a cada 4-6h VO (dose máx. 360 mg/dia).

❖ **Tramadol**

Ação mista: opioide agonista sintético e não opioide que age no SNC, potencializando vias serotoninérgicas e adrenérgicas);
Início ação VO 50-60min, duração 6 h;
Dose media VO 50 mg, de 6/6 ou 8/8h, dose máxima 400mg/dia;
Pode ser usado via IM ou EV, na dose 50-100mg a cada 6-8h (3-4x/dia)
Efeitos adversos: constipação, náusea, vertigem, vomito, agitação, confusão mental, dispneia, dor abdominal, convulsão, adição.

❖ **Outros (drogas de manejo comum):**

✓ **Paracetamol** (dose máx. 4g/dia) e dipirona (dose máx. 12g/dia);

✓ **AINE:** cetoprofeno ampola 100mg (100mg bid)/cetorolaco trometamol 30mg/ml (30 mg mid, em idosos 15 mg mid)/ibuprofeno 50mg/ml solução oral (40-160 gotas até de 4/4h em adulto- dose máxima 3.200mg/dia.

7.2 Prescrição médica

Dor leve (01-03)

- Dipirona 500 mg a 1000 mg de 8/8 horas ou 6/6 horas SN

Dose máxima diária recomendada: 3 a 4 g/dia.

Ou/e (em caso alergia)

- Paracetamol 325mg a 650mg de 4/4 horas a 6/6 horas ou 1000 mg de 8/8 horas ou 6/6 horas SN

Dose máxima diária recomendada: 4 gramas ao dia.

- Cetoprofeno 25 mg a 50 mg 6/6 horas ou 75 mg 6/6 horas (100-300 mg/dia) SN (exceto em paciente com DRC, insuficiência renal e/ou hepática, alterações agudas da FR, plaquetopenia ou história de sangramento intestinal)

Dose máxima diária recomendada: 300mg/dia.

OBS: Usar com cautela em paciente com idade superior a 65 anos.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Equipe Multidisciplinar

ELABORAÇÃO	THAIS BEBIANA DE ALMEIDA LIMA - Gerente Assistencial
VERIFICAÇÃO	DAYANE CARLA DIONISIO SILVA - Coordenadora de Farmácia, LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador, PATRICK REZENDE GODINHO - Coordenador Médico
APROVAÇÃO	CYNTHIA MARIA CORNELIO LLOYD - Gerente Assistencial, SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 20/08/2025 14:12:33

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

1. OBJETIVO

Sistematizar o atendimento à parada Cardiorrespiratória (PCR) em todo complexo hospitalar e aumentar a taxa de sobrevida após PCR.

2. ABRANGÊNCIA

Todas as unidades assistenciais do Hospital da Baleia.

3. TERMO E DEFINIÇÕES

CÓDIGO AZUL: É um termo utilizado em ambientes hospitalares para indicar uma emergência, geralmente relacionada à parada cardiorrespiratória (PCR);

CÓDIGO AMARELO: O Código Amarelo consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais nos pacientes adultos previamente estabelecidos, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico plantonista, agilizando o atendimento;

FR: Frequência Respiratória;

FC: Frequência Cardíaca;

PA: Pressão Arterial;

PNI: Pressão não invasiva;

PCR: Parada Cardiorrespiratória;

SCA: Síndrome coronariana aguda;

AVC: Acidente vascular cerebral;

VAD: Via aérea difícil;

UDC: Unidade de decisão clínica;

SADT: Serviço de apoio ao diagnóstico e terapêutico;

UTI: Unidade de Terapia Intensiva;

SBV: Suporte básico de vida;

RCE: Retorno a circulação espontânea;

PARADA CARDÍACA: cessação súbita dos batimentos cardíacos.

PARADA RESPIRATÓRIA: cessação dos movimentos respiratórios.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: interrupção súbita da atividade mecânica útil e eficiente do coração e do pulmão.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

Telefone;

Prontuário do paciente;

Monitor multiparâmetros;

Oxímetro

Eletrodos

Termômetro

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

Relógio

Esfignomanômetro e Estetoscópio

Registro de dados vitais (prontuário do paciente)

EPI's

Cartão NEWS

Carrinho de Emergência

5. DESCRIÇÃO

5.1 ACIONAMENTO DO CÓDIGO AZUL

Qualquer pessoa que se depare com uma pessoa aparentemente irresponsiva, deve acionar o código azul para atendimento do Time de Resposta Rápida, e este deve realizar o atendimento imediato (em até 3 minutos a contar do instante do acionamento):

TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TRR)	• 1 Médico
	  ○ Médico da UDC (Prédio Baeta Viana) - **RAMAL - (031) 99679-7048** (BIP Plantonista). Outros ramais: UDC 1619 e Descanso da Clinica médica 1686.
	  ○ Médico plantonista (Prédios Maria Ambrosina e Antônio Mourão).
	• Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Fisioterapeuta referências do setor de acionamento.
	Não será permitido ausência da equipe assistencial do setor no momento do atendimento, mesmo que o TRR esteja no leito.
	
	Na ocorrência de intercorrências simultâneas, impossibilitando o atendimento dentro do tempo previsto o médico devera acionar:
	  ○ 7:00 às 14:00: Médico horizontal / assistente – BIP (031) 986252892
	  ○ 14:00 as 20:00 Segundo médico (neste período o corpo clinico conta com dois médicos disponíveis aptos e autorizados a avaliação inicial);
	  ○ 20:00 as 07:00 Medico do UTI Adulto – Ramais 1525 (salão 2) e 1687 (salão 1);
	Todo atendimento realizado após acionamento código azul deverá ser registrado em local apropriado, a prescrição deverá ser imediatamente entregue à enfermagem.
	O médico internista, que atendeu ao código azul deverá passar o caso para o médico assistente do paciente.
	Em casos de PCR em pacientes pediátricos o plantonista da pediatria é a referência para acionamento, Ramal 1503 Ala 6 .

5.2 ATENDIMENTO AO CÓDIGO AZUL

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

A equipe de atendimento deve dispor idealmente de pelo menos 5 elementos assim distribuídos:

- Um na ventilação;
- Dois nas compressões torácicas (realizando revezamento);
- Um responsável pelos registros de medicamentos, do tempo e manipulação de medicamentos;
- Um no comando próximo ao monitor/desfibrilador.

É de responsabilidade do Time de Resposta Rápida assim que chegar ao local do evento, assumir o comando do atendimento da Ressucitação Cardiopulmonar (RCP) até reversão (Retorno da Circulação Espontânea – RCE) ou término (Óbito) no atendimento.

5.2.1 RESPONSABILIDADES

PROFISSIONAIS	DESRIÇÃO DAS ATIVIDADES
Técnico de Enfermagem	• Identifica PCR e inicia as manobras do Suporte Básico de Vida (SBV). • Auxilia o enfermeiro e fica a disposição para seguintes funções: o Aproximação do carrinho de emergência com prancha rígida; o Obtenção de Acesso Venoso Calibroso; o Compressões Torácicas; o Registra em prontuário a assistência prestada juntamente com o horário e acionamento do código azul.
Enfermeiro da Unidade	• Conferir ao início de cada jornada de trabalho, todo o material de reanimação da unidade e o funcionamento do monitor/desfibrilador, registrando no check list de conferência; • Aciona ou delega ao técnico de enfermagem o acionamento do código azul e inicia manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) com ajuda dos auxiliares, coordenando suas ações; • Monitoriza o paciente; • Contabiliza o tempo de PCR, do ciclo de massagem cardíaca e manipulação de medicamentos; • Registra em prontuário a assistência prestada juntamente com o horário e acionamento do código azul no campo específico “Acionamento Time de Resposta Rápida” e horário de chegada do médico para iniciar atendimento.
Médico Internista	• Realizar atendimento médico imediato (em até 3 minutos) • Assim que chegar, deverá assumir o comando da equipe, fazendo isso de forma sábia e direta, com comunicação em alça fechada, onde cada ordem deve ser

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

	respondida como entendida e confirmada após realizada. • Proceder imediata desfibrilação em casos onde houver indicação, coordenando as manobras logo em seguida de RCP; • Fazer revisão dos procedimentos já adotados, sua correta realização, estando sempre atento as próximas condutas a serem adotadas afim de reduzir o tempo de que sejam demandadas e executadas; • Garantir uma via aérea pérvia ao paciente, onde pode ser necessário uma intubação, estando ele preparado para esse procedimento, devendo ele não durar mais que 30 segundos para sua plena execução; • Deve estar atento as medicações administradas com seus respectivos tempos, podendo sempre consultar ao anotador; • Reavaliar o monitor somente após 2 minutos de RCP (exceto na primeira avaliação onde as pás não devem aguardar tempo algum para monitorizar o paciente afim de identificar um ritmo chocável), identificando o ritmo e definindo a estratégia a ser adotada a partir daí; • Definir o momento onde cessar as manobras e RCP; • Pedir ajuda a outro colega em caso de estar sozinho se não sentir se seguro com o caso ou para uma segunda opinião. • Após estabilização do paciente, transferir o paciente para a UTI. • O médico internista, que atendeu ao código amarelo deverá passar o caso para o médico assistente do paciente.
Fisioterapia	• Ao chegar ao local o fisioterapeuta assume a ventilação e auxilia o médico na manutenção da via área pérvia. Caso o médico opte pela intubação orotraqueal o fisioterapeuta torna se responsável por auxiliar o médico nesse procedimento. Para tal, o fisioterapeuta irá auxiliar o médico na definição da via aérea artificial. Enquanto o fisioterapeuta checa balonete, laringoscópio, colocação de fio guia (se solicitado) e prepara a fixação, a ventilação do paciente ficará a cargo do médico. Durante o procedimento, o fisioterapeuta irá passar a via aérea artificial para o médico, realizará a ausculta indicada, marcará a altura do tubo e fixará o mesmo. • Após o procedimento, o fisioterapeuta assumirá a ventilação do paciente (ambú ou se necessário instituir ventilação mecânica invasiva para transporte) e irá acompanhar o paciente até a Unidade de Terapia Intensiva.
Médico da Cirurgia Geral	Em situações de urgência/emergências cirúrgicas, a equipe cirúrgica será acionada mediante solicitação do médico internista após entender a necessidade de intervenção cirúrgica, telefone disponível 24 horas por dia: o BIP Plantão Clínica Cirúrgica: (31) 99182-0157; o Ramal Bloco Cirúrgico: 1620.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

5.2.2 PRINCIPIOS BÁSICOS

- Confirmar PCR;
- Proteção cerebral (manter oxigenação e perfusão cerebral);
- O paciente (priorizar humanização);
- O tempo (deve ser consciente e ter agilidade);
- A causa (deve ser corrigida);
- Prevenir as lesões secundárias, devido posicionamento e técnicas na realização das manobras de ressuscitação;
- Posicionar o paciente adequadamente;
- Promover segurança e conforto do paciente;
- Encaminhar o paciente para a UTI adulto ou pediátrica, a depender da idade.

5.2.3 CAUSAS

- **Respiratórias:** obstrução nas vias áreas, pneumonias, pneumotórax, sara, embolia pulmonar;
- **Cardiovasculares:** IAM, arritmias (FV, TV sem pulso, atividade elétrica sem pulso, assistolia), choque cardiogênico, ICC;
- **SNC:** TCE, hemorragias intracranianas, drogas depressoras do SNC;
- **Causas metabólicas:** Acidose e alcalose, hiper e hipopotassemia, hiper e hipocalcemia, hipoglicemia;
- **Outros**: choque, sepse, trauma, hipóxia, anestesia, medicamentos, compressão mecânica do coração, manipulação cirúrgica, hipotensão, hipotermia, tamponamento cardíaco, trauma, tensão no tórax, tromboembolismo venoso, toxinas).

5.2.4 DIAGNÓSTICO

- ✓ Ausência de pulso nas grandes artérias;
- ✓ Parada respiratória, ou com respiração anormal (Gasping);
- ✓ Midríase paralítica (acima de 60 segundos);
- ✓ Paciente inconsciente;
- ✓ Sinais clínicos de choque com sudorese e hipotonia.

ALTERAÇÕES DE ECG

- Fibrilação ventricular – contração desordenada do coração resultando em ineficiência total da ejeção do volume sanguíneo.
- Taquicardia ventricular – sucessão rápida de contrações prematuras e ineficazes do coração, resultando na ausência de pulso.
- Assistolia – é a parada total do coração.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

- Atividade elétrica sem pulso – ao ECG com registro de atividade elétrica, mas o coração já não tem condições de responder.

5.2.5 ATENDIMENTO

1. Ao identificar paciente não responsivo (conforme item 5.2.4), deve-se imediatamente chamar por ajuda e pedir acionamento do código azul, onde deverão se encaminhar os profissionais junto com o carrinho de parada/maleta de transporte ao leito;
2. Paciente não ventila e não respira, deve-se imediatamente proceder com a RCP:

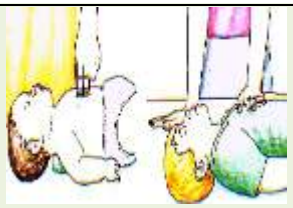
Parâmetro	Adulto (>8 anos)	Criança (1 a 8 anos)	Neonato e bebês (<28 dias a 1 ano)
Avaliação Inicial	Verificar resposta e respiração	Verificar resposta e respiração	Verificar tônus, respiração e FC
Sequência do SBV	C-A-B (Compressões, vias Aéreas, Ventilação)	C-A-B (Compressões, vias Aéreas, Ventilação)	A-B-C (Vias Aéreas, Ventilação, Compressões)
Pulsação	Verificar pulso carotídeo (pescoço)	Verificar pulso carotídeo ou braquial	Verificar pulso braquial ou umbilical
Relação Compressão/Ventilação (Sozinho)	30:2	30:2	3:1
Relação Compressão/Ventilação (Com 2 socorristas)	30:2	15:2	3:1
Frequência das Compressões	100-120 por minuto	100-120 por minuto	100-120 por minuto

Parâmetro	Adulto (>8 anos)	Criança (1 a 8 anos)	Neonato (<28 dias)
Profundidade da Compressão	○ 5-6 cm (1/3 do tórax); ○ Localizar as mãos sobre o tórax 2 dedos acima do apêndice xifoide; ○ Espalmar uma mão sobre a outra, deixando os dedos soltos; ○ Iniciar massagem mantendo um ângulo de 90° dos ombros com o paciente, permitindo o retorno	○ 5 cm (1/3 do tórax) ○ 2 ou 1 mão sobre a metade inferior do externo.	○ 4 cm (1/3 do tórax) ○ Dois polegares no centro do torax, abaixo da linha mamilar

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

	completo do tórax. 		
Ventilação (com via aérea avançada)	1 ventilação a cada 6 segundos (10/min)	1 ventilação a cada 2 a 3 segundos (20 a 30/min)	40-60 ventilações por minuto
Uso do DEA (Desfibrilador)	Usar assim que disponível	Usar assim que disponível (pás pediátricas)	Não recomendado no neonato
Foco Principal	Retorno da circulação espontânea (RCE)	Retorno da circulação espontânea (RCE)	Suporte da respiração e circulação

Nota: Na admissão de pacientes pediátricos, deve ser realizado pelo médico a folha de parada que deve ser disponibilizada no leito para eventuais intercorrências com o paciente.

3. Com a chegada do TRR (quando couber), se o paciente ainda não estiver monitorizado, o médico deve então colocar as pás diretamente no tórax após passar gel nas mesmas, afim de procurar um ritmo chocável. Se positivo proceder com Desfibrilação, e se não for o caso, assim como após a desfibrilação deve-se imediatamente proceder com retorno das compressões torácicas intercaladas com um dispositivo de ventilação (habitualmente Bolsa-Válvula-Máscara);
4. Monitorizar paciente;
5. Realizar a punção de 2 acessos venosos calibrosos (se não houver);
6. Administrar medicamentos conforme solicitado pelo médico, todos em bólus sem diluição;
7. Cada ciclo de RCP dura 2 minutos. Após esse período o médico deverá pedir que todos se afastem para que ele defina pelo monitor qual o ritmo da parada, definindo assim por novo choque ou retorno das compressões.
8. Após 2 minutos de compressões torácicas novo integrante deverá assumir o próximo ciclo, afim de não perder a qualidade da RCP;
9. Algoritmo de RCP adulto e pediátrica em anexo, com tratamento, drogas preconizadas e tempos.
10. Após um ritmo organizado com pulso palpável no monitor, deve-se então proceder com os cuidados pós-parada que serão descritos abaixo.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

CUIDADOS PÓS-PCR

- Os cuidados pós-PCR são fundamentais para melhorar a sobrevida e minimizar sequelas neurológicas. Eles incluem suporte hemodinâmico, otimização da oxigenação, controle da temperatura e monitoramento neurológico.
- O paciente deve ser estabilizado antes de transferi-lo para Unidade de Tratamento Intensivo. Não havendo vagas no momento, o paciente poderá aguardar na sala de emergência da UDC.

CASOS ESPECIAIS

- O acionamento do código azul não deverá ocorrer nos pacientes que estão em cuidados paliativos predominantes e exclusivos, devendo ser de conhecimento da família e equipe multiprofissional e evidenciado em prontuário pelo médico assistente.

5.2.6 CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E CARRINHO DE EMERGÊNCIA

Ao inicio de cada plantão o enfermeiro deverá conferir os materiais e carrinho de emergência e registrar no formulário “CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E CARRINHO DE EMERGÊNCIA”:

																OBSERVAÇÃO	RESPONSÁVEL:

O Lacre AZUL: Utilizado para lacrar o carrinho, significa que o mesmo está conferido e completo para uso.

O Lacre VERMELHO: Utilizado para lacrar o carrinho, significa que o mesmo foi utilizado e necessita reposição. O carrinho deve ser transportado lacrado para reposição. Haverá um lavre vermelho na 1ª gaveta do carrinho de emergência.

O Lacre AMARELO: Utilizado para lacrar a caixa de matérias ventilatórios, significa que a mesma está conferido e completa para uso.

Observações:

- **Ambú:** Caso o ambú esteja com a validade expirada, trocar imediatamente na CME.
- **Laringoscópio:**

Teste:

1. Colocar as pilhas dentro do cabo do laringoscópio;
2. Encaixar as lâminas no cabo do laringoscópio;
3. Verificar se a lâmpada está acesa e se as lâminas estão firmes após o encaixe;
4. Realizar este teste diariamente e registrar no impresso de Conferência de materiais e Carrinho de emergência.

Desinfecção:

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Utilizar pano limpo e seco umedecido com álcool 70% e friccionar por 30 segundos no cabo e nas lâminas. Colocar cada lâmina e cabo em filme plástico individualizado e identificado com data de realização da desinfecção, validade e assinatura do responsável. A validade da desinfecção é de 07 dias.

Caso o laringoscópio tenha sido utilizado por paciente, deve-se realizar a limpeza com água e sabão neutro, enxaguar em água corrente e seguir com a desinfecção com álcool 70%.

- **Carrinho:** A desinfecção deverá ser realizada a cada 07 dias utilizando solução padronizada na instituição.
- Caso o lacre esteja aberto, lacrar com lacre vermelho e comunicar a Farmácia para reposição.
- **Oxigênio:** O volume deve estar entre 50kgf/cm2 e 250kgf/cm2
- **Caixa Materiais Ventilatórios:** Deverá conter Cânula de Guedel, Bougie, Fio guia e Umidificador. A desinfecção, conferência de validade e composição deverá ser realizada a cada 07 dias utilizando solução padronizada na instituição. No CTI não há caixa, pois os materiais são distribuídos para cada leito, não aplicável a conferência da caixa.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Adesão ao protocolo Código Azul (Intervalo entre o acionamento do código e a chegada do médico à unidade);
- Número de acionamentos de código azul.

6. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Suporte avançado de vida em cardiologia (ACLS): manual do profissional. Dallas, TX: American Heart Association, 2020.

2. AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Suporte básico de vida para profissionais de saúde: manual do provedor. Dallas, TX: American Heart Association, 2020.

3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência. Brasília: CFM, 2019.

4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados pós-parada cardiorrespiratória em adultos e pediatria. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 111, n. 5, p. 738-781, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/. Acesso em: 18 mar. 2025.

5. SILVA, J. R.; COSTA, M. A.; OLIVEIRA, F. T. Código Azul: avaliação do tempo de resposta e desfecho dos pacientes. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 74, n. 2, p. 456-463, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/reben. Acesso em: 18 mar. 2025.

6. SANTOS, P. C.; FERREIRA, R. S. Implementação do Código Azul: impacto na sobrevida e qualidade da assistência hospitalar. Journal of Emergency Medicine, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 120-128, 2022.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

7. ANEXO

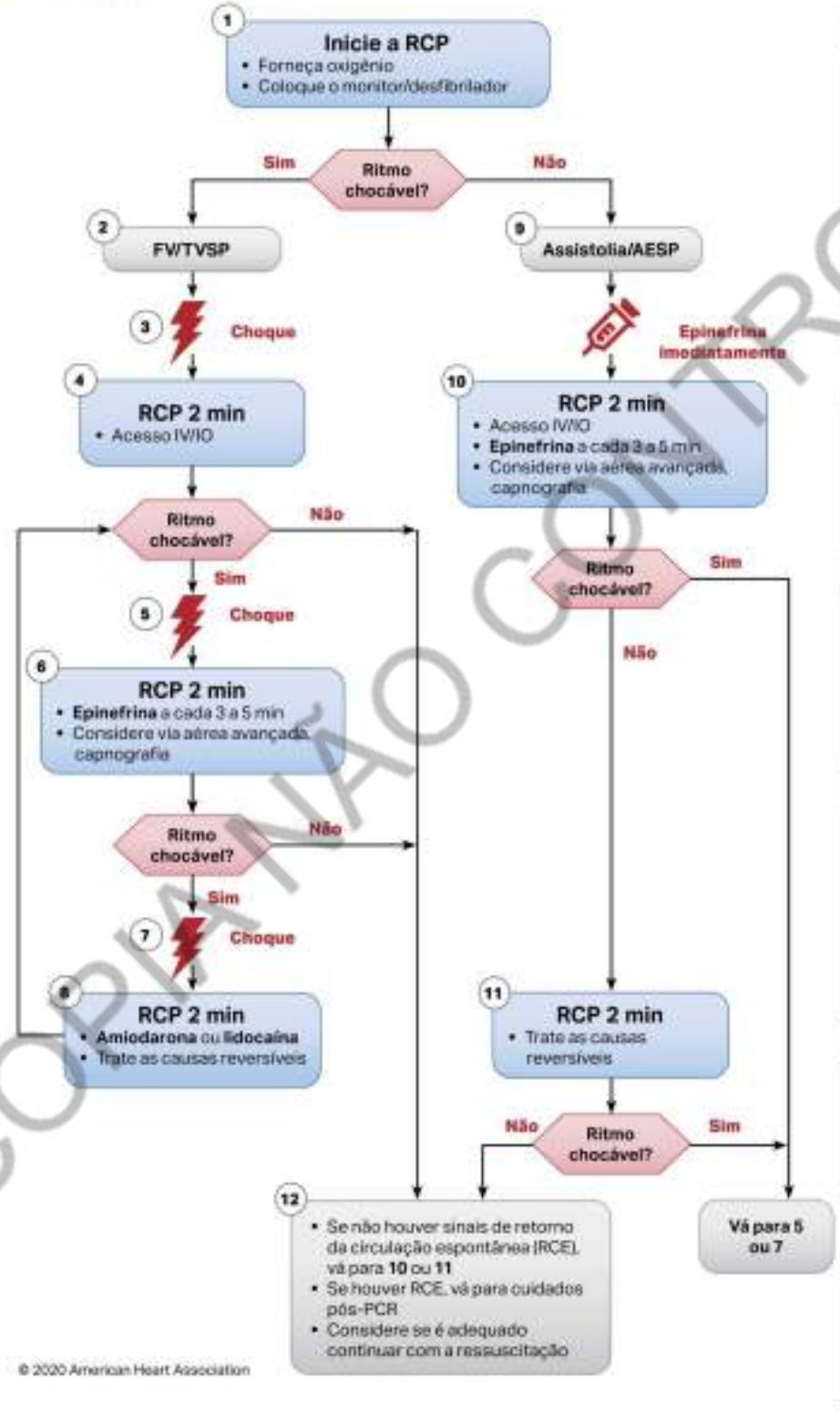
- Algoritmo RCP Adulto
- Algoritmo RCP em Pediatria

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

Figura 4. Algoritmo de PCR para adultos.

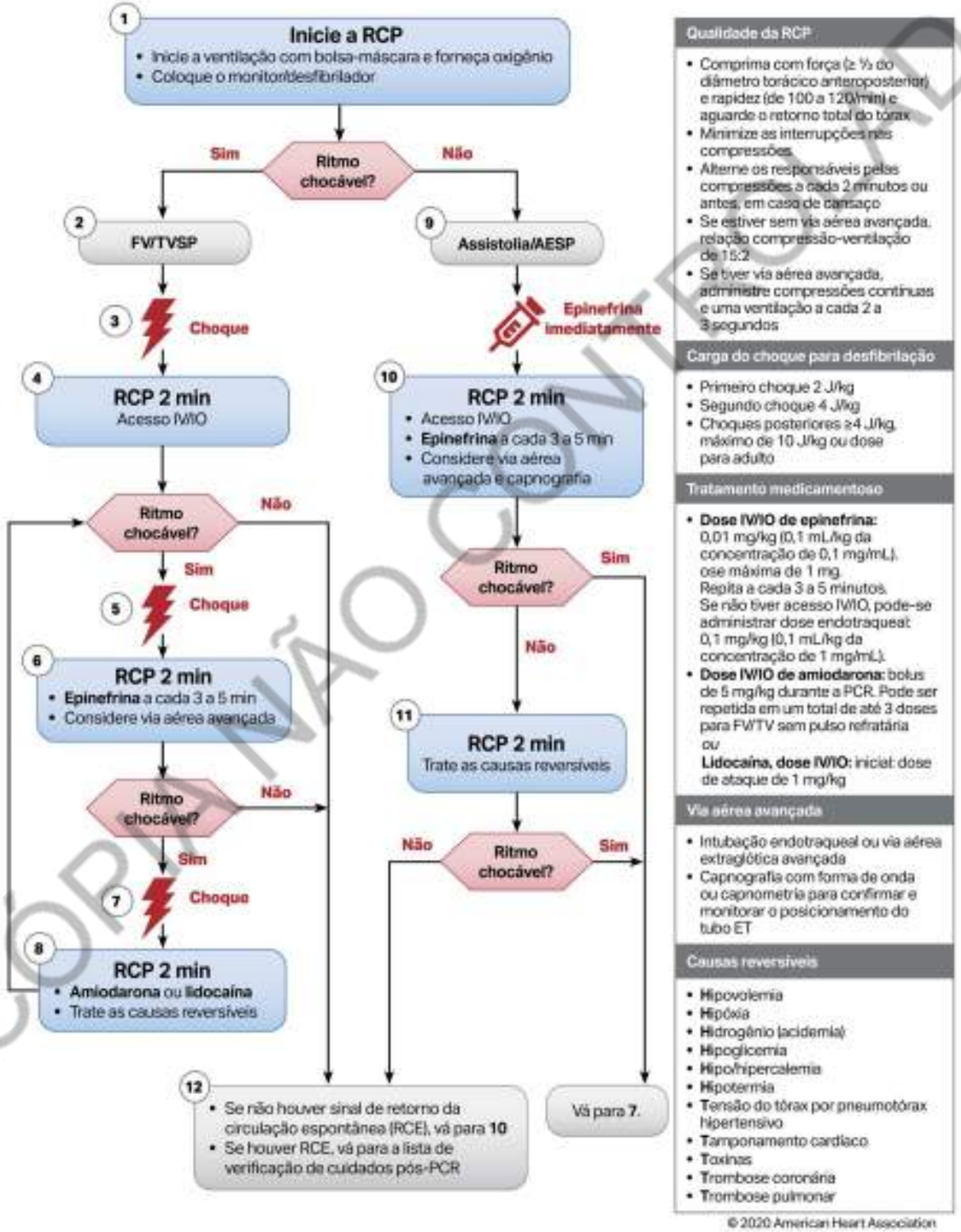


CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

Figura 11. Algoritmo de PCR em pediatria.



© 2020 American Heart Association

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Farmacêutico.

ELABORAÇÃO	THAIS BEBIANA DE ALMEIDA LIMA - Coordenador
VERIFICAÇÃO	LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador, LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador, CYNTHIA MARIA CORNELIO LLOYD - Gerente Assistencial
APROVAÇÃO	SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 29/08/2025 09:21:33

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Hospital da Baleia	**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCO E PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO**	**Padrão:** PRO.NSP.0001 **Versão:** 000 **Data da próxima publicação:** 17/02/2027 **Página:** 1 de 15

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

1. OBJETIVO

1. Programar a assistência baseada em análise de riscos e prevenção, com a finalidade de diminuir a incidência de eventos adversos e oferecer a máxima segurança ao paciente.

2. ABRANGÊNCIA

2.1 Centro de Terapia Intensiva Adulto e Pediatrica;

2.2 Unidades de Internação.

2.3 Bloco Cirúrgico

2.4 Unidade de Decisão Clinica

3. TERMO E DEFINIÇÕES

3.1 CTI: Centro de Terapia Intensiva;

3.2 ESCALA DE BRADEN: Ferramenta utilizada para auxiliar o Enfermeiro a avaliar o risco dos pacientes acima de 05 anos a desenvolverem LP;

3.3 ESCALA DE BRADEN Q: Ferramenta utilizada para auxiliar o Enfermeiro a avaliar o risco dos pacientes até 05 anos a desenvolverem LP;

3.4 LP: Lesão por pressão

3.5 NSP: Núcleo de Segurança do Paciente;

3.6 PRS: Procedimento Sistêmico;

3.7 UDC: Unidade de Decisão Clínica.

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

4.1 Sistema MV;

4.2 Internet;

4.3 Computador;

4.4 Prontuário eletrônico.

5. DESCRIÇÃO

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

A avaliação de risco na assistência é um processo pró-ativo de detecção das necessidades dos pacientes, sejam elas funcionais (ex. nutricionais, auditivas...), especiais (barreiras de comunicação) ou assistenciais (queda, lesão por pressão, alergias). Esta detecção do risco tem o propósito de identificar as necessidades de cada paciente, a fim de direcionar o plano de cuidados/terapêutico, fazendo com que este seja seguro, integral e individualizado.

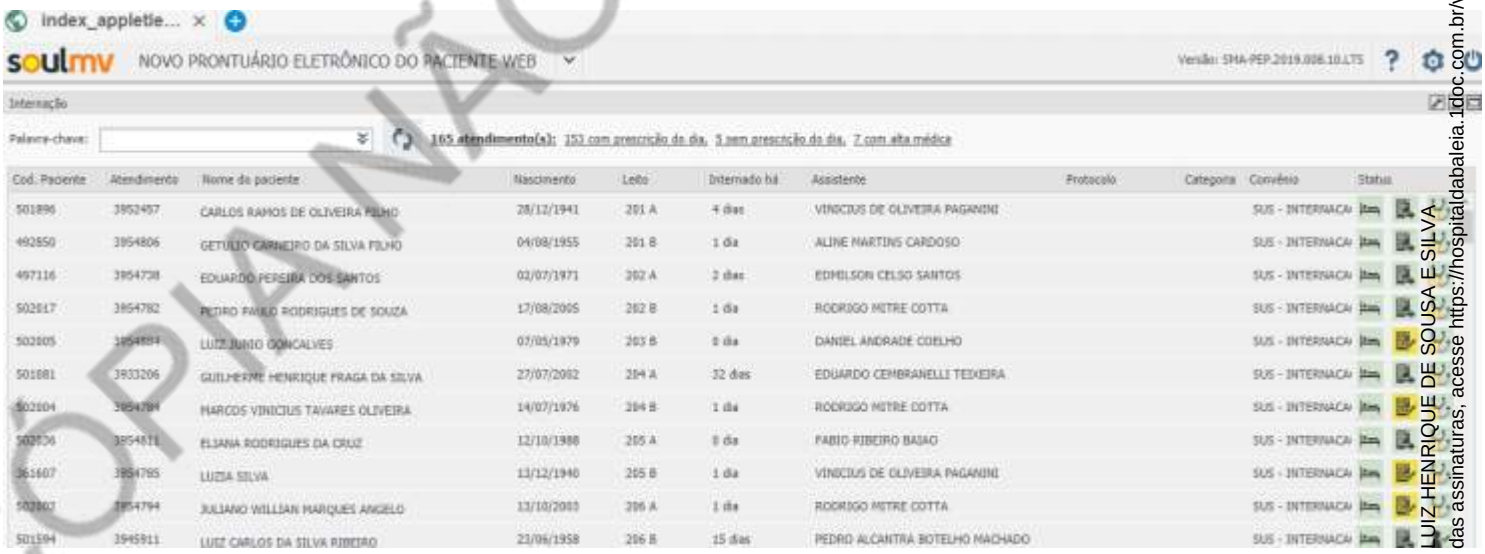
A identificação das necessidades específicas e de riscos na admissão e durante sua internação, podem influenciar a sua resposta à doença e ao tratamento, já que a avaliação adicional e a detecção de riscos proporcionam a equipe gerenciar os casos e intervir precocemente, aplicando estratégias de prevenção.

ENFERMEIRO/ACADÊMICO DE ENFERMAGEM:

Avaliar o paciente no ato da admissão quanto ao risco de desenvolvimento de LP, utilizando como instrumento a escala de Braden ou Braden Q, conforme faixa etária:

- Braden Q até 5 anos.
- Braden acima de cinco anos.

a) Acessar o sistema Soul MV;



b) Buscar pelo Cliente;

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

c) Clicar em Admissão | Evolução

d) Clicar no setor a qual você pertence;

Exemplo: unidade de internação, CTI adulto, CTI pediátrico, UDC, bloco cirúrgico.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

e) Neste momento o enfermeiro deverá realizar a Admissão do cliente, aplicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Admissão Enfermeiro

f) Em seguida, deverá realizar a escala de Braden e/ou Braden Q, para conhecer o risco para LP do cliente e traçar os cuidados pertinentes.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

Após conhecer o risco para lesão por pressão do seu cliente, classificar através da pontuação obtida o risco de desenvolvimento de LP. Ao utilizar a escala de Braden é possível encontrar as seguintes classificações: Não apresenta risco, baixo baixo, risco moderado, alto risco e/ou altíssimo risco.

Já na escala de Braden Q: Não apresenta risco, baixo risco, risco moderado e/ou alto risco. Ao realizar a classificação clicar no campo “total” e automaticamente é calculado o risco de prevenção de LP.

O enfermeiro deverá seguir as seguintes condutas:

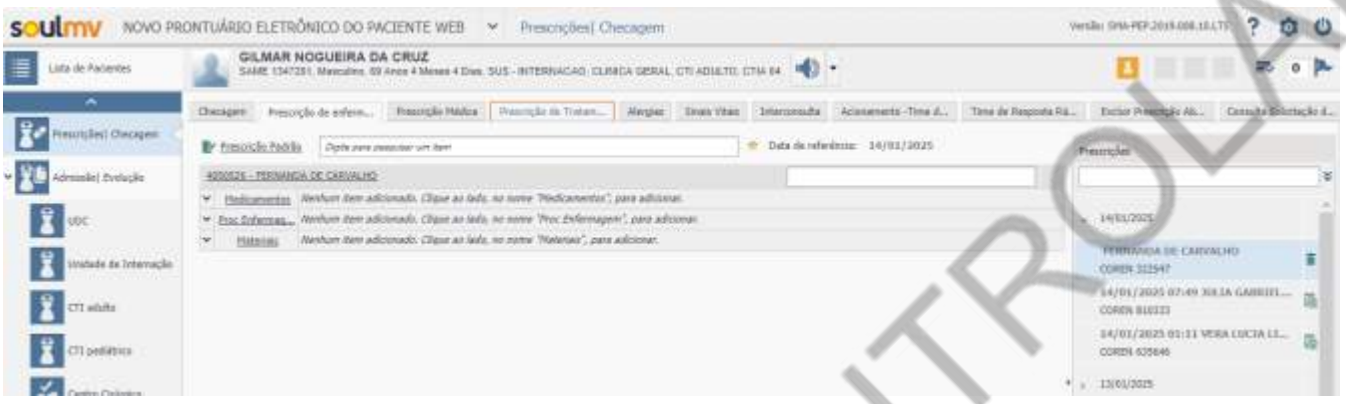
g) Prescrever os cuidados ao cliente conforme a classificação de risco do seu cliente:

Clicar em: Prescrição | Checagem >> Prescrição de Enfermagem

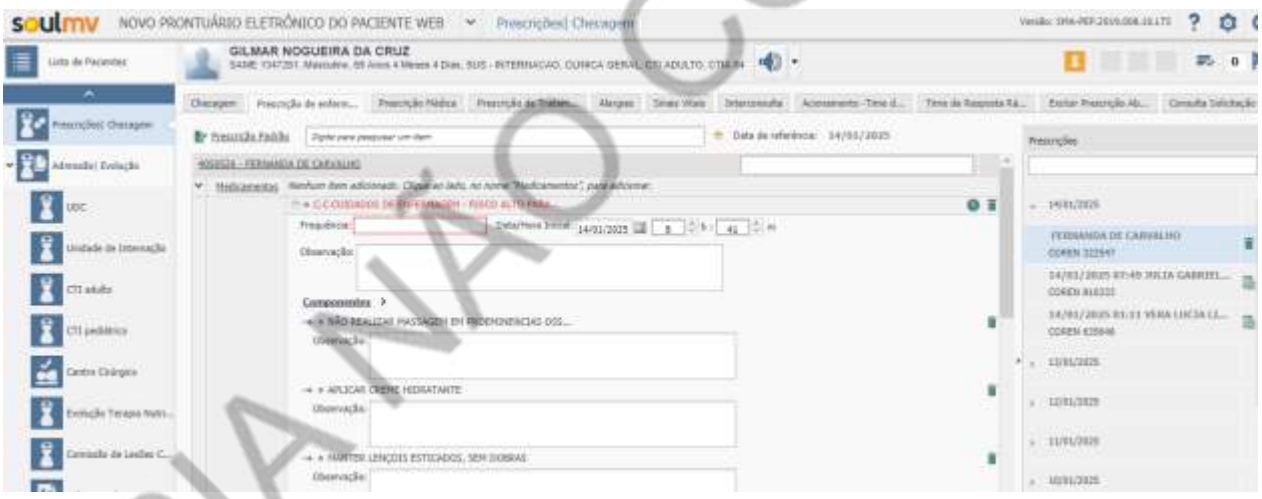
CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro



g) Prescrever os cuidados conforme a classificação de risco do seu cliente. No campo da freqüência informar "CONTÍNUO" para os itens a ser prescrito;



CUIDADOS ESPECÍFICOS BASEADOS NOS ESCORES DA ESCALA DE BRADEN

Escore (15-18): Pacientes em risco baixo de desenvolver lesão por pressão;

1. Fazer mudança de decúbito conforme prescrição do Enfermeiro, utilizar o decubitômetro para se oerientar quanto as mudanças de decubito; (ANEXO I).
2. Elevar a cabeceira, no máximo 30º (se a patologia permitir);
3. Utilizar colchão pneumático; não amarrar este ao colchão comum;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4. Aplicar espuma de multicamadas nas proeminências ósseas (trocantérica, sacra, calcâneo e escapular) sempre que disponível;

5. Usar protetor coxinhosl na região do tornozelo e do calcâneo;

6.Usar lençol móvel para virar ou transferir o paciente evitando arrastá-lo ou puxá-lo no leito;

7. Paciente restrito à cadeira (quando sentado) incapaz de realizar mudança sozinho reposicioná-lo a cada hora;

8. Paciente restrito à cadeira (quando sentado) capaz de realizar mudança sozinho encorajá-lo a aliviar a pressão a cada 15 minutos, utilizando a força dos braços;

9. Investigar as áreas de risco identificando os seguintes sinais: alterações na coloração da pele, vesículas, queimaduras, erupções, edema e pápulas, a cada mudança de decúbito e registrar alterações no prontuário e comunicar ao enfermeiro;

10. Usar fralda descartável que absorva e retenha umidade, sem deixar a pele úmida, em caso de incontinência anal e urinária para o sexo feminino;

11. Usar coletor urinário de silicone de preferência alto aderente para incontinência urinária e fralda descartável para incontinência anal no sexo masculino;

12. Usar corretamente a comadre. Deve-se colocá-la pela lateral evitando traumas na região coccígea;

13. Fazer higiene com água em temperatura ambiente ~~morna e~~ sabão neutro (evitando esfregar a pele);

14. Usar lençóis esticados sem dobras;

15. Aplicar lubrificante de pele diariamente, após ao banho. Pele umida ajuda na absorção do lubrificante de pele.

16. Não realizar massagem de conforto nas proeminências ósseas, principalmente em presença de hiperemia;

17. Não usar dispositivos para redução de pressão do tipo argola ou com um orifício como: roda de espuma, coxim de tecido;

18. Oferecer dieta adequada, de acordo com a prescrição médica e orientações da nutrição;

19. Registrar aceitação da dieta;

20. Aplicar a Escala de Braden uma vez ao dia (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);

Escore (13-14): Pacientes em risco moderado de desenvolver lesão por pressão

1. Aplicar as condutas descritas no risco anterior;

2. Observar rigorosamente os horários de mudança de decúbito conforme prescrição do Enfermeiro; utilizar o decubitômetro relógio como paramento para as mudanças; (ANEXO I).

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. Elevar a cabeceira, no máximo 30º (se a patologia permitir);

4. Aplicar a Escala de Braden uma vez ao dia (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);

Escore (10-12): Pacientes em alto risco de desenvolver lesão por pressão;

1. Aplicar as condutas descritas no risco anterior;

2. Aumentar a frequência de mudança de decúbito conforme prescrição do Enfermeiro; utilizar o decubitômetro como parametro; (ANEXO I).

3. Substituir a superfície de distribuição de pressão corpórea pelo colchão de ar alternado (caso possível);

4. Aplicar a escala de Braden uma vez ao dia (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);

Escore (9-6): Pacientes em altíssimo risco de desenvolver úlcera por pressão

1. Aumentar a freqüência de mudança de decúbito e cumprir rigorosamente os horários, conforme prescrição do Enfermeiro, utilizar o decubitometro como parametro; (ANEXO I)

2. Aplicar a escala de Braden uma vez ao dia (PRIVATIVO DO ENFERMEIRO);

3. Registrar no prontuário do paciente a data, a hora e as condutas realizadas (implementadas), (deverá ser utilizado pelos Enfermeiros Supervisores e Enfermeiros estomaterapeuta)

i) Clicar em fechar e assinar, posteriormente imprimir e carimbar a prescrição.

j) Entregar a prescrição ao técnico de enfermagem responsável pelo paciente e orientá-lo quanto aos cuidados.

Observação: a escala de Braden deve ser reavaliada diariamente até a alta hospitalar. Caso o resultado seja diferente do dia anterior, os cuidados de enfermagem, deverá ser prescrito novamente conforme a interpretação

CÓPIA NÃO CONTROLADA

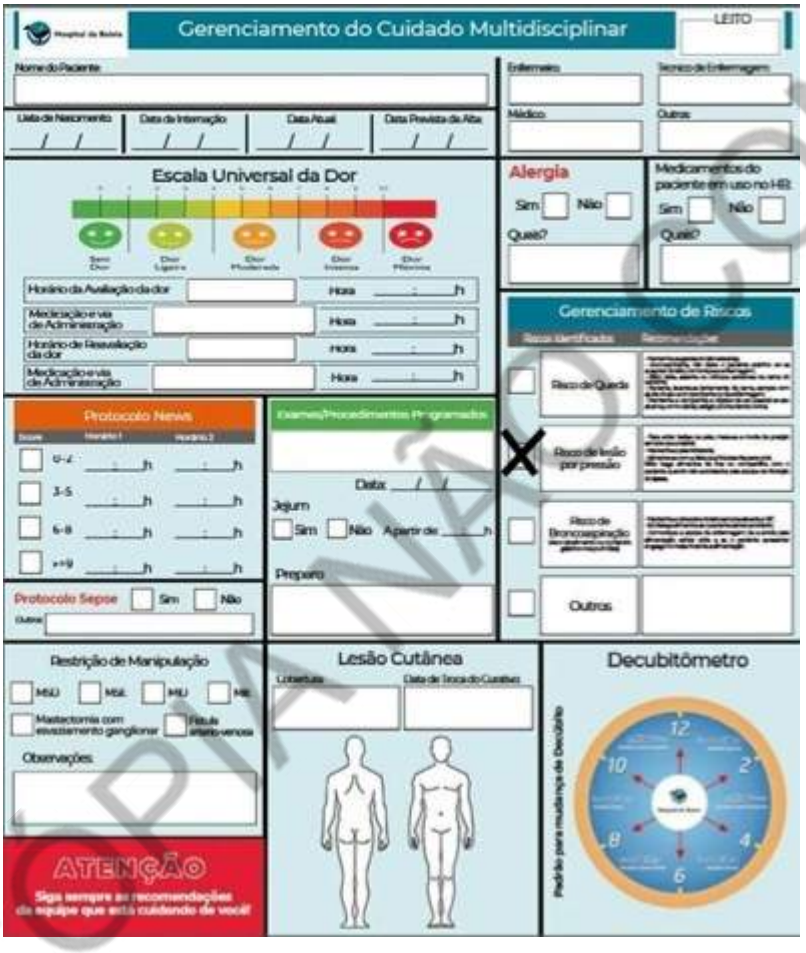
Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

A escala deverá ser impressa apenas na admissão do paciente e o risco registrado diariamente na evolução do enfermeiro.

AÇÕES COMPLEMENTARES AOS CUIDADOS DE PREVENÇÃO A LESÃO POR PRESSÃO.

O enfermeiro deverá evidenciar o risco de LP no quadro de gerenciamento do cuidado multidisciplinar com um "X" no campo específico, informando o risco de LP;



Colocar na pulseira de identificação dos pacientes com risco **MODERADO, ALTO ou ALTÍSSIMO** para LP um clamp azul. Comunicar ao cliente, acompanhante do cliente e equipe técnica sobre o risco encontrado e orientá-los quanto aos cuidados preventivos para evitar o desenvolvimento de LP.

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

O clamp azul na pulseira deverá ser mantido até a alta hospitalar nos pacientes que apresentarem os riscos descritos acima para LP.

Observação: o clamp encontra-se disponível no almoxarifado e liberado mediante solicitação no sistema MV. O Enfermeiro deverá garantir quantidade suficiente do acessório no setor para atendimento à demanda.

Caso cliente seja admitido com um lesão por pressão prévia do domicilio ou de outras instituições. O enfermeiro deve realizar a escala de Braden normalmente, para dar incio aos cuidados de enfermagem ao cliente. O enfermeiro deverá relatar a lesão prévia no ato da admissão, com as devidas informações: região do corpo que se encontra a lesão, se é estágio 1, estágio 2, estágio 3, estágio 4, tissular profunda e/ou não classificável. E em seguida solicitar uma interconsulta com Estomaterapia.

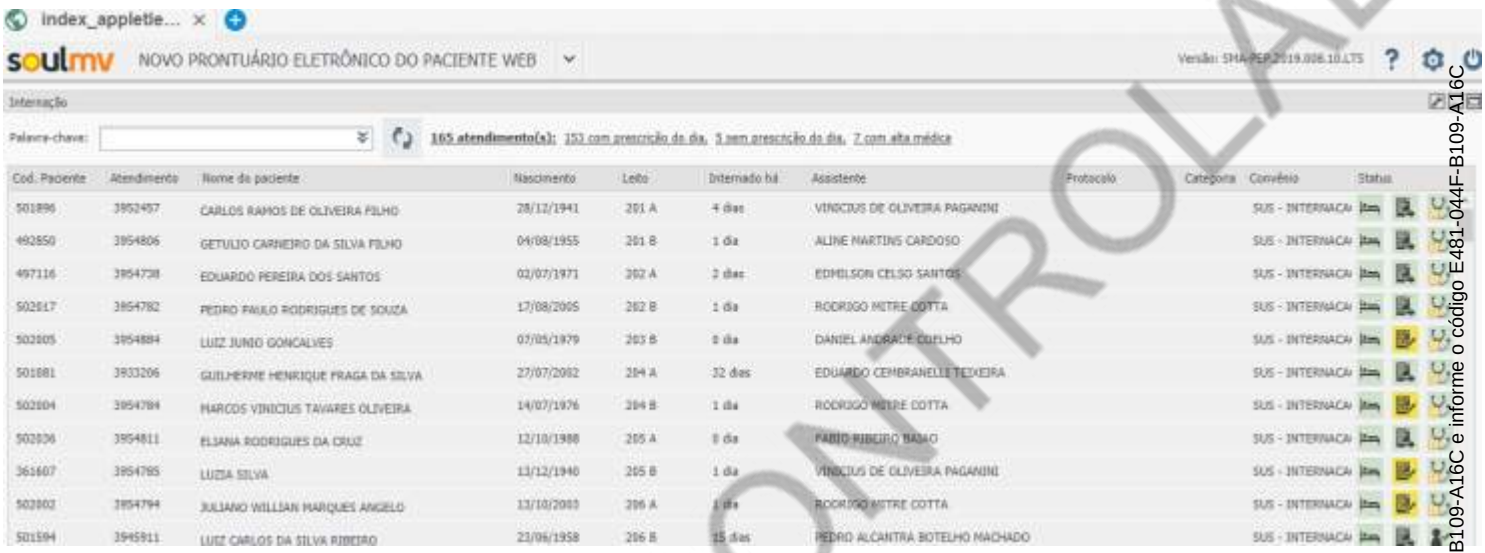
Solicitar interconsulta com a estomaterapia no sistema MV, sobre as devidas condições:
Cliente admitido com lesão prévia de qualquer etiologia.Cliente admitido sem lesão, porém com risco de desenvolver LP **MODERADO, ALTO e ALTÍSSIMO.**

a) Acessar o sistema Soul MV;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

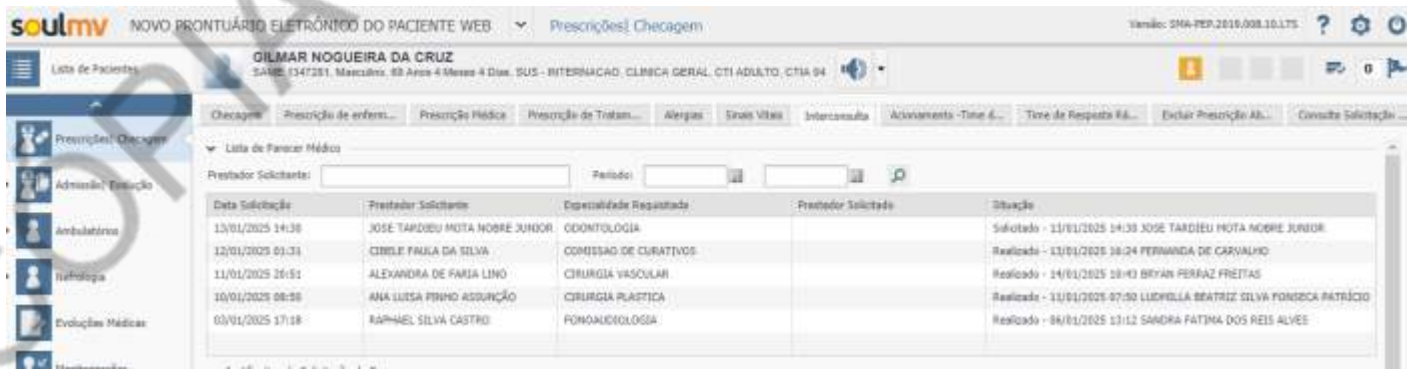
Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro



b) Buscar pelo cliente;

c) Clicar em Prescrição | Checagem >> Interconsulta

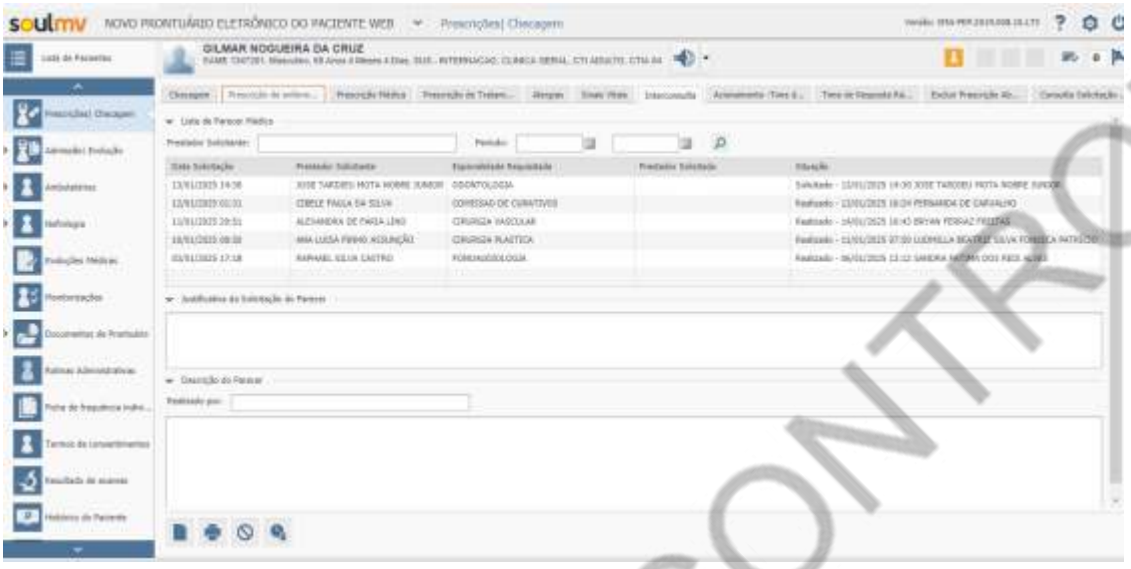


d) Clicar em nova solicitação

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

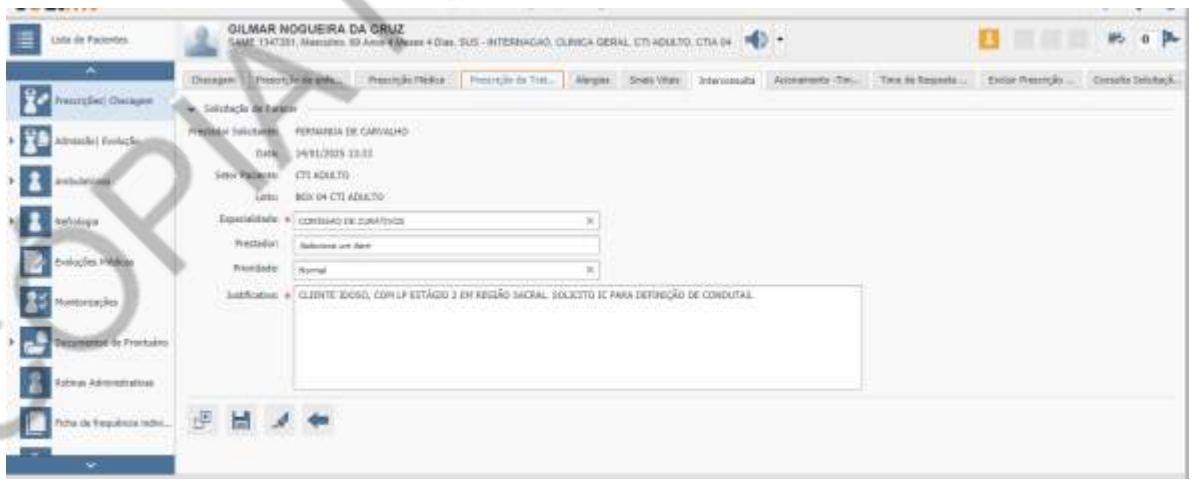


e) Preencher os campos solicitados;

No campo especialidades: comissão de curativos.

Justificativa: informar o motivo da solicitação da interconsulta.

Exemplo: cliente idoso, com Braden de risco moderado, com LP estágio 2, em região sacral. Solicito IC para definições de condutas e cuidados.



f) Clicar no botão “salvar”.

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Registar em prontuário a solicitação de interconsulta no corpo da evolução do enfermeiro.

O enfermeiro Estomaterapeura irá atender a interconsulta, passará as condutas para o enfermeiro assistente do plantão. O enfermeiro assistente, deverá anotar todas as condutas referente a prevenção e/ou tratamento da lesão no passometro, para que a informação seja repassada em plantão para a continuidade do cuidado.

FISIOTERAPIA

1. A Fisioterapia deverá acompanhar e orientar os pacientes/acompanhantes em atendimento pela equipe quanto às mudanças de decúbitos de acordo com o relógio afixado no leito e com as necessidades terapêuticas ou contra indicações do quadro clínico dos pacientes;

2. Estimular a deambulação precoce desde que permitida e possível de acordo com o quadro clínico;

3.Comunicar e solicitar avaliação e auxílio do enfermeiro em caso de lesão que necessite de intervenção e curativo, exemplo: lesões labiais e em face por fixação de TOT.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

1. Os profissionais deverão conhecer a sinalização nas pulseiras e estarem atentos durante os atendimentos às medidas de prevenção de LP, orientando e auxiliando pacientes/acompanhantes quando for necessário;

6. REFERÊNCIAS

1. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução - RDC Nº 36, De 25 De Julho De 2013. Disponível em: 15/09/2016 Acesso em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html >

2. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA/FIOCRUZ. PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO. 09/07/2013

3. PRS.NSP.0008 PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES.

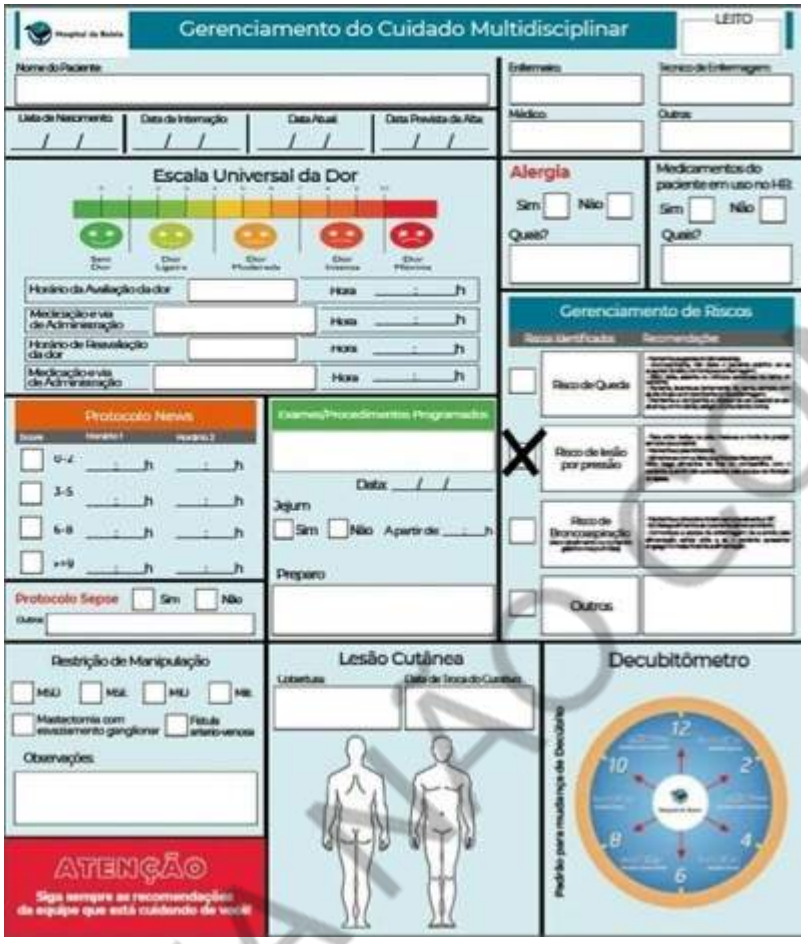
7. ANEXO

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

Anexo I



ELABORAÇÃO	FERNANDA DE CARVALHO - Enfermeira Estomaterapeuta
VERIFICAÇÃO	ANA CLARA BARACHO GOMES COSTA - Enfermeiro Núcleo de Segurança do Paciente, THAIS BEBIANA DE ALMEIDA LIMA - Gerente Assistencial, LUCIANA LAGES FERREIRA - Coordenador, ROBERTA CAMPOS CASTANHEIRA - Coordenador Centro Cirúrgico
APROVAÇÃO	CYNTHIA MARIA CORNELIO LLOYD - Gerente Assistencial 17/02/2025 11:25:36

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Acadêmico de Enfermagem e Enfermeiro

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Hospital da Baleia	**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DA CORRENTE SANGUÍNEA**	**Padrão:** PRO.SCI.0002 **Versão:** 001 **Data da próxima publicação:** 27/02/2026 **Página:** 1 de 14

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem e Equipe Multidisciplinar

1. OBJETIVO

A principal finalidade deste Protocolo é contribuir para reduzir a incidência das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Hospital da Baleia, a partir da disponibilização das principais medidas preventivas práticas adequadas a nossa realidade.

2. TERMO E DEFINIÇÕES

1) Definições

Infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso: São infecções de corrente sanguínea sem outro foco presente, relacionada ao cateter venoso.

Higienização das mãos: termo genérico aplicável à higienização simples das mãos, higienização antisséptica das mãos, fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e anti-sepsia cirúrgica das mãos ou preparo pré-operatório de mãos.

2) Siglas

ICS: Infecção de Corrente Sanguínea

ICSRC: Infecção de Corrente Sanguínea Relacionadas a Cateteres

IPCS: Infecção Primária de Corrente Sanguínea

ATB: Antimicrobiano

CCIH: Comissão de Controle de Infecções Hospitalares

CDL: Cateter de duplo lúmen

CVC: Cateter venoso central

CVP: Cateter venoso periférico

PICC: Cateter Central de Inserção Periférica

CTI: Centro de Terapia Intensiva

HD: Hemodiálise

IH: Infecção hospitalar

3. RECURSOS NECESSÁRIOS

Todos os materiais necessários para cada atividade estão descritos em cada atividade no campo de Descrição

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4. DESCRIÇÃO

4.1 Introdução

As infecções da corrente sanguínea (ICS) relacionadas a cateteres centrais (ICSRC) estão associadas a importantes desfechos desfavoráveis em saúde. Nos Estados Unidos da América (EUA), a mortalidade atribuível a esta síndrome geralmente ultrapassa os 10%, podendo chegar a 25% em alguns pacientes de maior risco. Dados da coorte do *International Nosocomial Infection Control Consortium* (INICC), que inclui 43 países em desenvolvimento, apontam para mortalidade de cerca de 17%. Em nosso país, o estudo Brazilian SCOPE (*Surveillance and Control of Pathogens of Epidemiological Importance*) encontrou 40% de taxa de mortalidade entre pacientes com ICS.

No Brasil, isolados de *Klebsiella pneumoniae* e de *Acinetobacter* spp são responsáveis, respectivamente, pelo terceiro e o quarto lugar entre as principais causas da síndrome.

Dados nacionais publicados pela ANVISA que monitora perfis de suscetibilidade de isolados microbianos evidenciam que, entre amostras clínicas de hemoculturas, cerca de 40% dos isolados de *Klebsiella* spp. no Brasil já sejam resistentes aos carbapenêmicos. No caso do *Acinetobacter* spp., a resistência aos carbapenêmicos já é encontrada em quase 80% dos pacientes brasileiros com ICS por este agente. Além disto, ICS se associa a prolongamento de tempo de internação hospitalar, prejudicando ainda mais nosso cenário nacional de falta de leitos.

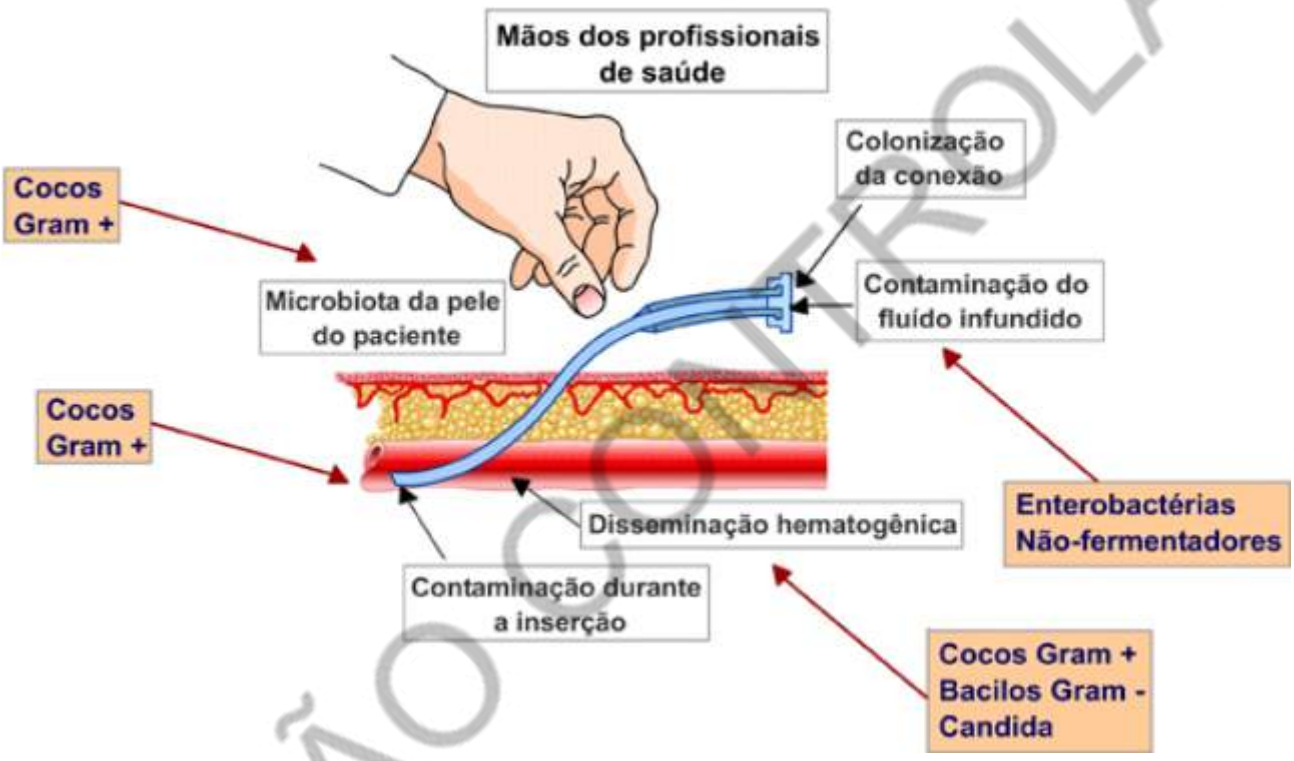
A despeito do impacto enorme das ICS, esta é a infecção associada a cuidados em saúde de maior potencial preventivo que existe.

Ao longo deste documento medidas básicas de prevenção de infecção no momento da inserção do cateter vascular serão complementadas por medidas de manutenção e por diretrizes de uso de tecnologias complementares com eficácia comprovada na redução deste de ICSRC.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Figura 1 - Fisiopatogenia da infecção da corrente sanguinea



4.2 Recomendações para Cateteres Periféricos

4.2.1 Higiene das mãos

1. Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos.

a) Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.

b) Usar preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas

c) O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.2.2 Seleção do cateter e sítio de inserção

1. Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso.

2. Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula. Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica (irritação da parede da veia pela cânula) e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso. Um bom fluxo sanguíneo, por sua vez, ajuda na distribuição dos medicamentos administrados e reduz o risco de flebite química (irritação da parede da veia por produtos químicos).

3. Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebites.

4. Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital. Para crianças menores de 03 (três anos) também podem ser consideradas as veias da cabeça. Caso a criança não caminhe, considere as veias do pé.

4.2.3 Preparo da pele

1. Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente.

2. Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico.

3. O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico (técnica do *no touch*). Em situações onde se previr necessidade de palpação do sítio calçar luvas estéreis.

4. Realizar fricção da pele com solução a base de álcool: gliconato de clorexidina > 0,5%, iodopovidona – PVP-I alcoólico 10% ou álcool 70%7,33-35.

a) Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos enquanto o do PVPI é de 1,5 a 2,0 minutos. Indica-se que a aplicação da clorexidina deva ser realizada por meio de movimentos de vai e vem e do PVPI com movimentos circulares (dentro para fora).

b) Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção.

5. A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras. Não utilize laminas de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção.

4.2.4 Estabilização

1. Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o deslocamento do dispositivo e sua perda.

2. A estabilização dos cateteres não deve interferir na avaliação e monitoramento do sítio de inserção ou dificultar/impedir a infusão da terapia.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. A estabilização do cateter deve ser realizada utilizando técnica asséptica. Não utilize fitas adesivas e suturas para estabilizar cateteres periféricos.

a) É importante ressaltar que fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa não estéreis, como micropore®) não devem ser utilizadas para estabilização ou coberturas de cateteres.

b) Rolos de fitas adesivas não estéreis podem ser facilmente contaminados com microorganismos patogênicos.

c) Suturas estão associadas a acidentes percutâneos, favorecem a formação de biofilme e aumentam o risco de IPCS.

4.2.5 Coberturas

1. Os propósitos das coberturas são os de proteger o sítio de punção e minimizar a possibilidade de infecção, por meio da interface entre a superfície do cateter e a pele, e de fixar o dispositivo no local e prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso.

2. Qualquer cobertura para cateter periférico deve ser estéril, podendo ser semioclusiva (gaze e fita adesiva estéril) ou membrana transparente semipermeável.

a) Utilizar gaze e fita adesiva estéril apenas quando a previsão de acesso for menor que 48h. Caso a necessidade de manter o cateter seja maior que 48h não utilizar a gaze para cobertura devido ao risco de perda do acesso durante sua troca.

3. A cobertura não deve ser trocada em intervalos pré-estabelecidos.

4. A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca.

5. Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho.

4.2.6 *Flushing* e manutenção do cateter periférico

1. Realizar o *flushing* e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações.

2. Realizar o *flushing* antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis.

3. Utilizar frascos de dose única ou seringas preenchidas comercialmente disponíveis para a prática de *flushing* e *lock* do cateter.

4. Utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% isenta de conservantes para *flushing* e *lock* dos cateteres periféricos.

5. Avaliar a permeabilidade e funcionalidade do cateter utilizando seringas de diâmetro de 10 ml para gerar baixa pressão no lúmen do cateter e registrar qualquer tipo de resistência.

6. Realizar o *flushing* e *lock* de cateteres periféricos imediatamente após cada uso.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.2.7 Cuidados com o sítio de inserção

1. Avaliar o sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia. A frequência ideal de avaliação do sítio de inserção é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente.

a) Pacientes de qualquer idade em terapia intensiva, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada 1 – 2 horas.

b) Pacientes pediátricos: avaliar no mínimo duas vezes por turno.

c) Pacientes em unidades de internação: avaliar uma vez por turno.

4.2.8 Remoção do cateter

1. A avaliação de necessidade de permanência do cateter deve ser **diária**.

2. Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas.

3. O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo quanto possível.

4. Remover o cateter periférico na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento.

5. Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas recomendadas nesse documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril.

6. Para pacientes neonatais e pediátricos, não trocar o cateter rotineiramente. Porém, é imprescindível que os serviços garantam as boas práticas recomendadas neste documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril.

4.3 Recomendações para cateter central de curta permanência

4.3.1 As principais indicações para o uso de cateter central

- Pacientes sem reais condições de acesso venoso por venóclise periférica.
- Necessidade de monitorização hemodinâmica (medida de pressão venosa central).
- Administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados em pacientes com instabilidade hemodinâmica instalada ou previsível.
- Acesso imediato para terapia dialítica.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Administração de soluções/medicamentos que não podem ser administrados por via periférica (ver acima).
- Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si (por meio de cateteres de múltiplos lúmens).
- Quando o plano infusional previr necessidade de acesso venoso central por > 21 dias, preferir cateteres de média a longa permanência.

4.3.2 Inserção

1. **Não realizar punção em veia femoral**, pois a inserção neste sítio está associada à maior risco de desenvolvimento de ICSRC.

2. Na escolha do sítio de inserção, considerar risco para outras complicações não infecciosas (por exemplo, evitar inserção em subclávia para cateteres de hemodiálise por risco de estenose).

3. Preferir inserção guiada por ultrassom. Ao menos duas metanálises relacionaram o uso desta tecnologia com menores complicações mecânicas.

4. Não há recomendação para o uso de flebotomia como via de acesso de forma rotineira.

5. Utilizar kits que contenham todos os insumos necessários para a adequada inserção do cateter central.

6. A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras. Não utilize laminas de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção.

7. Higienizar as mãos antes e após a inserção e para qualquer tipo de manipulação do cateter.

8. Utilizar barreira máxima estéril no momento da inserção dos cateteres centrais.

a) Todos os profissionais envolvidos na inserção devem utilizar gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis. Utilizar também óculos de proteção.

b) Utilizar campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente (cabeça aos pés).

c) Estas mesmas medidas devem ser aplicadas na troca do cateter por fio guia.

9. Realizar o preparo da pele com solução alcóolica de gliconato de clorexidina > 0,5%.

a) Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos e deve ser realizada por meio de movimentos de vai e vem.

b) Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção.

10. A degermação prévia à antissepsia da pele não é recomendada rotineiramente, estando reservada para casos onde exista sujidade visível.

11. Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem a utilização de barreira máxima devem ser trocados para outro sítio assim que possível, não ultrapassando 48 horas.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.3.3 Cobertura, fixação e estabilização

1. Considere o uso de dispositivos de estabilização sem sutura para redução do risco de IPCS.

2. Usar gaze e fita adesiva estéril ou cobertura transparente semipermeável estéril para cobrir o sítio de inserção.

a) Em caso de sangramento ou diaforese excessivos, preferir gaze e fita adesiva estéril a coberturas transparentes.

3. **Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida. Não atrasar a troca da cobertura que perder a sua integridade, pois isto se associa a quatro – doze vezes o risco de IPCS.**

4. As coberturas, cateteres e conexões devem ser protegidos com plástico ou outro material impermeável durante o banho.

4.3.4 Manutenção

1. Garantir número adequado da equipe assistencial, de acordo com o número e gravidade dos pacientes, e evitar a rotatividade da equipe assistencial.

2. Higienizar as mãos antes e após a manipulação do cateter.

3. Realizar desinfecção das conexões, conectores valvulados e *ports* de adição de medicamentos com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos.

4. Avaliar no mínimo uma vez ao dia o sítio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto.

4.3.5 Troca/remoção

1. Avaliar diariamente a necessidade de permanência do Cateter Venoso Central e remover os cateteres quando não houver mais indicação.

2. Não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais, ou seja, não substituí-los exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência.

3. Em geral, trocas por fio guia devem ser limitadas a complicações não infecciosas (ruptura e obstrução).

4.4 Recomendações para cateteres centrais de inserção periférica (PICC)

1. Não utilizar cateter central de inserção periférica (PICC) como estratégia para reduzir o risco de IPCS em pacientes internados. No entanto, o risco parece ser menor do que o observado com os cateteres centrais de curta permanência convencionais no subgrupo de pacientes ambulatoriais.

2. Os cuidados para prevenção de ICSRC associada à PICC seguem as mesmas recomendações de cateteres centrais de curta permanência.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

3. A inserção do PICC idealmente deve ser feita por técnica de microintrodução guiada por ultrassonografia. As veias basílica, cefálica e braquial são as de escolha.

4. Para pacientes pediátricos e neonatais, sítios adicionais podem ser considerados: veias axilares, veia temporal e auricular posterior (cabeça) e veia safena e poplítea (membros inferiores).

4.5 Recomendações para cateter semi-implantáveis ou tunelizados.

O acesso venoso de longa permanência do tipo “semi-implantável ou tunelizado” é recomendado principalmente para pacientes onco-hemotológicos, em portadores de insuficiência renal (diálise programada por mais de 21 dias) e em pacientes em nutrição parenteral prolongada. Estes dispositivos permitem a coleta de amostras de sangue e administração de drogas, hemocomponentes, nutrição parenteral total (NPT), antimicrobianos e contraste. Podem permanecer por meses ou anos.

1. Os cuidados para prevenção de ICSRC associada ao cateter semi-implantável seguem as mesmas recomendações de cateteres centrais de curta permanência.

2. Devem ser inseridos cirurgicamente em ambiente controlado, como, centro cirúrgico e sala de hemodinâmica.

3. Após a cicatrização do óstio (em média 2 - 4 semanas) pode-se manter o sítio de inserção descoberto.

4.6 Recomendações para cateter totalmente implantável

O acesso venoso de longa permanência do tipo “totalmente implantável” (ou *port*) é recomendado principalmente para pacientes onco-hemotológicos e em pacientes em nutrição parenteral prolongada, além de outras indicações que necessitem de acesso seguro por períodos prolongados. Estes dispositivos permitem a coleta de amostras de sangue e administração de drogas, hemocomponentes, NPT, antimicrobianos e contraste. Podem permanecer por meses, até mesmo por anos.

1. Os cuidados para prevenção de ICSRC associada ao cateter totalmente implantável seguem as mesmas recomendações de cateteres centrais de curta permanência.

2. Devem ser inseridos cirurgicamente em ambiente controlado, como centro cirúrgico e sala de hemodinâmica.

3. Os reservatórios são implantados em uma loja subcutânea, geralmente na região peitoral entre o esterno e o mamilo. Escolher veia subclávia jugular ou cefálica.

4. A punção do reservatório (*port*) deve ser realizada com agulha angulada, própria para uso na membrana do reservatório (agulha tipo *Huber*). Não utilizar agulha hipodérmica ou dispositivo com asas e cânula metálica (escalpe).

5. Durante a punção, utilizar máscara cirúrgica (profissional e paciente), e luvas estéreis, obedecendo à técnica asséptica.

6. Realizar antissepsia da pele com gliconato de clorexidina alcoólica > 0,5% antes de puncionar o reservatório.

7. Manter a agulha por até sete dias, protegida por cobertura estéril.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

8. Garantir estabilização da fixação, evitando mobilização da agulha tipo *Huber*.

4.7 Recomendações para cateteres arteriais periféricos.

1. Os cateteres arteriais periféricos geralmente são inseridos na artéria radial ou femoral. Permitem uma mensuração contínua da pressão arterial e coleta de sangue para a medição dos gases arteriais.

2. Realizar o preparo da pele com solução alcóolica de gliconato de clorexidina > 0,5%. (I)

c) Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos e deve ser realizada por meio de movimentos de vai e vem.

d) Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção.

3. No mínimo, máscara, gorro, luvas estéreis e um campo pequeno fenestrado estéril devem ser utilizados durante a inserção do cateter arterial periférico.

4. Durante a inserção do cateter arterial em femoral ou axilar devem ser utilizadas precauções de barreira máxima estéreis:

a) Todos os profissionais envolvidos na inserção devem utilizar gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis. Utilizar também óculos de proteção.

b) Utilizar campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente (cabeça aos pés).

5. Utilizar cateter específico para punção arterial na instalação da pressão arterial invasiva.

6. Utilizar somente componentes estéreis para o sistema de monitorização de pressão arterial invasiva.

7. Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter arterial.

8. Não trocar rotineiramente os cateteres arteriais periféricos.

9. Minimizar as manipulações do cateter arterial periférico, se necessário fazê-las por meio do sistema de *flush* contínuo fechado.

10. Utilizar transdutores descartáveis para a monitorização da pressão arterial invasiva.

11. **Trocar esses transdutores a cada 96 horas, juntamente com os seus acessórios e soluções para *flush.***

4.8 Recomendações para dispositivo intraósseo

Consiste na introdução de uma agulha na cavidade da medula óssea, possibilitando acesso à circulação sistêmica venosa por meio da infusão de fluidos na cavidade medular para a infusão de medicamentos e soluções em situações de emergência.

1. Realizar o procedimento com técnica asséptica.

2. Realizar a antissepsia da pele com solução alcóolica de gliconato de clorexidina > 0,5%, PVPI ou álcool 70%. Não há evidência abordando a melhor solução antisséptica.

3. Utilizar cobertura estéril sobre o local do sítio de acesso intraósseo e estabilizar o dispositivo.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4. Limitar o tempo de permanência do dispositivo intra-ósseo para não mais do que 24 horas.

5. Conectores sem agulha

1. Recomenda-se o uso de conectores sem agulhas no lugar de dânulas (torneirinhas de três vias). Caso haja necessidade do uso de dânula na fase de implantação dos conectores, seguir as recomendações:

a) trocar as dânulas junto com o sistema de infusão

b) possuir sistema de conexão *luer lock*

c) cobrir as entradas com tampas estéreis e de uso único (descartar após cada uso)

d) seguir as recomendações abaixo sobre a desinfecção das entradas.

2. Não há consenso sobre o desenho interno ou modelo do conector para prevenir ou reduzir IPCS. Os conectores podem ser potenciais fontes de contaminação intraluminal, portanto, seu uso requer adesão às práticas de prevenção de infecção. (Assunto não resolvido)

3. Os conectores possuem diferentes mecanismos internos e diferenciais de pressão. O modelo que reduz o risco de oclusão permanece controverso e requer futuros estudos. (Assunto não resolvido)

4. Os conectores devem ser compatíveis com conexão *luer lock*.

5. Devem possuir, preferencialmente, o corpo e componentes internos transparentes, permitindo a visualização de seu interior e evitando o acúmulo de sangue.

6. Os componentes devem ser isentos de látex.

7. O conector não deve conter artefatos metálicos na sua composição, para permitir o uso durante a realização de ressonância magnética.

8. O serviço de saúde deve monitorar as taxas de IPCS após a introdução ou troca dos conectores para avaliar o impacto da alteração.

9. O serviço de saúde deve garantir treinamento e capacitação adequados quanto ao uso dos conectores.

10. Realizar desinfecção dos conectores antes de cada acesso ou manipulação com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos.

a) Assegurar que os insumos necessários para a desinfecção estejam acessíveis e próximo à assistência, para facilitar a adesão dos profissionais.

11. Trocar os conectores em intervalos não inferiores a 96 horas ou de acordo com a recomendação do fabricante.

a) Para cateteres periféricos com tempo de permanência superior a 96 horas, não há estudos sobre a frequência de troca. (Assunto não resolvido).

b) Os conectores devem ser trocados imediatamente em caso de desconexão do cateter ou sistema de infusão, presença de sangue ou outra sujidade .

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

5.1 Bombas de infusão

1. Deve ser realizada a manutenção preventiva de acordo com cronograma estabelecido pelo fabricante ou pela instituição e a corretiva, quando apresentar mau funcionamento.

2. Devem ser mantidos os registros das manutenções.

3. **A limpeza e a desinfecção da superfície e do painel das bombas de infusão devem ser realizadas a cada 24 horas e na troca de paciente, utilizando produto conforme recomendação do fabricante.**

4. A troca de equipos deve ser feita de acordo com a recomendação do fabricante.

5. Preferencialmente, devem possuir sistema que impede o fluxo livre.

5.2 Cuidados com preparo e administração de medicamentos

Técnica asséptica se refere à utilização de várias barreiras e precauções para evitar a transferência de microorganismos a partir do profissional de saúde e o meio ambiente para o paciente durante um procedimento. Estéril é a ausência de todos os micróbios.

1. Higienizar as mãos antes de acessar materiais/suprimentos, frascos de medicamentos e soluções intravenosas, e durante preparo e administração de medicamentos.

2. Utilizar técnica asséptica em todos os aspectos da utilização de frasco de medicamento, preparação e administração de medicamentos parenterais.

3. Armazenar, acessar e preparar medicamentos e materiais/suprimentos em uma área limpa ou superfície limpa.

4. Evitar o contato não estéril com áreas estéreis dos dispositivos, recipientes e medicamentos.

5. Após um evento de emergência, descarte todos os frascos de produtos parenterais estéreis abertos ou perfurados com agulha, soluções intravenosas e recipientes de uso único.

a) Nunca guarde seringas e agulhas desembrulhadas, pois a esterilidade não pode ser assegurada.

6. Desinfetar o diafragma (borracha) do frasco-ampola e ampola de vidro com álcool 70% antes de inserir uma agulha ou quebrar a ampola.

7. Utilizar sistema livre de agulhas para todos os aspectos da administração de medicamentos e transferência de soluções entre recipientes.

8. Não misture as sobras de medicamentos parenterais (frascos ou soluções intravenosas) para administração posterior.

9. Não utilizar seringa preenchida para diluir medicamentos para administração.

10. Não transportar seringas de medicamentos em bolsos ou roupas.

11. Nunca utilizar um recipiente de solução intravenosa (por exemplo, bolsa ou frasco de soro) para obter soluções de *flushing* para mais de um paciente.

12. Nunca utilize materiais de infusão, tais como: agulhas, seringas, sistemas de infusão, para mais de um paciente.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

13. Utilizar um ambiente ISO Classe 5 para preparar soluções/medicamentos estéreis quando o uso urgente não é necessário.

14. Se um frasco multidose for utilizado, usá-lo apenas para um paciente e depois descartá-lo. Utilizar uma nova agulha e uma nova seringa para cada entrada no frasco.

15. Quando um medicamento precisa ser reconstituído fora do ambiente ISO classe 5 (por exemplo, posto de enfermagem) preparar de acordo com as instruções do fabricante e imediatamente antes da administração.

16. Frascos de medicamentos multidoses utilizados por mais de um paciente devem ser armazenados e rotulados de forma adequada e não devem entrar na área de atendimento imediato ao paciente (por exemplo, sala cirúrgica, carro de anestesia). Se frascos multidoses entrarem na área de assistência ao paciente, eles devem ser dedicados para administração em um único paciente e descartados imediatamente após o uso.

17. Remover agulha, seringa, cânula e/ou acessórios para infusão intravenosa imediatamente antes do uso.

18. Nunca utilize uma seringa para mais de um paciente mesmo se a agulha tiver sido trocada entre pacientes.

5.3 Troca do equipo e dispositivos complementares (extensor, perfusor, entre outros)

1. A troca dos equipos e dispositivos complementares é baseada em alguns fatores, como tipo de solução utilizada, frequência da infusão (contínuo ou intermitente), suspeita de contaminação ou quando a integridade do produto ou do sistema estiver comprometida.

2. Os equipos e dispositivos complementares devem ser trocados sempre nas trocas dos cateteres venosos (periférico ou centrais).

3. Os equipos e dispositivos complementares devem ser do tipo luer lock, para garantir injeção segurar e evitar desconexões.

4. Minimizar o uso de equipos e extensões com vias adicionais. Cada via é uma potencial fonte de contaminação.

a) Caso seja utilizado injetor lateral dos equipos, o mesmo se destina apenas a conexões com sistema sem agulha do tipo luer lock.

5. Equipos de infusão contínua não devem ser trocados em intervalos inferiores a 96 horas. (I)

6. Evitar a desconexão do equipo do hub do cateter ou conector. (III)

7. Trocar equipos de administração intermitente a cada 24 horas. (III)

a) Desconexões repetidas com consequente reconexão do sistema aumenta o risco de contaminação do luer do equipo, do hub do cateter e conectores sem agulhas, com consequente risco para a ocorrência de IPCS.

b) Proteja a ponta do equipo de forma asséptica com uma capa protetora estéril, de uso único, caso haja necessidade de desconexão. Não utilize agulhas para proteção. (III)

8. Trocar o equipo e dispositivo complementar de nutrição parenteral a cada bolsa. (III)

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

a) O equipo para administração de nutrição parenteral total (mistura de nutrientes ou formulações com aminoácido/dextrose) deve ser isento de dietilexilftalato (DEHP). (III)

b) A via para administração da nutrição parenteral deve ser exclusiva (III).

9. Trocar o equipo e dispositivo complementar de infusões lipídicas a cada 12 horas. (III)

a) O equipo para administração de infusões lipídicas deve ser isento de DEHP. (III)

10. Trocar o equipo e dispositivo complementar utilizado para administrar o propofol (juntamente com o frasco do medicamento) de 6 – 12 horas (de acordo com a recomendação do fabricante. (III)

11. Trocar o equipo e dispositivo complementar de administração de hemocomponente a cada bolsa176. (III)

12. Trocar equipos de sistema fechado de monitorização hemodinâmica e pressão arterial invasiva a cada 96 horas. (II)

5. DOCUMENTOS E REGISTROS DE REFERÊNCIA E COMPLEMENTARES

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

6. ANEXO

Não se aplica

ELABORAÇÃO	Papel: SE_SCIH - ANA RAFAELA GOMES SILVA E SOUZA - Enfermeiro SCIH
APROVAÇÃO	Papel: SE_SCIH - Rebeca Ribeiro Lopes - Enfermeiro SCIH 28/02/2024 09:41:36

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Equipe Multidisciplinar

1. OBJETIVO

Descrever os fluxos das medidas de prevenção de infecção associada ao trato urinário, estabelecer as rotinas de trabalho visando à segurança para o paciente e profissional durante o procedimento de cateterismo vesical, identificar de forma ágil o paciente que necessita do cateterismo vesical, supervisionar os cuidados e processos da equipe com intervenções imediatas e programadas, identificar o mais rapidamente critérios de retirada do cateter vesical de demora.

2. TERMO E DEFINIÇÕES

1) Definições

Infecção do trato urinário: É a presença de microorganismos, provocando invasão tecidual e processo inflamatório em alguma parte do trato urinário.

Cateter vesical de demora: considera-se aquele que entra pelo orifício da uretra e permanece. Excluem-se cateter duplo J, cistostomia, punção supra púbica e cateterização intermitente.

Colonização das vias urinárias: Presença de microorganismo no trato urinário, porém sem invasão tissular.

Contaminação: È a presença transitória de microrganismos em superfícies sem invasão tecidual. Pode ocorrer em Objetos inanimados como em hospedeiros. A principal via de contaminação do trato urinário é a ascendente.

Higienização das mãos: termo genérico aplicável à higienização simples das mãos, higienização antisséptica das mãos, fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e anti-sepsia cirúrgica das mãos ou preparo pré-operatório de mãos.

2) Siglas

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

ITU – Infecção do Trato urinário

IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

3. RECURSOS NECESSÁRIOS

Todos os materiais necessários para cada atividade estão descritos em cada atividade no campo de Descrição

4. DESCRIÇÃO

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.1 Introdução

A infecção do trato urinário - ITU é uma das causas prevalentes de IRAS de grande potencial preventivo, visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical.

As ITUs são responsáveis por 35-45% das IRAS em pacientes adultos, com densidade de incidência de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia. Aproximadamente 16-25% dos pacientes de um hospital serão submetidos a cateterismo vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua hospitalização, muitas vezes sob indicação clínica equivocada ou inexistente e até mesmo sem conhecimento médico.

A problemática continua quando muitos pacientes permanecem com o dispositivo além do necessário, apesar das complicações infecciosas (locais e sistêmicas) e não infecciosas (desconforto para o paciente, restrição da mobilidade, traumas uretrais por tração), inclusive custos hospitalares e prejuízos ao sistema de saúde público e privado.

Entende-se que o tempo de permanência da cateterização vesical é o fator crucial para colonização e infecção (bacteriana e fúngica). A contaminação poderá ser intraluminal ou extraluminal (biofilme), sendo esta última a mais comum. O fenômeno essencial para determinar a virulência bacteriana é a adesão ao epitélio urinário, colonização intestinal, perineal e cateter.

O crescimento bacteriano inicia-se após a instalação do cateter, numa proporção de 5-10% ao dia, e estará presente em todos os pacientes ao final de quatro semanas. O potencial risco para ITU associado ao cateter intermitente é inferior, sendo de 3,1% e quando na ausência de cateter vesical de 1,4%.

Os agentes etiológicos responsáveis por essas ITU costumam, inicialmente, pertencer à microbiota do paciente. E, posteriormente, devido ao uso de antimicrobianos, seleção bacteriana, colonização local, fungos e aos cuidados do cateter, pode ocorrer a modificação da microbiota.

4.2 Recomendações para prevenção de ITU

4.2.1 Higiene das mãos

Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos.

a) Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.

b) Usar preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas

c) O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres vesicais, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após manipular o cateter urinário, bem como antes e após a inserção e a remoção do mesmo.

4.2.2 Técnica de Inserção do Cateter Urinário

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Equipe Multidisciplinar

- Reunir o material para higiene íntima, luva de procedimento e luva estéril, campo estéril, sonda vesical de calibre adequado, gel lubrificante, antisséptico preferencialmente em solução aquosa, bolsa coletora de urina, seringa, agulha e água destilada;
- Higienizar as mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica para as mãos;
- Realizar a higiene íntima do paciente com água e sabonete líquido (comum ou com antisséptico);
- Retirar luvas de procedimento, realizar higiene das mãos com água e sabão;
- Montar campo estéril fenestrado com abertura;
- Organizar material estéril no campo (seringa, agulha, sonda, coletor urinário, gaze estéril) e abrir o material tendo o cuidado de não contaminá-lo;
- Calçar luva estéril;
- Conectar sonda ao coletor de urina (atividade), testando o balonete (sistema fechado com sistema de drenagem com válvula anti-refluxo);
- Realizar a antissepsia da região perineal com solução padronizada, partindo da uretra para a periferia (região distal);
- Introduzir gel lubrificante na uretra em homens;
- Lubrificar a ponta da sonda com gel lubrificante em mulheres;
- Seguir técnica asséptica de inserção;
- Observar drenagem de urina pelo cateter e/ou sistema coletor antes de insuflar o balão para evitar lesão uretral, que deverá ficar abaixo do nível da bexiga, sem contato com o chão; observar para manter o fluxo desobstruído;
- Fixar corretamente o cateter no hipogástrio no sexo masculino e na raiz da coxa em mulheres (evitando traumas);
- Assegurar o registro em prontuário e no dispositivo para monitoramento de tempo de permanência e complicações;
- Gel lubrificante estéril, de uso único, com ou sem anestésico (dar preferência ao uso de anestésico em paciente com sensibilidade uretral);
- Uso para cateter permanente;
- Utilizar cateter de menor calibre possível para evitar trauma uretral.
- Higienizar as mãos após o término do procedimento

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Atenção: O teste do balonete pode ser realizado em um dos seguintes momentos: 1) antes de dispor o material no campo estéril: aspira-se a água destilada e testa-se o balonete, segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete; 2) dentro do campo estéril: colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se a integridade do balonete.

4.2.3 Indicação do uso de cateter urinário

1. Pacientes com impossibilidade de micção espontânea;
2. Paciente instável hemodinamicamente com necessidade de monitorização de débito urinário;
3. Pós - operatório, pelo menor tempo possível, com tempo máximo recomendável de até 24 horas, exceto para cirurgias urológicas específicas;
4. Tratamento de pacientes do sexo feminino com úlcera por pressão grau IV com cicatrização comprometida pelo contato pela urina.

Sempre dar preferência ao cateterismo intermitente ou drenagem suprapúbica e uso de drenagem externa para o sexo masculino.

4.2.4 Manuseio correto do cateter

1. Após a inserção, fixar o cateter de modo seguro e que não permita tração ou movimentação;
2. Manter o sistema de drenagem fechado e estéril;
3. Não desconectar o cateter ou tubo de drenagem, exceto se a irrigação for necessária;
4. Trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento;
5. Para exame de urina, coletar pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril após desinfecção do dispositivo de coleta; Levar a amostra imediatamente ao laboratório para cultura.
6. Manter o fluxo de urina desobstruído;
7. Esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual e evitar contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor;
8. Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;
9. Não há recomendação para uso de antissépticos tópicos ou antibióticos aplicados ao cateter, uretra ou meato uretral;
10. Realizar a higiene rotineira do meato e sempre que necessário.
11. Não é necessário fechar previamente o cateter antes da sua remoção.

4.2.5 Estratégias que não devem ser utilizadas para prevenção

A. Não utilizar rotineiramente cateter impregnado com prata ou outro antimicrobiano;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

B. Não monitorar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter;

C. Não tratar bacteriúria assintomáticaa, exceto antes de procedimento urológico invasivo;

D. Evitar irrigação do cateter:

I. Não realizar irrigação vesical contínua com antimicrobiano;

II. Não utilizar instilação rotineira de soluções antisséptica ou antimicrobiana em sacos de drenagem urinária;

III. Quando houver obstrução do cateter por muco, coágulos ou outras causas, proceder a irrigação com sistema fechado;

E. Não utilizar rotineiramente antimicrobianos sistêmicos profiláticos;

F. Não trocar cateteres rotineiramente;

4.2.6 Cuidados a serem seguidos para retirada do cateter urinário

- A equipe deverá revisar, diariamente, a necessidade da retirada do cateter através do bundle de manutenção e evolução médica.

A bacteriúria assintomática não necessita tratamento, porém pacientes grávidas, transplantados de rim, crianças com refluxo vesicoureteral, pacientes com cálculos infectados e pacientes submetidos a cirurgias urológicas, deverão ser avaliados para possível tratamento.

5. DOCUMENTOS E REGISTROS DE REFERÊNCIA E COMPLEMENTARES

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

6. ANEXO

Não se aplica

ELABORAÇÃO	Papel: SE_SCIH - ANA RAFAELA GOMES SILVA E SOUZA - Enfermeiro SCIH
APROVAÇÃO	Papel: SE_SCIH - Rebeca Ribeiro Lopes - Enfermeiro SCIH 28/02/2024 09:39:36

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Hospital da Baleia	**PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO**	**Padrão:** PRO.SCI.0004 **Versão:** 001 **Data da próxima publicação:** 01/03/2026 **Página:** 1 de 10

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Equipe Multidisciplinar

1. OBJETIVO

Este procedimento visa orientação para todos os profissionais em relação às medidas adotadas para prevenção de Infecção Associada ao Trato Respiratório, relacionada e não relacionada à ventilação mecânica, como meta de redução dos números de infecções e sustentabilidade aos resultados obtidos com melhorias e manutenção do processo

2. TERMO E DEFINIÇÕES

1) Definições

Ventilação mecânica: Ventilação mecânica artificial é a manutenção de ventilação e oxigenação adequadas às necessidades dos órgãos e tecidos. Porém, é de fundamental importância que esse objetivo seja atingido sem aumentar a morbidade dessa grave situação.

Contaminação: Presença transitória de microorganismos em superfícies sem invasão tecidual ou relação de parasitismo. Pode ocorrer tanto com objetos inanimados como em hospedeiros. Por exemplo: flora transitória da mão.

Higienização das mãos: termo genérico aplicável à higienização simples das mãos, higienização antisséptica das mãos, fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e anti-sepsia cirúrgica das mãos ou preparo pré-operatório de mãos.

Colonização: Crescimento e multiplicação de um microorganismo em superfícies epiteliais do hospedeiro sem expressão clínica ou imunológica. Por exemplo: microbiota humana normal.

Infecção: Danos decorrentes da invasão, multiplicação ou ação de produtos tóxicos de agentes infecciosos no hospedeiro, ocorrendo interação imunológica. A presença de sinais e sintomas caracteriza a doença ou a síndrome infecciosa.

Pneumonia associada à ventilação mecânica (VAP) – Pneumonia nosocomial em pacientes em ventilação mecânica após 48 horas de entubação, se ausente no momento da entubação.

2) Siglas

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

CTI: Centro de Tratamento Intensivo;

PAV / VAP - Pneumonia Associada a Ventilação;

UFC - Unidade Formadora de Colônia;

VMNI - Ventilação Mecânica Não-Invasiva

MDR - Multidrogaresistente;

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

CDC - Centro de Controle de Doenças de Atlanta/Estados Unidos;

PNM - Pneumonia.

IHI - Institute for Healthcare *Improvement*

3. RECURSOS NECESSÁRIOS

Todos os materiais necessários para cada atividade estão descritos no campo de Descrição.

4. DESCRIÇÃO

4.1 Introdução

A cada ano ocorrem nos Estados Unidos da América - EUA entre 5 e 10 episódios de pneumonia relacionada à assistência à saúde por 1.000 admissões. Estas infecções são responsáveis por 15% das infecções relacionadas à assistência à saúde - IRAS e aproximadamente 25% de todas as infecções adquiridas nas unidades de terapia intensiva – UTI.

As taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica - PAV podem variar de acordo com a população de pacientes e os métodos diagnósticos disponíveis. Mas vários estudos demonstram que a incidência desta infecção aumenta com a duração da VM e apontam taxas de ataque de aproximadamente 3% por dia durante os primeiros cinco dias de ventilação e depois 2% para cada dia subsequente.

A mortalidade global nos episódios de pneumonia associada à VM varia de 20 a 60%, refletindo em grande parte a severidade da doença de base destes pacientes, a falência de órgãos e especificidades da população estudada e do agente etiológico envolvido. Estimativas da mortalidade atribuída a esta infecção variam nos diferentes estudos, mas aproximadamente 33% dos pacientes com PAV morrem em decorrência direta desta infecção.

A patogênese da pneumonia relacionada à assistência à saúde envolve a interação entre patógeno, hospedeiro e variáveis epidemiológicas que facilitam esta dinâmica. Vários mecanismos contribuem para a ocorrência destas infecções, porém o papel de cada um destes fatores permanece controverso, podendo variar de acordo com a população envolvida e o agente etiológico (Figura 1).

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Equipe Multidisciplinar

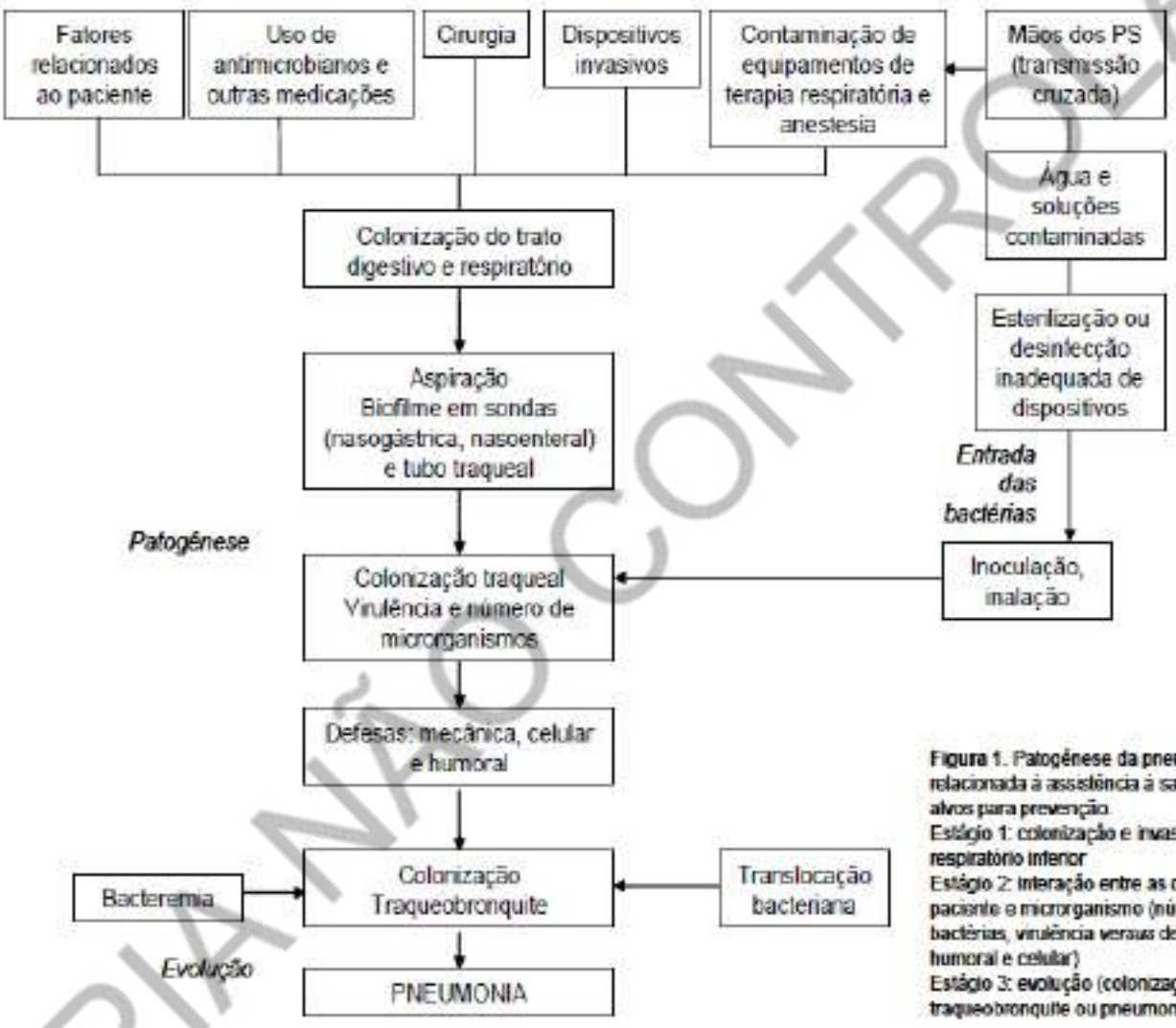


Figura 1. Patogênese da pneumonia relacionada à assistência à saúde e possíveis alvos para prevenção.
Estágio 1: colonização e invasão do trato respiratório inferior
Estágio 2: interação entre as defesas do paciente e microrganismo (número de bactérias, virulência versus defesas mecânica, humoral e celular)
Estágio 3: evolução (colonização, traqueobronquite ou pneumonia)

Fonte: Adaptado de: Craven DE et al.;2007.

Os pacientes internados e, especialmente, os pacientes em ventilação mecânica são um grupo de risco aumentado para pneumonia. Este risco maior deve-se essencialmente a três fatores: 1) diminuição das defesas do paciente; 2) risco elevado de ter as vias aéreas inoculadas com grande quantidade de material contaminado; 3) presença de microrganismos mais agressivos e resistentes aos antimicrobianos no ambiente, superfícies próximas, materiais e colonizando o próprio paciente.

Como a principal razão da pneumonia relacionada à assistência à saúde é a aspiração e como estes pacientes, habitualmente, encontram-se restritos ao leito, as pneumonias hospitalares desenvolvem-se nos lobos inferiores e nos segmentos posteriores destes. Após a aspiração o material contaminado impacta em

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

brônquios de pequeno calibre e expande-se para o espaço alveolar ao redor, causando histopatologicamente uma broncopneumonia. Como podem acontecer aspirações em momentos diferentes, um paciente pode ter mais de um foco de pneumonia e até com microrganismos diferentes.

4.2. Fatores de risco para pneumonia associada à assistência à saúde

Os fatores de risco para pneumonia associada à assistência à saúde podem ser agrupados em quatro categorias:

1. Fatores que aumentam a colonização da orofaringe e estômago por micro-organismos (administração de agentes antimicrobianos, admissão em CTI ou presença de doença pulmonar crônica de base);

2. Condições que favorecem aspiração do trato respiratório ou refluxo do trato gastrintestinal (intubação endotraqueal ou intubações subsequentes; utilização de sonda nasogástrica; posição supina; coma; procedimentos cirúrgicos envolvendo cabeça, pescoço, tórax e abdome superior; imobilização devido a trauma ou outra doença);

3. Condições que requerem uso prolongado de ventilação mecânica com exposição potencial a dispositivos respiratórios e contato com mãos contaminadas ou colonizadas, principalmente de profissionais da área da saúde;

4. Fatores do hospedeiro como extremos de idade, desnutrição, condições de base graves, incluindo imunossupressão.

Estas categorias, especialmente as três primeiras, incluem os fatores de risco considerados modificáveis, que constituem o alvo das medidas preventivas.

4.3 Medidas Específicas Recomendadas para Prevenção de Pneumonia

4.3.1 Higiene das mãos

Higienizar as mãos antes e após qualquer tipo de manipulação de dispositivos respiratórios no paciente.

a) Higienizar as mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.

b) Usar preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%) quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas

c) O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com o trato respiratório, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após manipular o paciente, bem como antes e após a inserção e a remoção de dispositivos invasivos do trato respiratório.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CÓPIA NÃO CONTROLADA

4.3.2 Manter decúbito elevado (30- 45°)

A VM está associada a altas taxas de pneumonia, pois o tubo endotraqueal inibe mecanismos de defesa importantes do trato respiratório superior, contribui com a produção e acúmulo de secreções de orofaringe, inibe mecanismos de tosse efetivos e pode ser uma fonte de infecção. A colonização da orofaringe e estômago com microrganismos patogênicos parece preceder o desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação mecânica. A utilização de bloqueadores dos receptores de histamina para prevenção de úlcera gástrica altera o pH do suco gástrico, o que facilita a colonização por microrganismos patogênicos, além da presença da sonda nasogástrica que facilita o refluxo das bactérias do estômago.

Não há dados suficientes para afirmar que a recomendação de manter pacientes com a cabeceira elevada em 30 a 45˚ tenha impacto significativo na redução da PAV ou mortalidade (qualidade de evidência II, segundo a publicação da *Society for Healthcare Epidemiology of America and Cambridge University - SHEA*). Porém, em função de ser uma medida simples, de fácil aplicabilidade, com baixo risco de complicação, nenhum custo e um benefício potencial, no último compêndio de estratégias de prevenção de PAV, publicado pelo *SHEA* em 2014, esta medida, classificada como uma medida básica foi recomendada.

A utilização do decúbito elevado diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para o acréscimo desta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios em comparação com a posição supina. Por exemplo, os pacientes nesta posição apresentam um maior volume corrente quando ventilados com pressão de suporte e redução no esforço muscular e na taxa de atelectasia.

4.3.3 Adequar diariamente o nível de sedação e teste de respiração espontânea

A utilização da menor dose possível de sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a desintubação tem sido correlacionada com a redução do tempo de ventilação mecânica e, portanto, a uma redução na taxa de PAV. A escolha do tipo de fármacos, intensidade e duração da sedação estão associadas com o risco aumentado das taxas de eventos que incluem delírio, imobilidade, infecção, eventos associados à VM, tempo prolongado de ventilação mecânica, aumento do tempo de internação e morte.

A diminuição do nível de sedação, que deve ser buscada diariamente, e do tempo de sedação podem contribuir para com o menor tempo necessário para a desintubação e possivelmente com menor mortalidade. Já a interrupção diária da sedação pode apresentar alguns riscos, como por exemplo, a desintubação acidental, o aumento do nível de dor e ansiedade levam a possibilidade de assincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação.

Deve ser realizado o questionamento diário sobre a necessidade do suporte respiratório com VM invasiva. A avaliação das causas que levaram ao uso da prótese mecânica e a situação do paciente podem sinalizar se há condições para a submetê-lo ao teste de respiração espontânea. A adequação do nível de sedação pode contribuir para a suspensão dos sedativos, melhor avaliação da presença de dor para a suspensão dos opioides utilizados para analgesia contribuindo assim para aumentar as chances de colocar o paciente em teste de respiração espontânea. Estas ações contribuem para maior sucesso na retirada de prótese ventilatória.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.3.4 Aspirar a secreção subglótica rotineiramente

A presença do tubo endotraqueal em pacientes em ventilação mecânica contribui para o desenvolvimento de pneumonia. O tubo endotraqueal facilita a colonização bacteriana da árvore traqueobrônquica e predispõe aspiração da secreção contaminada pela diminuição do reflexo de tosse, acumulo de secreção acima do balonete (espaço subglótico) e a própria contaminação do tubo.
A utilização da cânula orotraqueal, com um sistema de aspiração de secreção subglótica contínua ou intermitente, é recomendada para pacientes que irão permanecer sob VM acima de 48h ou 72h. Essa medida reduz PAV, tempo de ventilação mecânica, internação na UTI e está associada a menor utilização de antibióticos (qualidade da evidência II segundo a publicação da SHEA).
Não há indicação de troca de tubo para proceder a aspiração contínua.

4.3.5 Fazer a higiene oral com antissépticos

A importância dos cuidados bucais em pacientes sob terapia intensiva tem sido alvo de inúmeras investigações e os resultados alertam para a necessidade de se implementar diretrizes adequadas e seguras.

Na última publicação do *SHEA* (2014), a utilização de clorexidine 0,12% para higiene oral foi classificada como medida de efeito moderado. Apesar disso, esta medida faz parte do "*bundle*" do IHI e quando aplicada em conjunto com outras medidas, parece ter um efeito positivo para redução de PAV.

4.3.6 Fazer uso criterioso de bloqueadores neuromusculares

Os BNM estão indicados para a intubação endotraqueal e durante a VM a fim de eliminar o assincronismo com o respirador em pacientes com insuficiência respiratória grave ou para reduzir o risco de extubação acidental devido à via aérea instável.
Deve-se utilizar de BNM preferencialmente nas primeiras 48 h nos quadros de Síndrome de Angústia Respiratória Aguda - SARA com relação PaO2/FiO2 < 120 para manter VM controlada. A utilização de bloqueio neuromuscular está condicionada a uma sedação profunda, a monitorização adequada do nível de consciência e do bloqueio neuromuscular.
Complicações associadas ao uso de BNM em UTI podem ser a perda capacidade de despertar diário, risco de desconexão do ventilador ou das vias aéreas, efeitos cardiovasculares ou autonômicos (ex.: vagolíticos), redução do fluxo linfático, lesão de pele, nervos periféricos, córnea entre outros.

4.3.7 Dar preferência por utilizar ventilação mecânica não-invasiva

O uso da ventilação mecânica não-invasiva (VMNI) tem demonstrado redução na incidência de pneumonia comparado com a ventilação mecânica invasiva.

Várias são as vantagens do uso da VMNI, como a manutenção das barreiras naturais de proteção da via aérea, a diminuição da assistência ventilatória, a necessidade de sedação e o tempo de internação na UTI.

O uso da VMNI para evitar intubação, segundo a *SHEA* está recomendado com nível de evidência I.

Recomenda-se intubação: se não houver melhora da frequência respiratória, aumento do volume corrente, do nível de consciência, diminuição ou eliminação do uso de musculatura acessória, aumento da PaO2 e/ou da SpO2 e diminuicoã da PaCO2 sem distensão abdominal significativa em até 2 h.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

4.3.8 Cuidados com o circuito do ventilador

A troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento. Esta recomendação é classificada como qualidade da evidência I pela *SHEA*. Portanto, não é recomendada a troca rotineira deste dispositivo.

4.3.9 Indicação e cuidados com os umidificadores

A preferência do sistema passivo de umidificação das vias respiratórias em pacientes mecanicamente ventilados é devido à facilidade de manuseio e ausência de condensados nos circuitos, além do relativo baixo custo. Os umidificadores aquecidos podem ser a preferência em pacientes com copiosa quantidade de secreções respiratórias, hemoptise abundante, ou naqueles com maior susceptibilidade à atelectasias, porém, a água e condensados formados são possíveis fontes de microrganismos.

Deve-se utilizar fluido estéril para nebulização.

Substituir o sistema de umidificação quando em mau funcionamento ou visivelmente contaminado.

Recomenda-se a troca dos umidificadores passivos a partir de 48 horas, podendo ser utilizado no máximo até 7 dias.

4.3.10 Indicação e cuidados com o sistema de aspiração

Existe uma possível vantagem do sistema fechado em relação à manutenção da pressão positiva das vias aéreas. Além disso, este tipo de sistema de aspiração pode ser útil em pacientes infectados com patógenos multirresistentes ou *Mycobacterium tuberculosis* reduzindo o contato do profissional com secreções ou aerossóis contaminados.

O sistema de aspiração fechado reduz a possibilidade de contaminação ambiental, diminuiu custos e podem permanecer por um período indefinido, sem impacto no risco de PAV.

Embora não previna a ocorrência de PAV minimiza períodos de hipoxemia ocasionado pela despressurização da via aérea quando o paciente é desconectado do ventilador.

Recomenda-se a troca do sistema fechado de aspiração a cada 72 horas ou quando houver sujidade ou mau funcionamento.

4.3.11 Evitar extubação não programada (acidental) e reintubação

A falha na extubação é definida como a necessidade de reintubação nas primeiras 24 horas após a retirada da VM. A incidência de reintubação varia na literatura entre 14 e 24%. Várias causas podem levar a falha na extubação como: hipercapnia, insuficiência cardíaca, mais de uma falha no teste de respiração espontânea e de uma comorbidade, obstrução de via aérea alta, aumento do escore do *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation* (APACHE) > 12 no dia da extubação, tempo de ventilação mecânica maior de 72 horas, presença de doença neuromuscular, etc. A reintubação aumenta a incidência de PAV, secundária ao aumento do risco de aspiração da secreção da orofaringe.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Recomenda-se que a retirada do tubo endotraqueal seja realizada quando as condições clínicas permitirem. A utilização de protocolos de sedação e aceleração do desmame e ventilação não invasiva auxiliam na decisão, na condução e na melhoria do atendimento. A monitorização da frequência de extubações acidentais (eventos/100 dias de tubo traqueal) permite mensurar a qualidade da assistência e a orientar os programas de educação continuada.

4.3.12 Monitorizar pressão de cuff

A manutenção da correta pressão de *cuff* (P*cuff*) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e passagem da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia (microaspiração).

Recomenda-se, portanto, que a pressão do *cuff* permaneça entre 18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cmH2O (quando utilizado medidor de cuff). Evitar pressose˜ do balonete maiores que 22 mmHg ou 30 cmH2O.

4.3.13 Dar preferência a intubação orotraqueal

A intubação nasotraqueal aumenta o risco de sinusite, o que pode consequentemente aumentar o risco de PAV, portanto, recomenda-se a intubação orotraqueal.

4.3.14 Cuidados com inaladores e nebulizadores

O cuidado com os inaladores e nebulizadores está diretamente relacionado à manipulação dos dispositivos e da água utilizada, que são fatores que contribuem para sua contaminação.
Não há uma recomendação específica na literatura sobre a rotina para troca destes dispositivos, quando utilizados pelo mesmo paciente. Baseado na experiência das instituições de saúde, recomenda-se a troca a cada 24 horas. Inaladores, nebulizadores, tendas e reservatórios devem ser submetidos a limpeza e, no mínimo, desinfecção de nível intermediário. Recomenda-se que os serviços de saúde estabeleçam rotinas/critérios de troca, manipulação e processamento desses produtos.

4.3.15 Sonda enteral na posição gástrica ou pilórica

O refluxo gastroesofágico pode contribuir para a aspiração de conteúdo colonizado para vias aéreas inferiores e consequente aumento no risco de PAV. Apesar disso, não existem fortes evidências que justifiquem a utilização da sonda na posição pós-pilórica, a não ser em pacientes que necessitem de posição prona para ventilação mecânica, pacientes queimados, pacientes com lesão cerebral grave e pressão intracraniana elevada. Estes pacientes se beneficiariam com o uso da sonda em posição pós-pilórica.

4.3.16 Processamento de produto de assistência respiratória

Um dos fatores que podem contribuir para a aquisição de pneumonia está associado ao inadequado processamento dos produtos utilizados na terapia ventilatória. Por isso é fundamental que esses produtos sejam processados em conformidade com as evidências científicas disponíveis e a normatização sanitária sobre o tema. Os produtos de assistência respiratória classificados como críticos devem ser submetidos a

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

esterilização após adequada limpeza. Já os produtos de assistência respiratória classificados como semicríticos devem ser submetidos a limpeza e, no mínimo, desinfecção de nível intermediário.

4.3.17 Outros dispositivos

Respirômetros, sensores de oxigênio, manuvacuômetro, ventilômetros e outros dispositivos devem ser limpos e desinfetados a cada paciente. A utilização de produtos pronto uso facilitam a adesão às recomendações. Produto disponível próximo ao uso (fácil acesso) e que cumpra as duas funções (limpeza/desinfecção) simultaneamente.

Os inspirômetros podem ser utilizados pelo mesmo paciente enquanto este possuir indicação de uso. Após isso, os mesmos devem ser descartados.

4.4. Medidas sem evidências ou não recomendadas para prevenção de PAV

4.4.1 Profilaxia da úlcera de estresse e a profilaxia da trombose venosa profunda (TVP)

Não existem evidências de que essas medidas previnam a PAV. Devem ser seguidos protocolos institucionais específicos.

4.4.2 Descontaminação Digestiva Seletiva

A colonização da orofaringe tem sido identificada como um fator independente de risco de PAV. No entanto, não há recomendação para a descontaminação digestiva seletiva, independente se utilizando antibióticos tópicos ou intravenosos.

4.4.3 Traqueostomia precoce

Não existe diferença na incidência de PAV entre traqueostomia precoce e tardia, portanto, não se recomenda a traqueostomia precoce na prevenção de PAV.

4.4.4 Antibiótico profilático para PAV

A administração prolongada de antibióticos tem sido associada com alto risco de PAV. Devido ao desenvolvimento de resistência microbiana, não se recomenda a administração preventiva de antibióticos intravenoso.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Equipe Multidisciplinar

5. DOCUMENTOS E REGISTROS DE REFERÊNCIA E COMPLEMENTARES

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

6. ANEXO

Não se aplica

ELABORAÇÃO	Papel: SE_SCIH - ANA RAFAELA GOMES SILVA E SOUZA - Enfermeiro SCIH
APROVAÇÃO	Papel: SE_SCIH - ANA RAFAELA GOMES SILVA E SOUZA - Enfermeiro SCIH 01/03/2024 14:08:38

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

1. OBJETIVO

Assegurar que qualquer paciente admitido e ou utilizando as dependências físicas do Hospital da Baleia, seja devidamente identificado e tratado na vigência de emergência, urgências, intercorrências e deteriorização clínica com necessidade de avaliação médica, mesmo na ausência de seu médico titular.

O Código Amarelo visa proporcionar ao paciente o atendimento precoce, visando reduzir a incidência de paradas cardiorrespiratórias e diminuir a mortalidade intra hospitalar, favorecendo a segurança do paciente, equipe multidisciplinar e da instituição.

2. ABRANGÊNCIA

Unidade de Internação e Unidade de Decisão Clínica (Pacientes acima de 18 anos).

3. TERMO E DEFINIÇÕES

CÓDIGO AMARELO: O Código Amarelo consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais nos pacientes adultos previamente estabelecidos, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico plantonista, agilizando o atendimento.

NEWS: National Early Warning Score (Escore para alerta precoce)

ESCORE: Pontuação que auxilia a tomada de decisão com base nos parâmetros vitais;

FR: Frequência Respiratória;

FC: Frequência Cardíaca;

PA: Pressão Arterial;

PNI: Pressão não invasiva;

PCR: Parada Cardiorrespiratória

V. D. I. ou NR: V-Resposta ao estímulo verbal; D- Resposta ao estímulo doloroso; I – Inconsciente ou NR – Não responde.

SCA: Síndrome coronariana aguda

AVC: Acidente vascular cerebral

VAD: Via aérea difícil

4. RECURSOS NECESSÁRIOS

Telefone;

Prontuário do paciente;

Monitor multiparâmetros;

Oxímetro

Eletrodos

Termômetro

Relógio

Esfignomanômetro e Estetoscópio

Registro de dados vitais (prontuário do paciente)

EPI's

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

Cartão NEWS

Carrinho de Emergência

5. DESCRIÇÃO

5.1 INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES:

O Código Amarelo Adulto consiste no reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais no paciente adulto, previamente estabelecidas, que permitirá ao enfermeiro, acionar o médico responsável – plantonista conforme fluxograma.

Pacientes em cuidados paliativos predominante e exclusivo, deverão ser avaliados de forma individual pelo enfermeiro supervisor com senso crítico, valorizando sintomas e angústias (pacientes e familiares), acionando a equipe assistente e/ou médico plantonista quando julgar necessário.

O H. Baleia dispõe de médicos plantonistas 24 horas por dia, autorizados a prestar assistência a pacientes em situações de emergência / urgência nas dependências físicas do Hospital da Baleia (Unidades Baeta Viana e Maria Ambrosina).

Na ocorrência de PCR em adultos, esse procedimento, não é aplicável, devendo seguir o atendimento em parada cardiorrespiratória pelo procedimento de código azul.

5.2 CRITÉRIOS PARA ACIONAMENTO:

- Mudanças agudas no estado geral do paciente:

Comprometimento respiratório:

- Diminuição aguda da saturação de O2 para < 90 %
- Mudança da frequência respiratória <8 rpm ou > 28 rpm
- Comprometimento de vias aéreas (dificuldade na fala, estridor, etc)

Comprometimento circulatório:

- Diminuição da pressão arterial sistólica para < 90mmHg
- Aumento da pressão arterial sistólica para > 180mmHg associado a sintomas
- Mudança da frequência cardíaca para < 40bpm ou > 130 bpm.
- Dor torácica ou suspeita de SCA

Comprometimento neurológico:

- Rebaixamento do nível de consciência
- Convulsões
- Sinais focais súbitos / Suspeita de AVC com menos de 12 horas de evolução.

Alertas de deterioriazação clínica em pacientes internados:

- NEWS ≥ 5

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

Seriamente preocupados com o estado geral do paciente:

- Paciente refere “não estar bem” ou senti “algo errado”

- Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas.

- Queda com (ou potencial) de dano moderado ou grave (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda de consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada pós queda, ou seja, situações cuja consequência da queda colocar em risco a segurança do paciente. Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental.

Escore NEWS (National Early Warning Score)

O Escore para Alerta Precoce utiliza parâmetros fisiológicos para obtenção de uma pontuação, que aumenta de acordo com a alteração em relação a faixa da normalidade, conforme apresentado na tabela abaixo:

TABELA 1: NACIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS)[2]

PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	3	2	1	0	1	2	3
Nível de Consciência				A			V, D ou NR
Temperatura	≤35,0		35,1-36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Frequência Cardíaca	≤40		41 -50	51 -90	91 -110	111 – 130	≥131
PA Sistólica	≤90	91-100	101 – 110	111 -219			≥220
Frequência Respiratória	≤8		9 -11	12 -20		21 -24	≥25
Saturação de Oxigênio	≤91	92-93	94 -95	≥96			
Qualquer Suplementação de O_2		Sim		Não			

A – Alerta; V-Resposta ao estímulo verbal; D- Resposta ao estímulo doloroso; NR – Não responde.

5.3 RESPONSABILIDADES

PROFISSIONAIS	DESRIÇÃO DAS ATIVIDADES
Técnico de Enfermagem	• Detecta um ou mais sinais de mudança Aguda no Estado Geral do Paciente e solicita **Avaliação do Enfermeiro**.
Enfermeiro da Unidade	• Avalia o paciente, define e confirma a necessidade de acionamento de código amarelo. • Aciona o médico no telefone (031) 99679-7048 (BIP Plantonista) Outros ramais: UDC 1619 e Descanso da Clinica médica 1686. informando: ***Código Amarelo*** localização do paciente (Ala e nº do quarto e leito). Regista em ficha de atendimento o horário do acionamento e horário de chegada do médico para iniciar atendimento.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

	Na ocorrência de intercorrências simultâneas, impossibilitando o atendimento do médico de referência, o enfermeiro deverá acionar: ○ Diurno: Médico horizontal / assistente – BIP 31 98625-2892 ○ Noturno: Medico horizontal / assistente do CTI adulto – Ramal 1525 ● Aciona o fisioterapeuta caso News ≥ 9 ou por solicitação médica por telefone.
Médico Internista	• Realizar atendimento médico em até 20 minutos para pacientes críticos, News 5. • Realizar atendimento médico em até 10 minutos para pacientes muito críticos, News 6 a 8. • Realizar atendimento médico imediato para pacientes extremamente críticos, News ≥ 9. Após a avaliação inicial o médico deverá realizar intervenções necessárias, fica sob sua responsabilidade ainda a reavaliação do mesmo após 60 minutos e, se não houver melhora do quadro clínico solicitar vaga de CTI junto ao NIR, no ramal 5458 ou whatsapp 31 99369-0218. A solicitação de vaga de CTI deve ser avaliada já no atendimento inicial, principalmente para pacientes com ESCORE ≥ 9. Na ocorrência de intercorrências simultâneas, impossibilitando o atendimento dentro do tempo previsto o médico devera acionar: ○ 7:00 às 14:00: Médico horizontal / assistente – BIP (031) 986252892 ○ 14:00 as 20:00 Segundo médico (neste período o corpo clinico conta com dois médicos disponíveis aptos e autorizados a avaliação inicial); ○ 20:00 as 07:00 Medico horizontal / assistente do CTI adulto – Ramais 1525 Todo atendimento realizado após acionamento código amarelo adulto deverá ser registrado em local apropriado, a prescrição deverá ser imediatamente entregue a enfermagem. O médico internista, que atendeu ao código amarelo deverá passar o caso para o médico assistente do paciente.
Fisioterapia	• Realizar atendimento imediato para pacientes extremamente críticos, News ≥ 9. • Realizar atendimentos conforme necessidade e acionamento da equipe assistencial.
Médico da Cirurgia Geral	Em situações de urgência/emergências cirúrgicas, a equipe cirúrgica será acionada mediante solicitação do médico internista após entender a necessidade de intervenção cirúrgica, telefone disponível 24 horas por dia: ○ BIP Plantão Clínica Cirúrgica: (31) 99182-0157; ○ Ramal Bloco Cirúrgico: 1620.
TIME DE RESPOSTA RÁPIDA (TRR)	• Realizar atendimento imediato para pacientes extremamente críticos, News ≥ 9 após acionamento - RAMAL DO TRR – (031) 99679-7048. • 1 Médico da UDC;

COPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

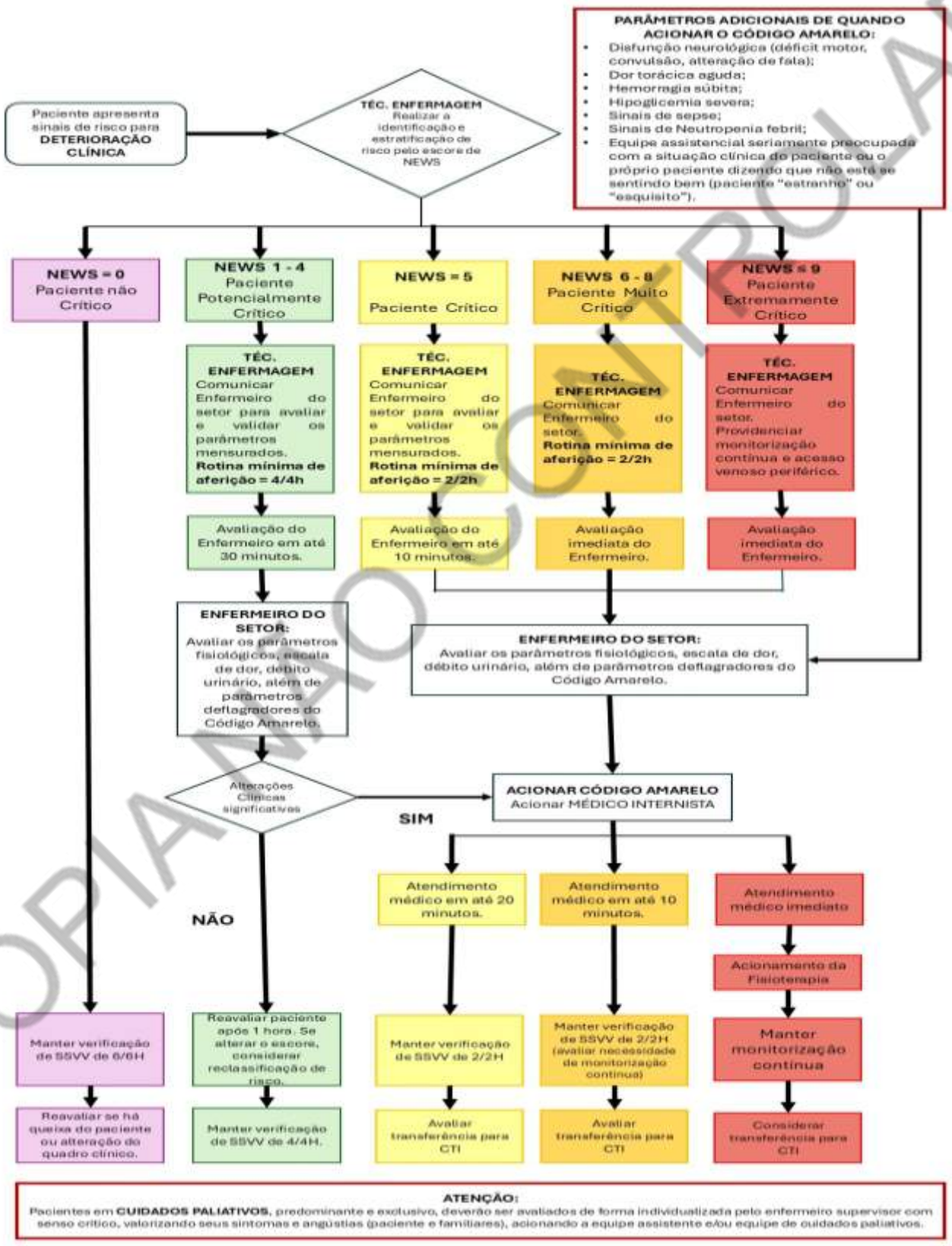
	• Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Fisioterapeuta referências do setor de acionamento. Não será permitido ausência da equipe da equipe assistencial do setor no momento do atendimento, mesmo que o TRR esteja no leito.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

5.3 FLUXOGRAMA DE ACIONAMENTO AO CÓDIGO AMARELO E ATENDIMENTO À DETERIORAÇÃO CLÍNICA



CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

INDICADORES DE MONITORAMENTO

- Adesão ao protocolo de deterioração clínica

  Monitoramentos:

- Número de acionamentos de código amarelo no mês;
- Intervalo entre o acionamento do código e a chegada do médico à unidade;

6. REFERÊNCIAS

1. British Columbia Ministry of Health Services. Standardized hospital color codes of British Columbia. Disponível em https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/keeping-bc-healthy-safe/health-emergencyresponse/standardized-hospital-colour-codes.pdf; 2011

2. Higashino M, Hiraoka E, Kudo Y, et al. Role of a rapid response system and code status discussion as determinants of prognosis for critical inpatients: An observational study in a Japanese urban hospital. Medicine (Baltimore). 2021;100(32):e26856. doi:10.1097/MD.0000000000026856

3. Institute for Healthcare Improvement, 100.000 Lives Campaign and 5 Million Lives Campaign.

4. Lyons PG, Edelson DP, Churpek MM. Rapid response systems. Resuscitation. 2018;128:191-197. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.05.013

5. Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2015;19(1):254. Published 2015 Jun 12. doi:10.1186/s13054-015-0973-y

6. Moreira AAS, Ramos RO, Ligório ABS, Junqueira KD, Corrêa KS. Rapid response team: what factors interfere with your performance?. Invest Educ Enferm. 2018;36(2):10.17533/udea.iee.v36n2e05. doi:10.17533/udea.iee.v36n2e05

7. Vandegrift MA, Granata R, Totten VY, Kellett J, Sebat F. Review of 20 Years of Continuous Quality Improvement of a Rapid Response System, at Four Institutions, to Identify Key Process Responsible for Its Success. Crit Care Explor. 2021;3(8):e0448. Published 2021 Aug 10. doi:10.1097/CCE.0000000000000448

8. Waldo, D. Standardization of emergency code calls in Oregon. Disponível em: https://www.oahhs.org/assets/documents/files/emergency-code-calls.pdf; 2009.

9. BRASIL. Ministério da Educação. Escore para alerta precoce. Atualizado em 21/03/2023. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/saude/escore-para-alerta-precoce-1/escore-para-alerta-precoce.

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

CARGO DO EXECUTANTE	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta.

7. ANEXO

- Formulário de Acionamento de Código Amarelo no MV (Enfermeiro);
- Registro do atendimento ao Código Amarelo no MV (Médico).

ELABORAÇÃO	THAIS BEBIANA DE ALMEIDA LIMA - Gerente Assistencial
VERIFICAÇÃO	CYNTHIA MARIA CORNELIO LLOYD - Gerente Assistencial
APROVAÇÃO	SAMAR MUSSE DIB - Superintendente Técnico 15/04/2025 14:06:48

CÓPIA NÃO CONTROLADA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ANEXO VI

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

DECLARAÇÃO

A **FUNDAÇÃO BENJAMIN GUIMARÃES**, inscrita no CNPJ sob o número 17.200.429/0001-25, com sede à Rua Juramento, nº 1.464, bairro Saudade, Belo Horizonte/MG, CEP 30.285-408, **DECLARA**, sob as penas da lei, que:

Se compromete em obter de Acreditações ONA, em até 36(trinta e seis) meses após o início da operação do hospital.

Belo Horizonte, 26 de março de 2026.

_____

Luiz Henrique de Sousa e Silva

Diretor Presidente

CPF [redacted]

RG [redacted] **SSPMG**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ANEXO VII

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

DECLARAÇÃO

A **FUNDAÇÃO BENJAMIN GUIMARÃES**, inscrita no CNPJ sob o número 17.200.429/0001-25, com sede à Rua Juramento, nº 1.464, bairro Saudade, Belo Horizonte/MG, CEP 30.285-408, **DECLARA**, sob as penas da lei, que:

Compromete-se formalmente a implantar e utilizar a Metodologia de Diagnosis Related Groups (DRG) como instrumento estruturante de monitoramento da qualidade assistencial, desempenho clínico-operacional, eficiência, gestão de custos e desfechos assistenciais do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete;

A utilização da metodologia DRG será iniciada a partir do primeiro ano do início da operação do hospital, em conformidade com o previsto no Anexo I – Termo de Referência, especialmente no Critério II – Avaliação da Proposta Técnica, que prevê pontuação específica para este compromisso;

A Instituição compromete-se a produzir, analisar e acompanhar indicadores assistenciais e gerenciais, tais como:

- perfil e complexidade dos casos atendidos;
- tempo de permanência hospitalar;
- taxas de mortalidade ajustadas por risco;
- eficiência operacional;
- variações de prática clínica;
- indicadores de desempenho assistencial e de qualidade do cuidado;

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Compromete-se, ainda, a compartilhar as informações e análises decorrentes da utilização do DRG com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e com o Município de Referência, de forma contínua, conforme previsto nos indicadores contratuais e nas diretrizes de monitoramento da Política Estadual de Atenção Hospitalar.

A implementação da metodologia DRG será integrada aos sistemas de informação assistenciais e ao prontuário eletrônico adotado pela instituição, observando as boas práticas de governança clínica, segurança da informação, transparência e melhoria contínua da qualidade.

Por ser expressão da verdade e para fins de pontuação na Proposta Técnica, firma-se a presente declaração.

Belo Horizonte, 26 de março de 2026.

_____

Luiz Henrique de Sousa e Silva

Diretor Presidente

CPF [redacted]

RG [redacted] **SSPMG**

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

ANEXO VIII

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE CIRURGIA GERAL

Objetivos Gerais

Realizar o treinamento de habilidades, atitudes e conhecimentos essenciais na formação de cirurgiões de excelência no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete. Estes profissionais serão capazes de exercer integralmente a prática cirúrgica, ou seja, diagnosticar e tratar as principais patologias de resolução cirúrgica que acometem o adulto, atuar de forma resolutiva no Sistema Único de Saúde (SUS), além de atuar na promoção da saúde. Dentre as competências adquiridas ao término do programa, podemos citar:

- **Excelência técnica e teórica:** nos campos da cirurgia geral, oncologia, trauma e estágios afins (ginecologia, mastologia, cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica e coloproctologia);
- **Visão integrada:** conhecimentos aplicados de medicina intensiva e anestesiologia;
- **Comunicação:** clara, empática e efetiva com pacientes e familiares;
- **Capacidade de trabalhar em equipe:** possibilitando vivência e interação multidisciplinar (nutrição, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e serviço social);
- **Atualização e comprometimento:** com a teoria sempre vinculada à prática clínica, além da iniciação em pesquisa na área da saúde;
- **Comprometimento com condutas éticas:** na prática médica diária;
- **Liderança:** na condução de casos e na tomada de decisões em cenários de emergência.

Corpo Docente

A definir

Supervisor do Programa

A definir

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Atividades dos Residentes:

Atividades - Práticas (R1)

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO	LOCAL	ATIVIDADES	HORÁRIOS
Cirurgia Geral / Onco	Atendimentos ambulatoriais, avaliação e atendimento de pacientes internados e pacientes que comparecem ao pronto atendimento por demanda espontânea, além de realizar plantões na enfermaria (distribuídos em escala) e comparecer às atividades do bloco cirúrgico, supervisionado por preceptoria.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Plantão Enfermaria Ambulatório Bloco Cirúrgico (conforme distribuição em escala)	07 - 12h / 13-19h ou 19-7h (conforme escala) 07-12h Terça: 10 - 12h Quarta: 09:30-12h Quinta: 08-12h Sexta: 13-16h Segunda: 13-19h Terça: 13-19h Quarta: 13-19h Quinta: 13-19h
Urologia	Acompanhamento do serviço de urologia, com realização de atendimentos ambulatoriais, avaliação de pacientes internados e cirurgias em bloco cirúrgico, supervisionado pela preceptoria da urologia	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Ambulatório Bloco cirúrgico	Segunda: 07-12h Segunda: 13-19h Quinta: 07-12h / 13-19h
CTI	Acompanhar e realizar avaliação e pacientes em terapia intensiva, realizar procedimentos (IOT, acessos vasculares), aprender sobre manejo do	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Plantão em CTI	Segunda a sexta: 07-12h / 13-19h

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

	paciente grave, manejar PCRs, dentre outras atividades do CTI sob supervisão.			
Cirurgia Vascular	Acompanhamento e realização de atendimentos ambulatoriais, avaliação de pacientes internados e atividades em bloco cirúrgico.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Ambulatório Bloco cirúrgico Enfermaria	Sexta: 08 - 12h Quarta e quinta: 07-12h / 13-19h 2ª, 3º: 07-11h 4ª, 5ª: 14-17h 6ª: 07-08h
Proctologia	Acompanhamento e atendimento de consultas ambulatoriais, avaliação pré-colonoscopia, avaliação de pacientes internados, cirurgias em bloco cirúrgico, supervisionados pela preceptoria da proctologia	A contratualizar	Ambulatório Bloco cirúrgico Enfermaria	Segunda: 08-12h Quarta: 08-12h Quinta: 08-12h Segunda: 13-19h Terça: 13-19h Quarta: 13-19h 2ª, 4ª, 5ª: 07-08h 3ª, 6ª: 07-11h
Anestesiologia	Acompanhar procedimentos anestésicos pertinentes ao desenvolvimento do cirurgião, tais como intubação orotraqueal, punção de acesso venoso central e periférico, punção e PIA, conhecer e entender medicamentos utilizados na indução anestésica e monitorização do paciente no peroperatório.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Bloco cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica	Segunda a quarta: 07-12h / 13-19h

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Atividades - Práticas (R2)

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO	LOCAL	ATIVIDADES	HORÁRIOS
Cirurgia Geral / Onco	Atendimentos ambulatoriais, avaliação e atendimento de pacientes internados e pacientes que comparecem ao pronto atendimento por demanda espontânea, além de realizar plantões na enfermaria (distribuídos em escala) e comparecer às atividades do bloco cirúrgico, supervisionado por preceptoria.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Plantão Enfermaria Ambulatório Bloco Cirúrgico (conforme distribuição em escala)	3ª, 4ª, 5ª, domingo: 19-7h (conforme escala) 07-12h Terça: 10 - 12h Quarta: 09:30-12h Quinta: 08-12h Sexta: 13-16h Segunda: 13-19h Terça: 13-19h Quarta: 13-19h Quinta: 13-19h
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Realização de atendimentos ambulatoriais, avaliação de pacientes internados e cirurgias em bloco cirúrgico, supervisionado pela preceptoria da CCP.	A contratualizar	Ambulatório Bloco cirúrgico	Terça: 08-12h Quarta: 08-12h Segunda: 13-19h Terça: 13-19h Quarta: 13-19h
Cirurgia Torácica	Acompanhamento e realização de atendimentos ambulatoriais, avaliação de pacientes internados e atividades em bloco cirúrgico.	A contratualizar	Ambulatório Bloco cirúrgico	Terça: 08 - 12h Quinta: 08-12h Terça: 13-19h Quarta: 13-19h

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

			Enfermaria	2ª, 4º: 07-11h 3ª, 5ª: 07-08h
Proctologia	Acompanhamento e atendimento de consultas ambulatoriais, avaliação pré-colonoscopia, avaliação de pacientes internados, cirurgias em bloco cirúrgico, supervisionados pela preceptoria da proctologia	A contratualizar	Ambulatório Bloco cirúrgico Enfermaria	Segunda: 08-12h Quarta: 08-12h Quinta: 08-12h Segunda: 13-19h Terça: 13-19h Quarta: 13-19h 2ª, 4ª, 5ª: 07-08h 3ª, 6ª: 07-11h

Atividades - Práticas (R3)

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO	LOCAL	ATIVIDADES	HORÁRIOS
Cirurgia Geral / Onco	Atendimentos ambulatoriais, avaliação e atendimento de pacientes internados e pacientes que comparecem ao pronto atendimento por demanda espontânea, além de realizar plantões na enfermaria (distribuídos em escala) e comparecer às atividades do bloco cirúrgico, supervisionado por preceptoria.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Plantão Enfermaria Ambulatório Bloco Cirúrgico (conforme distribuição em escala)	2ª: 07-19h 07-12h Terça: 10 - 12h Quarta: 09:30-12h Quinta: 08-12h Sexta: 13-16h Segunda: 13-19h Terça: 13-19h Quarta: 13-19h Quinta: 13-19h

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Cirurgia do Trauma	Atendimentos em urgência e emergência de pacientes vítimas de politrauma, atendimento ambulatorial, corrida de leitos, avaliação de pacientes internados, aulas teóricas e realização de procedimentos cirúrgicos.	A contratualizar A contratualizar	Escala distribuída pelo próprio serviço onde os residentes realizam o estágio.	Duração: 3 meses Carga horária: 60h/semana
Cirurgia Bariátrica	Acompanhamento e realização de atendimentos ambulatoriais, avaliação de pacientes internados e atividades em bloco cirúrgico.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	Conforme atividades do serviço.	Às segundas e sextas. Nos demais dias, o residente retorna ao hospital da Baleia para atividades da cirurgia geral.
Cirurgia pediátrica	Acompanhamento e atendimento de consultas ambulatoriais, avaliação de pacientes internados, cirurgias em bloco cirúrgico, supervisionados pela preceptoria da cirurgia pediátrica	A contratualizar	Ambulatório Bloco cirúrgico Enfermaria	Quinta: 08-12h Segunda: 13-19h Terça: 13-19h Sexta: 13-19h 2ª, 3ª, 4ª: 05-11h 5ª: 07-08h
Transplante renal	Acompanhar captações e implantes renais, avaliar pacientes internados, supervisionados pelo preceptor da urologia.	A contratualizar	Sob demanda > conforme há pacientes internados ou ofertas de doações.	Nos demais dias, o residente fica disponível para as atividades da cirurgia geral.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Outros Tópicos do Projeto Pedagógico

Descrição da Metodologia: Treinamento em serviço sob supervisão direta - Observação de desempenho com feedback imediato - Problematização de situações clínico-cirúrgicas para induzir o estudo e a análise crítica - Treinamento de competências no trabalho em equipe e inserido na rede municipal.
Descrição Programação:
Desc. Metodologia Avaliação Programa: Seminário semestral de avaliação do aproveitamento das atividades do PRM com ampla participação de residentes e preceptores.
Desc. Metodologia Avaliação Residente: Avaliação formativa baseada no feedback em 3 modalidades: 1) Avaliação de conhecimentos (trimestral) 2) Avaliação de desempenho ao término de cada estágio (habilidades e atitutdes: pontualidade, interesse, motivação, ética, relacionamento, interação produtiva com pacientes e integrantes da equipe multiprofissional assistencial. 3) Avaliação pelo Mini-Exame Clínico Avaliativo: Observação direta com feedback imediato.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE CLÍNICA MÉDICA

Objetivo geral

Realizar o treinamento de habilidades essenciais na formação de profissionais de excelência que serão capazes de exercer a função de clínico, ou seja, ser capaz de diagnosticar e tratar as principais patologias que acometem o adulto, além de atuar na promoção da saúde. Dentre essas podemos citar:

- Comunicação;
- Capacidade de trabalhar em equipe;
- Atualização e comprometimento com a teoria sempre vinculada a prática clínica
- Comprometimento com condutas éticas
- Liderança.

Corpo docente

A definir

Matriz Curricular

Atividades - Práticas (R1)

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Tipo Atividade	Estágios	Descrição Atividade	Local	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Total/ Horas
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes internados na Unidade de Internação	Exame físico, formulação de hipótese de diagnóstica, avaliar indicação e avaliação de resultados de exames complementares. Discussão com o preceptor	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	28	1680
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes internados na Unidade de terapia intensiva	Estágio voltado a prática de avaliação e manejo de pacientes alocados em unidade de terapia intensiva. Discussão com o preceptor	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes em Urgência e Emergência	Estágio em unidade de pronto atendimento com ênfase nas urgência/emergência que mais frequentemente acometem os pacientes. de técnicas de ACLS/TECA, ATLS e demais protocolos em urgência/emergência.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes internados e ambulatoriais	Estágio voltado a prática de onco/hematologia: exame físico, formulação de hipótese de diagnóstico, discussão de tratamentos instituídos. Discussão com o preceptor.	Hospital da Baleia	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes internados e ambulatoriais	Atendimento em pacientes internados e ambulatoriais em cuidados paliativos: acompanhar como realizar estratificação de cuidados, manejo de sintomas, comunicação de más notícias. Discussão com preceptor.	Hospital da Baleia	60	4	240
Ambulatório	Realização de consultas ambulatoriais	Realização de consultas ambulatoriais na especialidade de clínica médica: egressos de internação, confecção de riscos cirúrgicos.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	4	40	160

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Férias	Férias	Férias	-	-	4	-

Atividades - Práticas (R2)						
Tipo Atividade	**Estágios**	**Descrição Atividade**	**Local**	**Dedicação Semanal**	**Duração de Semanas**	**Total / Horas**
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes internados na Unidade de Internação	Exame físico, formulação de hipótese de diagnóstica, avaliar indicação e avaliação de resultados de exames complementares. Discussão com o preceptor	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	8	480
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes internados na Unidade de terapia intensiva	Estágio voltado a prática de avaliação e manejo de pacientes alocados em unidade de terapia intensiva. Discussão com o preceptor	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Nefrologia	Estágio voltado para avaliação de pacientes nefrológicos: em Lesão renal aguda, terapia renal substitutiva e suas complicações, pacientes em pré e pós transplante renal. Discussão com preceptores.	Hospital da Baleia	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Onco-Hematologia	Estágio voltado a prática de onco/hematologia: exame físico, formulação de hipótese de diagnóstico, discussão de tratamentos instituídos. Discussão com o preceptor.	Hospital da Baleia	60	4	240

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Tema obrigatório em matriz de competências	Pneumologia	Estágio voltado a prática de pneumologia: discussão sobre principais afecções pulmonares e seus manejos. Discussão com preceptor	A contratualizar	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Gatroenterologia	Estágio voltado para prática em gastroenterologia: indicação e prescrição de dietas enterais e parenterais além das afecções relacionadas ao trato gastrointestinal e nutrológico. Ainda neste estágio passarão pelo suporte da equipe de endocrinologia.	A contratualizar	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Cardiologia	Estágio voltado para prática em cardiologia: diagnostico de síndromes mais comuns na cardiologia: avaliação e indicação de tratamentos conservadores e invasivos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Neurologia	Estágio voltado para prática em neurologia: diagnostico de síndromes mais comuns na neurologia: avaliação e indicação de tratamentos conservadores e invasivos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes em Urgência e Emergência	Estágio em unidade de pronto atendimento com ênfase nas urgência/emergência que mais frequentemente acometem os pacientes. de técnicas de ACLS/TECA, ATLS e demais protocolos em urgência/emergência.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	60	4	240
Tema obrigatório em matriz de competências	Atendimento a pacientes em Urgência e Emergência	Estágio em unidade de pronto atendimento com ênfase nas urgência/emergência que mais frequentemente acometem os pacientes. de técnicas de ACLS/TECA, ATLS e demais protocolos em urgência/emergência.	Hospital da Baleia	60	4	240

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Treinamento em Serviço	Realização de consultas ambulatoriais	Realização de consultas ambulatoriais na especialidade de clínica médica: egressos de internação, confecção de riscos cirúrgicos.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	4	40	160
Optativa	Optativa	Optativa		60	4	240
Férias	Férias	Férias	-	-	4	-

Atividades Teóricas (R1)

Tipo Atividade	Atividade	Descrição	Local	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas
Aula	Aula expositiva	Aula sobre temas da Clínica Médica	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	3	48	144

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Aula	Clube de Revista	Discussão de artigos científicos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	1	48	48
Análise/ discussão de caso	Discussão de casos	Discussão de casos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	1	48	48
Reunião	Reunião clínica	Discussão de casos com a equipe	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	2	48	96

Atividades Teóricas (R2)						
Tipo Atividade	**Atividade**	**Descrição**	**Local**	**Dedicação Semanal**	**Duração de Semanas**	**Tot. Horas**
Análise/discussão de caso	Análise e discussão de casos	Apresentação/discussão de casos clínicos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	1	48	48
Aula	Aula expositiva	Aula expositiva sobre temas da clínica médica	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	2	48	96
Aula	Clube de revista	Discussão de artigos científicos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	1	48	48

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Reunião	Reunião científica	Discussão de casos com a equipe	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	2	48	96

Detalhes da Semana Padrão (R1/R2)
Enquanto alocados em estágio de enfermaria

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Evolução e discussão a beira do leito **07:00** às **13:00**	Evolução e discussão a beira do leito **07:00** às **13:00**	Evolução e discussão a beira do leito **07:00** às **13:00**	Evolução e discussão a beira do leito **07:00** às **13:00**	Evolução e discussão a beira do leito **07:00** às **13:00**	Evolução conforme escala	Evolução conforme escala
Atendimento de intercorrência e realização de interconsultas (conforme escala) **13:00** às **18:00**	Atendimento de intercorrência e realização de interconsultas (conforme escala) **13:00** às **18:00**	Atendimento de intercorrência e realização de interconsultas (conforme escala) **13:00** às **18:00**	Atendimento de intercorrência e realização de interconsultas (conforme escala) **13:00** às **18:00**	Atendimento de intercorrência e realização de interconsultas (conforme escala) **13:00** às **18:00**		
Consultas ambulatoriais **13:00** às **17:00**	Consultas ambulatoriais **13:00** às **17:00**	Discussão de caso clinico **12:00** às **13:00**		Grupo de discussão + reunião de alinhamento com a supervisão **08:00** às **09:00**	Evolução conforme escala	Evolução conforme escala
		Reunião clinica **20:00** às **21:00**			Evolução conforme escala	Evolução conforme escala

Assinado por 1 pessoa: LORENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Detalhes do Ano Padrão (R1/R2)
Detalhes Rodízio Grupo R1 - EXEMPLO

Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
ENFERMARIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	ONCO/HEMATO	FÉRIAS	ENFERMARIA	ENFERMARIA	UDC 1	ENFERMARIA	ENFERMARIA	CTI 1	PALIATIVO

Detalhes Rodízio Grupo R2 - EXEMPLO

Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Enfermaria	CTI 2	PA	FÉRIAS	GASTRO	PA	NEFROLOGIA	ENFERMARIA	OPTATIVO	NEUROLOGIA	PNEUMOLOGIA	CARDILOGIA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Outros Tópicos do Projeto Pedagógico

Descrição Metodologia:

O ensino na Residência Médica é centrado na assistência ao paciente, sendo que o médico residente em conjunto com seu preceptor buscar através da boa prática médica o melhor para o seu doente. Além das discussões dos casos em todos os aspectos da clínica e posterior estudo em conjunto nas reuniões clínica e aulas diversas espalhadas em todo o cronograma do programa. Finalmente, parte do ensino é fundamentado em aulas sobre temas relevantes.

Descrição Programação:

- Desc. Metodologia Avaliação Programa:
  - Avaliação pelo CEREM, NEP, de acordo com as Normas e leis e resoluções vigentes da Comissão Estadual de Residência de Minas Gerais, presentes no Manual de Residência Médica 2007

- Desc. Metodologia Avaliação Residente:
  - Monografia, Prova no final do ano e escalas de atitudes (pontualidade, conhecimento, relação com os colegas, comportamento ético, etc.)

PROGRAMA PARA FORMAÇÃO DE CLÍNICOS

A – PROGRAMA BÁSICO TEÓRICO

MÓDULO GESTÃO CLÍNICA

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Políticas Públicas de Saúde
- Tecnologias em saúde
- Prontuário médico
- Epidemiologia e bioestatística
- Biossegurança e segurança do paciente
- Bioética e Ética profissional

NOSOLOGIA OBSERVADA NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
- Pneumonia hospitalar e pneumonia associada a ventilação mecânica
- TVP/TEP
- Lesão aguda de mucosa gástrica
- Úlcera de pressão
- Delirium
- Cuidado paliativo
- Controle álgico
- Síndrome consumptiva
- Intoxicação exógena

MÓDULO GASTROENTEROLOGIA
- Doença do refluxo gastroesofágica
- Cirrose hepática
- Insuficiência hepática aguda
- Ascite
- Síndrome hepato-renal
- Hemorragia digestiva alta
- Hemorragia digestiva baixa

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Doença inflamatória intestinal
- Pancreatite aguda
- Obstrução de vias biliares

MÓDULO ATENÇÃO PRIMÁRIA
- Atendimento e integração de equipes multidisciplinares
- Planejamento de estratégias para atenção familiar
- Planejamento familiar junto a equipe de ginecologia e obstetrícia
- Atendimento e formulação de estratégias para tratamento de comorbidades (Diabetes, hipertensão arterial)

MÓDULO CARDIOLOGIA
- Risco cirúrgico
- Insuficiência cardíaca
- Síndrome coronariana aguda
- IC aguda
- Hipertensão arterial sistêmica
- Emergências hipertensivas
- Bradiarritmias
- Taquiarritmias
- Doenças valvares
- Investigação da síncope

MÓDULO PNEUMOLOGIA
- Doenças pulmonares intersticiais
- DPOC
- Asma

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Tabagismo

MÓDULO NEFROLOGIA
- Insuficiência renal aguda
- Insuficiência renal crônica
- Nefrolitíase
- Terapia de substituição renal
- Principais complicações no paciente pós transplante renal
- Distúrbios do sódio
- Distúrbios do potássio

MÓDULO ENDOCRINOLOGIA
- Diabetes mellitus
- Síndromes hiperglicêmicas
- Obesidade
- Disfunções tireoidianas
- Emergências endócrinas
- Osteoporose

MÓDULO NEUROLOGIA/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- AVE isquêmico
- AVE hemorrágico
- HSAE
- Hipertensão intracraniana
- Cefaleia
- Polineuropatia

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Distúrbios neuromusculares
- ACLS
- ATLS

MÓDULO ONCO/HEMATOLOGIA
- Investigação de anemia
- TVP/TEP
- Distúrbios de coagulação
- Suporte transfusional
- Gamopatias monoclonais
- Leucemia
- Tipos de canceres mais comuns por gênero e faixa etária

MÓDULO MEDICINA INTENSIVA
- Manejo de via aérea
- Monitorização invasiva
- Ventilação mecânica
- SDRA
- Manejo inicial do choque indiferenciado
- Sepse
- Choque cardiogênico
- Suporte neurointensivo

MÓDULO CUIDADOS PALIATIVOS
- Estratificação de cuidados
- Controle de sintomas

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

- Comunicação de más notícias

MÓDULO MULTIPROFISSIONAL
- Suporte nutricional
- Reabilitação fonoaudiológica
- Reabilitação motora
- Manejo de traqueostomia e decanulação
- Úlceras e curativos
- Humanização no cuidado em saúde
- Promoção de saúde e envelhecimento ativo

MÓDULO RADIOLOGIA
- Solicitação de exames de imagens
- Análise de exames mais relevantes

B – COMPETÊNCIAS MÍNIMAS EM CLÍNICA MÉDICA

- Ao final do primeiro ano:

1. Dominar a anamnese e exame clínico geral e específico, formular hipóteses diagnósticas, solicitar e interpretar exames complementares e traçar condutas para as afecções mais prevalentes em Medicina Interna; Dominar a propedêutica dos órgãos, sistemas e aparelhos
2.Dominar os conceitos básicos, fisiopatologia, critérios diagnósticos e princípios fundamentais do tratamento das síndromes e das doenças mais prevalentes e com maior gravidade em Medicina Interna.
3. Dominar a técnica de solicitação de exames laboratoriais e de imagens.
4. Avaliar e interpretar os exames laboratoriais.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

5. Avaliar e interpretar exames de imagens radiológicos e ultrassonográficos.
6. Avaliar e interpretar eletrocardiogramas e testes ergométricos.
7. Dominar a técnica de acesso venoso periférico e venóclise.
8. Dominar a técnica de atendimento ambulatorial em atenção primária e secundária.
9. Dominar a técnica de reposição volêmica e de acesso venoso central com cateteres.
10. Dominar o atendimento de urgência/emergência que mais frequentemente acometem os pacientes.
11. Avaliar e interpretar testes de funções respiratórias.
12. Dominar a técnica de tratamento de pacientes com quadros de insuficiência ventilatória ou afecções pulmonares mais prevalentes.
13. Dominar o manuseio de equipamentos de assistência ventilatória.
14. Compreender e participar do atendimento aos pacientes em cuidados intensivos.
15. Dominar a técnica de atendimento das emergências hipertensivas e suas causas.
16. Dominar as técnicas do suporte avançado cardiológico.
17. Dominar as técnicas de tratamento de hiper e hipoglicemia.
18. Avaliar e compreender as afecções neurológicas agudas.
19. Avaliar e compreender as doenças hematológicas mais frequentes, bem como disfunções de coagulação e sangramentos.
20. Dominar o uso racional de hemocomponentes e hemoderivados.
21. Dominar as técnicas de reanimação cardiorrespiratória e uso de aparelhos.
22. Avaliar e compreender as afecções mentais mais prevalentes.
23. Dominar as técnicas de reposição volêmica e distúrbios do equilíbrio ácido-básico.
24. Dominar as técnicas de implantação da pressão arterial média.
25. Dominar as técnicas de toracocentese e paracentese diagnósticas ou terapêuticas guiadas ou não por ultrassonografia.
26. Dominar a técnica de nutrição enteral.
27. Dominar a técnica de introdução de sondas gástricas, enterais, retais, vesical.
28. Dominar a técnica de atendimento às síndromes convulsivas.
29. Dominar a técnica de tratamento das doenças dispépticas agudas e crônicas.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

30. Dominar a técnica de atendimento ao paciente asmático e portador de doença pulmonar obstrutiva crônica.
31. Dominar a técnica de atendimento ao paciente portador de polineuropatia.
32. Dominar o manejo de vias aéreas e cricotireoidostomia.
33. Avaliar e compreender o tratamento de pacientes em cuidados paliativos.
34. Participar de pesquisa clínica e de produção de trabalhos científicos.
35. Manter comportamento de acordo com os preceitos éticos e bioéticos.
36- Manter bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares.
37. Valorizar a importância médica, ética e jurídica do registrar os dados e a evolução do paciente no prontuário de forma clara e concisa, manter atualizado no prontuário os resultados dos exames laboratoriais, radiológicos, histopatológicos, pareceres de outras clínicas chamadas a opinar e quaisquer outras informações pertinentes ao caso;
38. Realizar a prescrição do plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente e/ou seu responsável legal;
39. Acompanhar o paciente da internação até a alta hospitalar, produzir relatório específico para continuidade terapêutica e seguimento clínico;
40. Aplicar os conceitos fundamentais da ética médica;
41. Aplicar os aspectos médico-legais envolvidos no exercício da prática médica;
42. Obter o consentimento livre e esclarecido do paciente ou familiar em caso de impossibilidade do paciente, após explicação simples, em linguagem apropriada para o entendimento sobre os procedimentos a serem realizados, suas indicações e complicações, salvo em caso de risco iminente de morte.
43. Estabelecer relação respeitosa com o preceptor, equipe de trabalho e todos os funcionários do hospital;
44. Compreender os mecanismos utilizados para concessão de medicamentos para os pacientes através da assistência farmacêutica em Farmácia de alto custo e/ou medicamento estratégico;
45. Analisar os custos da prática médica e utilizá-los em benefício do paciente, mantendo os padrões de excelência;
46. Valorizar a relação custo/benefício para as boas práticas na indicação de medicamentos e exames complementares

- Ao término do segundo ano:
1. Dominar a técnica de implantação do marca-passo temporário.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

2. Dominar a técnica de atendimento ao paciente portador de arritmia cardíaca.
3. Dominar a técnica atendimento ao paciente portador de dor torácica
4. Dominar a técnica de atendimento ao paciente portador de insuficiência cardíaca.
5. Dominar a técnica de atendimento ao paciente portador de angina ou infarto agudo do miocárdio.
6. Dominar a técnica de tratamento do paciente portador de tromboembolismo pulmonar.
7. Dominar a técnica de tratamento de pacientes em unidades de cuidados intensivos.
8. Dominar a técnica de tratamento de pacientes portadores do vírus HIV e demais doenças infecciosas.
9. Dominar as técnicas de atendimento a pacientes portadores de doenças imunes e autoimunes.
10. Dominar as técnicas de tratamento das doenças granulomatosas e não- granulomatosas.
11. Dominar as técnicas de atendimento dos pacientes diabéticos e os acometidos por afecção endocrinológica.
12. Dominar a técnica de nutrição parenteral.
13. Dominar as técnicas de atendimento dos pacientes portadores de doenças reumáticas.
14. Avaliar e compreender as técnicas de tratamento dos pacientes portadores de neoplasias.
15. Compreender e aplicar as normas de biossegurança e de prevenção de infecções relacionadas à assistência a saúde.
16. Analisar a relação custo/benefício para o tratamento das doenças em sua área de atuação, visando selecionar os métodos de investigação diagnóstica adequados e a melhor terapêutica, mantendo sempre a qualidade do atendimento;
17. Dominar a indicação e prescrição de antibióticos, antivirais e antifúngicos.
18. Dominar as técnicas de tratamento dos pacientes portadores de insuficiência renal aguda e crônica.
19. Participar de pesquisa clínica e da produção de trabalhos científicos.
20. Aplicar conhecimentos e habilidades na prevenção da doença e na promoção da saúde;
21. Manejar o suporte para os pacientes e familiares nos casos de medicina paliativa e de terminalidade da vida;
22.Tomar decisões sob condições adversas, com controle emocional e equilíbrio, demonstrando seus conhecimentos e sua liderança no sentido de minimizar eventuais complicações, mantendo consciência de suas limitações;
23. Produzir um trabalho científico, utilizando o método de investigação adequado e apresentá-lo em congresso médico ou publicar em revista científica ou apresentar publicamente em forma de monografia.

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Objetivo geral

Realizar o treinamento de habilidades essenciais na formação de profissionais de excelência que serão capazes de exercer a função de anestesiologista, ou seja, ser capaz de realizar a avaliação pré-anestésica, o planejamento e a execução de diferentes técnicas anestésicas e analgésicas, garantindo o suporte à vida e a segurança do paciente durante procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, além de atuar no tratamento da dor. Dentre essas podemos citar:

- Comunicação;
- Capacidade de trabalhar em equipe;
- Atualização e comprometimento com a teoria sempre vinculada à prática clínica;
- Comprometimento com condutas éticas;
- Liderança.

Corpo docente

A definir

Matriz Curricular

Atividades - Práticas (R1)						
Tipo Atividade	**Estágios**	**Descrição Atividade**	**Local**	**Dedicação Semanal**	**Duração de Semanas**	**Tot. Horas**
Centro Cirúrgico	Centro cirúrgico	Anestesia para procedimentos de pequena e média complexidade Cuidados do paciente na SRPA	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	42	40	1680

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Ambulatório	Consulta pré-anestésica	Estratificação de risco anestésico-cirúrgico, preparo e orientação pré-anestésica	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	10	48	480
Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I)	Manejo de paciente crítico	Compreender manejo do paciente crítico, punção de acesso central e artéria para monitorização hemodinâmica.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	48	9	432

Atividades - Práticas (R2)

Tipo Atividade	Estágios	Descrição Atividade	Local	Dedicação Semanal	Duração de Semanas	Tot. Horas
Centro Cirúrgico	Anestesia	Anestesia para procedimentos de média e alta complexidade Anestesia pediátrica e craniofacial	A contratualizar	48	40	1920
Centro Obstétrico	Anestesia em obstetrícia	Anestesia para cesárea Analgesia de parto normal Manejo de hemorragia puerperal	A contratualizar	48	9	432
Endoscopia	Anestesia para endoscopia e colonoscopia	Anestesia fora do bloco	A contratualizar	4	44	176
Centro de Radioterapia	Anestesia para radioterapia em crianças	Anestesia fora do centro cirúrgico	A contratualizar	2	32	64

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Atividades - Práticas (R3)						
Tipo Atividade	**Estágios**	**Descrição Atividade**	**Local**	**Dedicação Semanal**	**Duração de Semanas**	**Tot. Horas**
Centro Cirúrgico	Anestesia de alta complexidade	Anestesia para cirurgia cardíaca Anestesia em transplante hepático Anestesia em procedimentos hemodinâmicos Anestesia em procedimentos de grande porte	A contratualizar	48	9	432
Centro Cirúrgico	Anestesia em procedimentos de média e alta complexidade	Anestesia para procedimentos de média e alta complexidade	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	48	25	1200
Centro Cirúrgico	Anestesia em urgência, emergência e trauma	Anestesia em urgência, emergência e trauma	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	48	9	432
Ambulatório	Consultório de dor	Manejo de dor aguda e crônica	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	11	48	528

Atividades Teóricas (R1)						
Tipo Atividade	**Atividade**	**Descrição**	**Local**	**Dedicação Semanal**	**Duração de Semanas**	**Tot. Horas**
Aula	Aula teórica	Discussão de temas de fisiologia, farmacologia, monitorização básica e avançada, anestesia geral e anestesia do neuroeixo	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	4	48	192
Análise e discussão de caso	Discussão de casos	Análise e discussão de casos clínicos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	2	48	96

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

Atividades Teóricas (R2)						
Tipo Atividade	**Atividade**	**Descrição**	**Local**	**Dedicação Semanal**	**Duração de Semanas**	**Tot. Horas**
Análise e discussão de caso	Analise de casos	Análise e discussão de casos Discussão de artigos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	2	48	96
Aula	Aula	Aula teórica sobre anestesia para diversas especialidades cirúrgicas	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	4	48	192

Atividades Teóricas (R3)						
Tipo Atividade	**Atividade**	**Descrição**	**Local**	**Dedicação Semanal**	**Duração de Semanas**	**Tot. Horas**
Análise e discussão de caso	Análise e discussão de casos clínicos	Análise e discussão de casos clínicos Discussão de artigos	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	2	48	96
Aula	Aula teórica	Aula teórica com temas sobre anestesia para procedimentos de alta complexidade, manejo de dor aguda e crônica, gerenciamento do centro cirúrgico, gestão da segurança e qualidade.	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	4	36	144
Orientação de TCC	Orientação do TCC	Discussão e revisão do TCC	Hospital regional de conselheiro Lafaiete	4	12	48

Assinado por 1 pessoa: LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C e informe o código E481-044F-B109-A16C

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: E481-044F-B109-A16C

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

LUIZ HENRIQUE DE SOUSA E SILVA (CPF 325.XXX.XXX-34) em 27/03/2026 11:53:19 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://hospitaldabaleia.1doc.com.br/verificacao/E481-044F-B109-A16C