

Mês	Atividade	Observações
22	Planejamento de melhorias para os próximos meses; ajustes de protocolos	Reunião ordinária
23	Capacitação complementar do grupo executivo e consultores sobre práticas de controle	Reunião ordinária
24	Elaboração de relatório bianual de atividades e indicadores; definição de metas para próximos 2 anos	Reunião ordinária + Ata Final

Prazo de Implantação: Imediata



NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) será estruturado como instância central de governança da qualidade assistencial, responsável pela implantação, coordenação e monitoramento da política institucional de segurança do paciente no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, em conformidade com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente e normativas sanitárias vigentes.

Sua atuação será orientada pela prevenção e mitigação de riscos assistenciais, redução de eventos adversos e fortalecimento de uma cultura organizacional voltada à segurança, à transparência e à melhoria contínua dos processos de cuidado.

O NSP atuará de forma transversal em toda a unidade, integrando-se às equipes assistenciais, setores administrativos e demais comissões técnicas, consolidando-se como eixo estruturante da governança clínica e da qualidade institucional.

Estrutura e Composição

O Núcleo será composto por equipe multiprofissional, incluindo representantes da medicina, enfermagem, farmácia, qualidade, gestão de riscos e áreas assistenciais estratégicas, garantindo abordagem interdisciplinar dos processos de segurança.

Os membros serão designados pela Direção da Unidade, com definição de coordenação responsável pela condução das atividades, organização das reuniões e articulação institucional.

Diretrizes de Atuação

A atuação do NSP será baseada em:

- cultura de segurança não punitiva;
- identificação e gestão proativa de riscos;
- análise sistemática de eventos adversos;
- tomada de decisão baseada em dados e evidências;
- integração com o prontuário eletrônico e sistemas de informação;
- promoção da melhoria contínua dos processos assistenciais;
- Implantação de Protocolos de Segurança

O NSP será responsável pela implantação, monitoramento e atualização dos protocolos básicos de segurança do paciente, incluindo:

- identificação segura do paciente;
- comunicação efetiva entre profissionais;
- segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- cirurgia segura;
- prevenção de quedas;
- prevenção de lesão por pressão;

Esses protocolos serão operacionalizados por meio de fluxos assistenciais padronizados, checklists, rotinas institucionais e integração com o prontuário eletrônico, garantindo sua aplicação sistemática em todos os setores.

Gestão de Riscos Assistenciais

O NSP implementará um modelo estruturado de gestão de riscos, contemplando a identificação, análise, classificação e monitoramento dos riscos assistenciais, com priorização de áreas críticas como UTI, centro cirúrgico, pronto atendimento e unidades de internação.

Serão utilizadas ferramentas como matriz de risco, análise de causa raiz e mapeamento de processos, permitindo atuação preventiva e redução da ocorrência de eventos adversos.

Notificação e Análise de Eventos Adversos

Será implantado sistema estruturado de notificação de eventos adversos, integrado ao prontuário eletrônico, permitindo registro padronizado, rastreabilidade dos eventos e análise em tempo real.

Os eventos serão classificados por gravidade, tipo e impacto assistencial, incluindo incidentes sem dano, quase falhas (*near miss*) e eventos adversos com dano ao paciente.

A análise dos eventos será conduzida por meio de metodologia estruturada, incluindo investigação dos fatores contribuintes, análise de causa raiz e definição de ações corretivas e preventivas.

Monitoramento de Indicadores

O NSP será responsável pela produção e análise contínua de indicadores de segurança do paciente, incluindo, entre outros:

- taxa de quedas;
- incidência de lesão por pressão;
- erros de medicação;
- taxa de eventos adversos notificados;
- adesão aos protocolos de segurança;

Os indicadores serão estratificados por setor, perfil assistencial e nível de complexidade, permitindo análises comparativas e direcionamento de ações específicas.

Integração com Prontuário Eletrônico e Sistemas de Informação

A integração com o prontuário eletrônico permitirá:

- registro estruturado de eventos adversos;
- rastreabilidade das condutas assistenciais;
- geração automatizada de indicadores;
- monitoramento em tempo real;

- suporte à tomada de decisão baseada em dados;

Essa integração garantirá maior eficiência na gestão de riscos e maior precisão na análise dos processos assistenciais.

Educação Permanente e Cultura de Segurança

O NSP atuará de forma contínua na capacitação das equipes, promovendo treinamentos, campanhas institucionais, devolutivas de indicadores e ações educativas voltadas à incorporação das práticas seguras.

Será incentivada a cultura de segurança não punitiva, estimulando a notificação de eventos, a transparência e o aprendizado institucional.

Integração com a Governança Institucional

O Núcleo atuará de forma articulada com:

- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Controle de Infecção (CCIH);
- Comissão de Revisão de Óbitos;

Essa integração permitirá abordagem sistêmica dos eventos, maior efetividade das ações corretivas e alinhamento das estratégias institucionais.

Monitoramento, Relatórios e Governança

O NSP produzirá relatórios periódicos contendo análise de indicadores, eventos adversos, não conformidades e planos de ação, subsidiando a Direção da Unidade na tomada de decisão estratégica.

As informações serão utilizadas para revisão de protocolos, melhoria de processos e qualificação contínua da assistência.

Prazo de Implantação: Implantação imediata.

10. SISTEMATIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA OUVIDORIA E SAC DO HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

A sistematização e organização da Ouvidoria e Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) são fundamentais para garantir a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários. Aqui estão alguns passos para sistematizar e organizar a Ouvidoria e SAC



OUVIDORIA

1. Definição de objetivos: Estabelecer objetivos claros para a Ouvidoria, como melhorar a satisfação dos usuários e reduzir as reclamações.
2. Estrutura organizacional: Definir a estrutura organizacional da Ouvidoria, incluindo a equipe, funções e responsabilidades.
3. Canais de comunicação: Estabelecer canais de comunicação para receber reclamações, sugestões e elogios, como telefone, e-mail, formulário online, etc.
4. Protocolo de atendimento: Desenvolver um protocolo de atendimento para garantir que as reclamações sejam tratadas de forma eficiente e eficaz.
5. Acompanhamento e avaliação: Acompanhar e avaliar as reclamações e sugestões para identificar oportunidades de melhoria.



COMO RECLAMAR NA OUVIDORIA DO HOSPITAL?

Através dos seguintes canais de atendimento:

1. Telefone. Acesse.
2. Internet. Sistema Ouvidor SUS Formulário Web. Acesse.
3. Whatsapp. Ministério da Saúde, Estados Municipais, Institucionais e Unidades Vinculadas. Acesse.
4. Atendimento Presencial. Ministério da Saúde Sede - Bloco G (Térreo) Acesse.

SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente

1. Definição de objetivos: Estabelecer objetivos claros para o SAC, como melhorar a satisfação dos usuários e reduzir as reclamações.
2. Estrutura organizacional: Definir a estrutura organizacional do SAC, incluindo a equipe, funções e responsabilidades.
3. Canais de comunicação: Estabelecer canais de comunicação para receber reclamações, sugestões e elogios, como telefone, e-mail, formulário online, etc.
4. Protocolo de atendimento: Desenvolver um protocolo de atendimento para garantir que as reclamações sejam tratadas de forma eficiente e eficaz.
5. Acompanhamento e avaliação: Acompanhar e avaliar as reclamações e sugestões para identificar oportunidades de melhoria.

FERRAMENTAS E TECNOLOGIAS:

1. Sistema de gerenciamento de reclamações: Utilizar um sistema de gerenciamento de reclamações para registrar e acompanhar as reclamações.
2. Software de atendimento ao cliente: Utilizar software de atendimento ao cliente para gerenciar as interações com os usuários.
3. Análise de dados: Utilizar análise de dados para identificar tendências e oportunidades de melhoria.

TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO:

1. Treinamento da equipe: Treinar a equipe da Ouvidoria e SAC sobre as políticas e procedimentos de atendimento ao cliente.
2. Capacitação contínua: Oferecer capacitação contínua para a equipe para garantir que estejam atualizados sobre as melhores práticas de atendimento ao cliente.

1. Sistematização do SAC (Atendimento ao Cliente)

O objetivo do SAC é facilitar o contato, resolver problemas rapidamente e garantir uma boa experiência do cliente.

- **Canais Integrados (Omnichannel):** Utilizar sistemas que centralizem telefone, e-mail, chat ao vivo, WhatsApp e redes sociais em uma única plataforma.
- **Protocolo de Atendimento:** Obrigatoriedade de emissão de número de protocolo para cada contato, permitindo o rastreamento, registro, arquivamento de reclamações ou cancelamentos.
- **Tipos de Atendimento:** Pode ser básico, robotizado (chatbots) ou humanizado.
- **Regras (Decreto do SAC):** Garantir acessibilidade, agilidade e resolutividade.

2. Sistematização da Ouvidoria

A Ouvidoria é a instância superior, agindo de forma ética, imparcial e independente.

- **Pilares:** Normativo (regras), Tecnológico (sistemas de gestão) e Formativo (capacitação da equipe).
- **Recebimento de Demandas:** Acolhe denúncias, reclamações, sugestões, elogios e solicitações.
- **Sigilo e Ética:** Garantir o sigilo das informações e a imparcialidade nas tratativas.
- **Relatório Estratégico:** Produzir relatórios periódicos para a alta direção (ou governo) para subsidiar tomadas de decisão.

3. Diferenças Estratégicas e Fluxo de Atendimento

A sistematização eficiente prevê um fluxo onde a Ouvidoria trata o que o SAC não conseguiu resolver.

- **Fluxo:** Cliente -> SAC (1ª Instância - Dúvidas/Problemas) -> Ouvidoria (2ª Instância - Demandas não resolvidas).
- **Foco:** SAC é operacional e ágil; Ouvidoria é analítica e estratégica.

4. Tecnologia e Plataformas (Digitalização)

- **Plataforma Fala.BR:** Utilizada no setor público federal para registrar e gerenciar denúncias e solicitações.
- **Sistemas de Ouvidoria:** Soluções digitais que permitem o acompanhamento de demandas e transparência.
- **SAC Digital:** Portais e apps para o cliente registrar demandas em tempo real.

5. Implantação e Monitoramento

- **Passos:** Definir o regulamento interno, treinar a equipe, escolher a ferramenta tecnológica e definir KPIs (tempo de resposta, taxa de resolução).
- **Melhoria Contínua:** Utilizar os dados de ambas as áreas para identificar causas raiz de reclamações e atuar na melhoria de produtos ou serviços.

A sistematização correta não só atende aos requisitos legais, mas transforma reclamações em inteligência de negócio.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA OUVIDORIA

Pesquisas de satisfação são levantamentos estatísticos feitos para detectar falhas na empresa que quando resolvidas, tornarão suas atividades mais eficientes. A pesquisa de satisfação é uma ferramenta de gestão extremamente importante, por meio dela é possível descobrir quais estratégias dentro da instituição deram certo, e quais necessitam de melhoria.

A pesquisa de satisfação tem como foco o cliente, os processos, e humanização. Realizar pesquisas de satisfação do cliente é uma prática empresarial que oferece, no mínimo, duas grandes vantagens para as empresas: elas estabelecem um canal de diálogo com os clientes, que passam a se sentir mais considerados e contemplados; e a empresa ganha mais chances de acertar no oferecimento dos seus produtos e serviços, atendendo às demandas reais dos seus clientes.

Sabendo de que o cliente pensa e espera da empresa, os erros tendem a diminuir, os processos são mais bem direcionados e os ajustes são realizados partindo de dados concretos sobre o que deve ser aperfeiçoado.

A pesquisa de Satisfação pode classificada como:

- Qualitativa
- Quantitativa.



A pesquisa Quantitativa, como o próprio nome diz, considera exclusivamente o que pode ser quantificado. Através de um número determinado, o pesquisador tentará traduzir os dados, as informações e as opiniões para análise e classificação. Baseia mais em técnicas e recursos estatísticos, o que a torna dinâmica e mais rápida de ser feita. Outro ponto positivo é que essa agilidade normalmente permite obter uma amostra maior e uma apreciação mais rápida, visto que é preciso apenas quantificar e não interpretar a opinião do pesquisado. Mas isso também pode ser encarado como um aspecto negativo, pois essa alternativa exige um número maior de pesquisados para garantir exatidão nos resultados.

A pesquisa Qualitativa possui um caráter exploratório. Isso quer dizer que o pesquisador não só obterá números, mas também estimulará nos entrevistados o pensamento e a reflexão sobre o tema abordado nas perguntas. e vale de aspectos subjetivos e permite a interpretação, sendo essa uma de suas principais vantagens, pois ela consegue buscar uma

percepção e um entendimento maior sobre a natureza geral de determinada questão.

A pesquisa de satisfação do cliente se constitui enquanto canal de comunicação entre o paciente e a gestão, na medida em que visa mensurar o nível de satisfação quanto ao atendimento prestado.

Numa pesquisa que avalia a satisfação é importante o monitoramento de atributos como acesso, tempo de espera, opinião sobre a qualidade dos serviços, dentre outros aspectos. Nessa perspectiva, a pesquisa pode subsidiar a gestão na melhoria do acesso e qualidade das ações, além de se apresentar como ferramenta aos profissionais de saúde para repensarem suas práticas, buscando aperfeiçoar a atenção e organização dos serviços.

O processo de avaliação deve ser contínuo e sistemático, tendo como premissa verificar a efetividade dos serviços e avaliar e programar ações.

OBJETIVOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

- Mensurar o grau de satisfação dos pacientes quanto aos serviços prestados;
- Identificar as necessidades, desejos, interesses e queixas dos pacientes e apresentá-los aos gestores, visando atendê-las de modo a garantir eficácia e eficiência dos serviços;
- Criar mecanismos de comunicação que promovam a relação dos pacientes com a equipes de trabalho, ampliando a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo.

METODOLOGIA:

Utilização de 5 (cinco) tipificações de apurações de opiniões, por meio de formulários, pesquisa online e eletrônica, com caráter misto, qualitativo e quantitativo.

A coleta dos dados do formulário será em caixas de sugestões, com formulários específicos, afixadas nos setores Laranja/Amarelo e próximo aos consultórios médicos, objetivando acolher as manifestações no tocante às queixas, elogios e sugestões sobre o atendimento proferido.

A pesquisa online será recebida por e-mail pelo serviço de ouvidoria, e seus resultados serão mensurados.

A pesquisa eletrônica será por meio de painel eletrônico fixado na recepção, e seus resultados serão mensurados pelo coordenador da recepção.

AÇÕES CORRETIVAS / UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES:

- Avaliação dos serviços ofertados, através do grau de satisfação do paciente;
- Apurar denúncias, reclamações e queixas apresentadas pelos pacientes, tomando medidas pertinentes e informando manifestante sobre conduta;
- Receber sugestões e encaminhá-las à gestão da unidade, objetivando avaliar viabilidade de sua implantação, caso seja pertinente e venha a contribuir para melhora na qualidade das ações e atendimentos;
- Utilizar dados da pesquisa como instrumento de gestão dos serviços ofertados.

PERIODICIDADE:

Mensalmente: Os resultados das pesquisas serão apresentados mensalmente.

SUPERVISÃO:

Serviço de Ouvidoria

Prazo para implantação: 30 dias

Forma de Execução: imediata

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO – FORMULÁRIO

Frente e verso

LUIZ ALBERTO PINTO COELHO		UPA 24h	
PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
Nome: _____			
Telefone: _____			
Data: ____/____/____			
Você é: () Paciente () Acompanhante () Visitante			
SETOR DE ATENDIMENTO			
() Ortopedia () Clínica () Pediatra			
B1 – Marque com um X a sua opinião sobre a qualidade de nossos serviços:			
SERVIÇO	ÓTIMO	BOM	RUIM
Recepção - dia			
Recepção - noite			
Rec. enfermagem - dia			
Rec. enfermagem - noite			
Enfermagem - dia			
Enfermagem - noite			
Médico			
Higiene e limpeza			
Alimentação			
Recepção			
Acomodação			
B2 – Você considera o atendimento geral da UPA como: () Ótimo () Bom () Ruim			
B3 – Ao fim do atendimento você considera que a sua necessidade foi:			
() Resolvida () Parcialmente resolvida – com encaminhamento			
() Não foi resolvida			
B4 – Você recomendaria a UPA NORTE para outras pessoas?			
() Sim () Não			

HOSPITAL WALDEMAR DAS DORES		Instituto de Saúde HSVP	
PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
Nome: _____			
Telefone: _____			
Data: ____/____/____			
Você é: () Paciente () Acompanhante () Visitante			
SETOR DE ATENDIMENTO			
() Pronto Atendimento () Internação () Centro Cirúrgico () Pediatra () Radiologia			
SERVIÇO	ÓTIMO	BOM	RUIM
Recepção - dia			
Recepção - noite			
Enfermagem - dia			
Enfermagem - noite			
Médico			
TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Farmacêutico			
Laboratório / Exames			
Higiene e limpeza			
Alimentação			
Recepção			
Acomodação			
Refeições			
Saqueiros - Portaria			
B2 – Você considera o atendimento geral do Hospital como: () Ótimo () Bom () Ruim			
B3 – Ao fim do atendimento você considera que a sua necessidade foi:			
() Resolvida () Parcialmente resolvida – com encaminhamento			
() Não foi resolvida			
B4 – Você recomendaria o Hospital Waldemar das Dores para outras pessoas?			
() Sim () Não			
A sua opinião é muito importante para melhorarmos continuamente nossos serviços. Agradecemos a sua colaboração!			

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO ONLINE

Ideal ferramenta de pesquisa rápida e intuitiva, com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS frente ao serviço de ouvidoria; baseado num questionário elaborado pela própria Instituição. O questionário possui perguntas objetivas, com cores próprias e logotipo da Instituição. Este instrumento de pesquisa ao usuário tem por público-alvo o usuário que foi atendido pelo Serviço de ouvidoria interno 24 horas. Não é necessário nenhum software de terceiros. Será preciso somente o navegador e a conta do utilizador, mas não se limitado a este tipo de atividade. Utilizando apenas a internet será possível acessar o sistema de qualquer lugar. Os usuários poderão responder ao questionário em qualquer dispositivo: Computadores de secretária, notebooks, tablets ou smartphones.



IMPLANTAÇÃO

Na plataforma a ser criada e personalizada com questionários de pesquisas de satisfação do usuário, pesquisas de opinião, pesquisas de clima organizacional, controle de qualidade de áreas, pesquisas do serviço a qual ela procurou na Ouvidoria, acrescido de sugestão de melhoria. O usuário que for atendido pelo Serviço de Ouvidoria, irá ter seu acolhimento conforme coleta de dados já realizados, e com seu Email registrado, após fim do atendimento realizado, irá receber um Email, através do Email Institucional com uma pesquisa de satisfação, através do instrumento da Internet para avaliar atenção recebida.

Ajudando o serviço de Ouvidoria x colaborador:

- **ESCUTAR e OUVIR** o usuário,
- **COMPREENDER** suas necessidades,
- **AGIR** sobre seus problemas
- **AVALIAR** se eles foram sanados.
- **ANALISAR OS DADOS:** monitoramento e avaliação dos resultados,

OBJETIVO

Conseguir de forma objetiva e quantitativa, avaliar após atendimento ao usuário por meio de pesquisa de satisfação online, obtendo uma resposta sobre a ação do problema apresentado do usuário ao ouvidor, com base no gerenciamento de relacionamento com o cliente mais um instrumento de pesquisa de satisfação com o objetivo de conhecer a realidade e a satisfação dos usuários do SUS.

Das Vantagens:

- Ferramenta ágil e interativa.
- Design agradável e intuitivo.
- Ferramentas de apoio para análise estatística.
- Modelos de questionários próprios.
- Muito mais rápido.
- Satisfação do usuário
- melhorar a experiência dos usuários internos e externos do SUS, em Pronto Atendimento e Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete
- Captação de feedback:

RESULTADOS

Permite monitorar as respostas de cada um dos usuários e tomar atitudes específicas, na hora e com precisão, neutralizando experiências negativas antes que se propaguem às redes sociais, preservando a reputação da sua instituição e evitando que outros usuários sofram com os mesmos problemas.

Não se trata apenas de um sistema de gestão de relacionamento com usuário, mas agrega ainda a gestão o relato de experiência do usuário, somando o processo de acolhimento à avaliação da experiência do usuário durante o contato com o serviço de ouvidoria.

Implantação: 30 dias

MODELO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO ONLINE

SERVIÇO DA OUVIDORIA 24 HORAS DO HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

Sr.(a) USUÁRIA DO SISTEMA SUS (NOME)

Estamos lhe convidando a responder nossa pesquisa de satisfação para nos ajudar a melhorar nosso atendimento e serviços. Por gentileza solicitamos ao(a) Sr.(a) que preencha o formulário de pesquisa de satisfação disponível neste e-mail, referente ao seu atendimento no SERVIÇO DE OUVIDORIA HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

Pesquisa & Questionário Online

Muito obrigado!

Serviço de Ouvidoria

PESQUISA DE SATISFAÇÃO ONLINE DO USUÁRIO

Prezado Sr. / Sra., obrigado pela sua disponibilidade. Completar este breve questionário vai nos ajudar a obter os melhores resultados

Como você considera o profissional que lhe atendeu

- Extremamente profissional
- Muito profissional
- Moderadamente profissional
- Pouco profissional
- Muito profissional
- Moderadamente profissional
- Pouco profissional

QUÃO RESPONSIVO FOI O SERVIÇO DE OUVIDORIA QUANDO VOCÊ PRECISOU DE AJUDA/SUPORTE?

- Extremamente responsivo
- Muito responsivo
- Moderadamente responsivo
- Pouco responsivo
- Muito responsivo
- Moderadamente responsivo

- Pouco responsivo

QUÃO BEM FORAM SUPRIDAS AS DÚVIDAS OU NECESSIDADES?

- Extremamente bem
- Muito bem
- Ligeiramente bem
- Nada bem

EM COMPARAÇÃO AS DEMAIS UNIDADES DE URGÊNCIA QUAL A PROBALIDADE DE VOCÊ INDICAR ESTA UNIDADE?

- Extremamente provável
- Muito provável
- Bastante provável
- Pouco provável
- Nada provável

DÊ SUA SUGESTÃO PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO NOS ASPECTOS ABAIXO

PODE MARCAR MAIS DE UM X

- Recepção diurna
- Recepção noturna
- Triagem diurna
- Triagem noturna
- Enfermagem diurna
- Enfermagem noturna
- Médicos diurno
- Médicos noturno
- Tempo de espera para atendimento
- Limpeza
- Alimentação
- Rouparia

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO ELETRÔNICA POR INSTRUMENTO VISUAL

Considerando a necessidade conhecer a satisfação dos usuários e os impactos da satisfação ao atendimento, com o objetivo de elaborar um instrumento de medida para avaliar a satisfação dos usuários atendidos no Hospital.

Proposta de implantação de uma pesquisa quantitativa por meio visual, com base na relação entre qualidade, satisfação e segurança.

Uma vez que poderá ser identificado de forma rápida e objetiva a satisfação do usuário naquele momento específico de atendimento, por meio visual.

IMPLANTAÇÃO

A proposta de implantação é colocar a frente de cada atendimento de consulta inicial do usuário sua avaliação através de meios visuais de pesquisa de satisfação naquele serviço ofertado. Em determinados pontos específicos.

Tais como:

- Recepção
- Sala de triagem com Classificação de Risco
- Serviço social
- O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (**SAME**)

Instrumento visual a ser aplicado:

QUAL SUA OPINIÃO SOBRE NOSSO ATENDIMENTO?



OBJETIVO

É muito comum termos a necessidade de descobrir qual o nível de satisfação dos nossos clientes com a experiência que eles têm com os nossos atendimentos e serviços. Para isso, devemos ter a capacidade de manter contato com os mesmos, mais do que isso, saber o que deve ser perguntado para se obter bons insights.

Assim como:

- Levantar os pontos positivos e negativos de forma rápida,
- Identificar a necessidade do usuário e seu comportamento,
- Reduzir consideravelmente os riscos de tomada decisão, mediante identificação da queixa diante do atendimento com ação preventiva
- Gerir a qualidade junto aos colaboradores, aumentar a capacidade de comunicação, e menor riscos de acidentes.
- Melhorar a satisfação do usuário diante do atendimento recebido.

Implantação: 30 dias

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO SATISFAÇÃO PELA REDE SOCIAL

Possuir uma página on-line expondo seus serviços é uma obrigação dos dias atuais. Esse ato deixou de ser um diferencial competitivo e passou a fazer parte da rotina de qualquer empresa.

A avaliação através das redes sociais, oferece mais facilidade em recolher feedbacks, auxilia na retirada de dúvidas dos clientes, interfere diretamente na tomada de decisão, faz o papel de marketing. Ao buscar um serviço on-line, a primeira coisa que os usuários procuram é a avaliação de clientes. As avaliações tendem a ser o diferencial entre utilizar ou não o serviço.

Além disso a avaliação via redes sociais possibilita responder a reclamações transformando uma avaliação ruim em oportunidade de conquista de outros clientes.

IMPLANTAÇÃO

A proposta de implantação é criar uma página nas redes sociais (site, Facebook e Instagram) e incentivar a participação de toda a comunidade. Melhorando o acesso as informações a qualquer hora.

Ferramentas e tecnologias:

1. Sistema de gerenciamento de reclamações: Utilize um sistema de gerenciamento de reclamações como o Zendesk, Freshdesk ou Salesforce.
2. Software de atendimento ao cliente: Utilize software de atendimento ao cliente como o LiveChat, Chatbot ou HelpDesk.
3. Análise de dados: Utilize análise de dados para identificar tendências e oportunidades de melhoria.

DICAS ADICIONAIS:

1. Comunicação eficaz: Comunique de forma clara e transparente com os usuários.

2. Resposta rápida: Responda rapidamente às reclamações e sugestões.

3. Solução eficaz: Ofereça soluções eficazes para as reclamações e sugestões.

4. Agradeça: Agradeça aos usuários por suas reclamações e sugestões.

Você gostaria de saber mais sobre alguma dessas ferramentas ou tecnologias?

Vamos falar sobre algumas ferramentas e tecnologias que podem ajudar a implementar a Ouvidoria e SAC:

SISTEMAS DE GERENCIAMENTO DE RECLAMAÇÕES:

1. Zendesk: Uma plataforma de gerenciamento de reclamações que oferece recursos como registro de reclamações, acompanhamento e resolução.

2. Freshdesk: Uma plataforma de gerenciamento de reclamações que oferece recursos como registro de reclamações, acompanhamento e resolução.

3. Salesforce: Uma plataforma de gerenciamento de relacionamentos com clientes que oferece recursos como registro de reclamações, acompanhamento e resolução.

SOFTWARES DE ATENDIMENTO AO CLIENTE:

1. LiveChat: Um software de atendimento ao cliente que oferece recursos como chat ao vivo, e-mail e telefone.

2. Chatbot: Um software de atendimento ao cliente que oferece recursos como chat automático e respostas a perguntas frequentes.

3. HelpDesk: Um software de atendimento ao cliente que oferece recursos como registro de reclamações, acompanhamento e resolução.

FERRAMENTAS DE ANÁLISE DE DADOS:

1. Google Analytics: Uma ferramenta de análise de dados que oferece recursos como análise de tráfego, comportamento do usuário e conversão.

2. Tableau: Uma ferramenta de análise de dados que oferece recursos como visualização de dados e análise de tendências.

3. Power BI: Uma ferramenta de análise de dados que oferece recursos como visualização de dados e análise de tendências.

Essas são apenas algumas das ferramentas e tecnologias disponíveis. É importante avaliar as necessidades específicas da sua organização e escolher as ferramentas que melhor se adequam às suas necessidades.

QUAL SUA OPINIÃO SOBRE NOSSO ATENDIMENTO?



OBJETIVO

A avaliação nas redes sociais é um indicador importante já que mostra a satisfação dos clientes em relação àquele produto ou serviço.

- Alcançar as 5 estrelas de satisfação dos usuários,
- Levantar os pontos positivos e negativos de forma rápida,
- Identificar a necessidade do usuário e seu comportamento,
- Melhorar a satisfação do usuário diante do atendimento recebido.

Implantação: 30 dias

11. SISTEMATIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO, COM UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO A 100% DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

A sistematização e organização do Serviço de Tecnologia da Informação (STI) no âmbito do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete constitui elemento estruturante para a qualificação da assistência, eficiência operacional e segurança do paciente, especialmente diante da adoção do prontuário eletrônico em 100% das atividades assistenciais.

A implantação de um ambiente assistencial totalmente digital exige não apenas infraestrutura tecnológica adequada, mas também a definição clara de diretrizes, processos, governança e mecanismos de segurança da informação, assegurando confiabilidade, integridade e disponibilidade dos dados clínicos.

Definição de Objetivos Estratégicos

- A organização do STI será orientada por objetivos institucionais que garantam alinhamento entre tecnologia, assistência e gestão:
- garantir a segurança e integridade dos dados assistenciais, protegendo informações sensíveis dos pacientes e assegurando confidencialidade, integridade e disponibilidade;
- promover melhoria da eficiência e eficácia dos processos assistenciais, reduzindo erros, qualificando a comunicação entre equipes e aumentando a produtividade;
- aprimorar a experiência do paciente, com maior agilidade no atendimento, continuidade do cuidado e acesso qualificado às informações clínicas;

Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional do Serviço de Tecnologia da Informação será composta por níveis estratégicos, táticos e operacionais, garantindo governança, execução e controle:

- Diretoria de Tecnologia da Informação: responsável pela definição estratégica, planejamento tecnológico e alinhamento institucional;
- Equipe Técnica de TI: responsável pela implementação, sustentação, manutenção e evolução dos sistemas e infraestrutura;
- Comitê de Tecnologia da Informação: instância colegiada responsável pela priorização de projetos, definição de investimentos, governança de mudanças e alinhamento com as necessidades assistenciais;

Essa estrutura permitirá tomada de decisão qualificada, alinhamento com as áreas assistenciais e gestão eficiente dos recursos tecnológicos.

Processos e Procedimentos

A organização do STI contemplará processos estruturados e padronizados, garantindo estabilidade e evolução contínua do ambiente tecnológico:

- desenvolvimento e implementação de sistemas assistenciais, com destaque para o prontuário eletrônico e sistemas de apoio à decisão clínica;
- manutenção, atualização e suporte contínuo dos sistemas, assegurando estabilidade, segurança e desempenho;
- capacitação contínua dos profissionais de saúde para utilização adequada dos sistemas informatizados;
- monitoramento e avaliação contínua dos sistemas, com análise de desempenho, disponibilidade e impacto assistencial;

Prontuário Eletrônico em 100% Das Atividades Assistenciais

O prontuário eletrônico será adotado como ferramenta central da assistência, contemplando integralmente o registro, armazenamento e gestão das informações clínicas dos pacientes.

Sua implementação abrangerá todas as unidades assistenciais, garantindo padronização dos registros, rastreabilidade das condutas e integração entre os diversos pontos de atenção.

O sistema permitirá:

- registro estruturado de informações clínicas;

- prescrição eletrônica segura;
- integração com sistemas de laboratório, farmácia e imagem;
- acesso controlado e seguro por profissionais autorizados;
- suporte à tomada de decisão clínica;

A integração sistêmica permitirá maior continuidade do cuidado, redução de erros assistenciais e melhoria da qualidade dos registros.

Infraestrutura Tecnológica

A infraestrutura será dimensionada para garantir alta disponibilidade, escalabilidade e segurança, contemplando:

- a) servidores robustos e sistemas de armazenamento adequados ao volume de dados assistenciais;
- b) rede de dados estruturada, com alta disponibilidade e redundância;
- c) conectividade segura em todos os pontos assistenciais;
- d) equipamentos e dispositivos adequados às necessidades operacionais;

Essa estrutura garantirá estabilidade do sistema e suporte às atividades assistenciais em tempo integral.

Segurança da Informação

A segurança da informação será tratada como eixo prioritário, com implantação de políticas, processos e controles específicos:

- definição de política institucional de segurança da informação;
- controle rigoroso de acesso aos sistemas e dados;
- mecanismos de autenticação e autorização de usuários;
- rastreabilidade de acessos e ações realizadas no sistema.

Sistema de Gestão de Segurança da Informação (ISO 27001)

A organização do STI será orientada pelos princípios da norma ISO 27001, que estabelece requisitos para implementação de um Sistema de Gestão de Segurança da Informação (SGSI).

Objetivos

- proteger a informação contra ameaças e vulnerabilidades;
- garantir confidencialidade, integridade e disponibilidade;
- promover melhoria contínua da gestão da segurança;

Requisitos

- compreensão do contexto organizacional e necessidades dos stakeholders;
- liderança e comprometimento institucional;
- definição de política de segurança da informação;
- planejamento e definição de objetivos;
- disponibilização de recursos e suporte;
- implementação e operação do SGSI;
- avaliação e melhoria contínua;

Controles

- controle de acesso;
- uso de criptografia;
- políticas de backup e recuperação;
- proteção de ativos de informação;

Benefícios

- fortalecimento da segurança institucional;
- conformidade regulatória;
- aumento da confiança dos usuários e stakeholders;
- redução de riscos operacionais;

Implementação do SGSI (ISO 27001)

A implementação do sistema seguirá etapas estruturadas:

1. Contexto Organizacional

- identificação de stakeholders;
- levantamento de necessidades;
- definição de escopo do SGSI;

2. Liderança

- definição de responsável pela segurança da informação;
- estabelecimento de política institucional;
- comunicação interna;

3. Análise de Riscos

- identificação de ativos de informação;
- identificação de ameaças e vulnerabilidades;
- avaliação e priorização dos riscos;

4. Implementação de Controles

- seleção e implantação de controles de segurança;
- monitoramento contínuo;

5. Avaliação e Melhoria

- auditorias internas e externas;
- revisão de desempenho;
- melhoria contínua;

Análise de Riscos

A análise de riscos será conduzida de forma estruturada, contemplando:

- identificação e classificação dos ativos;
- identificação de ameaças (intencionais e acidentais);
- identificação de vulnerabilidades;
- cálculo e priorização de riscos (probabilidade x impacto);

Serão utilizados métodos qualitativos e quantitativos, com apoio de ferramentas específicas e diretrizes da ISO 27005.

Certificação ISO 27001

A certificação ISO 27001 representa reconhecimento internacional da adoção de um sistema eficaz de gestão da segurança da informação, demonstrando:

- conformidade com requisitos normativos;
- maturidade na gestão de riscos;
- implementação de controles de segurança;
- compromisso com melhoria contínua;

Entre os benefícios destacam-se:

- aumento da confiança institucional;
- conformidade com exigências legais;
- redução de riscos;
- vantagem competitiva;

A implantação de um Serviço de Tecnologia da Informação estruturado, integrado ao prontuário eletrônico em 100% das atividades assistenciais, representará avanço estratégico fundamental para a qualidade da assistência, segurança do paciente e eficiência operacional do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

A adoção de práticas alinhadas à ISO 27001, associada à integração sistêmica e à governança tecnológica, garantirá não apenas segurança da informação, mas também suporte qualificado à tomada de decisão clínica e à gestão hospitalar.

12. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

(PGRSS) PARA HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE



O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento técnico obrigatório que define o manejo seguro e ambientalmente adequado dos resíduos gerados em hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios. Ele abrange desde a geração, segregação, acondicionamento, transporte interno e tratamento, até a disposição final, visando proteger a saúde humana e o meio ambiente.

Principais Aspectos do PGRSS (RDC Anvisa nº 222/2018):

- **Abrangência:** Obrigatório para estabelecimentos com geração acima de 120 litros/mês ou 10 kg/mês (ou conforme exigência local).
- **Classificação dos Resíduos (Grupos A, B, C, D, E):**
 - **Grupo A (Infectante):** Sangue, tecidos, materiais contaminados.
 - **Grupo B (Químicos):** Medicamentos, reagentes, saneantes.
 - **Grupo C (Radioativos):** Materiais de medicina nuclear.
 - **Grupo D (Comuns):** Lixo reciclável ou orgânico (sem contaminação).

- **Grupo E (Perfurocortantes):** Agulhas, lâminas, vidros.
- **Responsabilidade:** O estabelecimento deve ter um responsável técnico e contratar empresas licenciadas para o transporte e destinação final.
- **Documentação:** O PGRSS deve ser mantido no local, com relatórios anuais (até 31/03) comprovando a destinação correta (MTRs - Manifestos de Transporte de Resíduos) e treinamentos.
- **Fases do Manejo:** Segregação na fonte (separar na hora do uso), acondicionamento adequado (lixeiras com pedal, sacos de cores específicas), transporte interno seguro e abrigo temporário/externo.

A elaboração do PGRSS deve seguir as normas da Anvisa (RDC nº 222/2018) e órgãos ambientais. Estabelecimentos de pequeno porte podem, em alguns casos, solicitar dispensa formal de PGRSS, mas raramente ficam isentos da exigência de manejo adequado

LISTA DE SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA/MS - Agência Nacional de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde

ART - Anotação de Responsabilidade Técnica

AVCB - Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

COMDEMA – Conselho Municipal de Meio Ambiente

CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente

DML - Depósito de Material de Limpeza

EAS - Estabelecimento de Assistência à Saúde

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FISPQ - Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos

HSVP - Hospital São Vicente de Paulo

NBR - Norma Brasileira Regulamentadora

PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RH - Recursos Humanos

RSS - Resíduos de Serviços de Saúde

RT – Responsável Técnico

1. INTRODUÇÃO

Os resíduos sólidos têm sido objeto de grandes preocupações durante as últimas décadas, em todo o mundo. As saídas para um apropriado gerenciamento desses resíduos devem contemplar um conjunto de medidas que assegurem tanto o conhecimento de suas características quanto os impactos por elas causadas. Outra metodologia eficiente nessa temática é considerar a criação e aplicação de instrumentos necessários à tomada de decisão, sempre com o objetivo de minimizar os riscos para a população e o meio ambiente.

Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde - PGRSS é um documento técnico de gestão e gerenciamento, com objetivo principal de realizar o diagnóstico dos resíduos e, com isso, apresentar ações, metas e indicadores para a adequação às normas vigentes. Outro objetivo importante é minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do nosso meio ambiente.

Como embasamento técnico, utilizamos a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 222/2018, Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA nº 358/2005, Deliberação Normativa Municipal COMDEMA nº 55/2021 e a Deliberação Normativa Municipal COMDEMA nº 61/2022. De

forma geral, estas legislações dispõem sobre as boas práticas do gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde, destacam a importância dada à segregação na fonte, manuseio, transporte e destinação final.

De acordo com o Art. 5º da RDC nº 222/2018:

Art. 5º Todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

A implantação do PGRSS é imprescindível, uma vez que o sucesso do programa está profundamente centrado na mudança de atitudes de todos os atores da unidade geradora. A divulgação do plano é fundamental para a conscientização e difusão dos objetivos. As responsabilidades sobre o correto manejo e descarte dos resíduos gerados no hospital são compartilhadas com todos os envolvidos nos processos, desde a direção, médicos, recepcionista, higiene e limpeza, além das empresas terceirizadas que prestam serviços na instituição.

Importante ressaltar que além da elaboração e atualização anual do presente plano, destaca-se a seriedade de um trabalho de educação continuada, visando atingir as metas de minimização, reutilização e segregação dos resíduos na origem.

Abaixo apresentamos um fluxograma, de forma detalhada, com a composição de todas as etapas que envolvem o processo, visando sempre a excelência de um PGRSS:

2.FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DO PGRSS



O fluxo padrão de manejo segue esta ordem:

1. **Segregação:** Separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características (Grupos A, B, C, D, E).
2. **Acondicionamento:** Embalagem dos resíduos segregados em sacos ou recipientes adequados (ex: saco branco para infectantes, amarelo para químicos).
3. **Identificação:** Rotulagem dos recipientes para indicar o tipo de resíduo e grupo.
4. **Transporte Interno:** Movimentação dos resíduos do ponto de geração até o armazenamento temporário ou externo.
5. **Armazenamento Temporário:** Guarda temporária dos resíduos em local próximo à geração antes de irem para o armazenamento externo.
6. **Armazenamento Externo:** Guarda dos resíduos em contêineres específicos, aguardando a coleta externa.
7. **Coleta e Transporte Externos:** Remoção dos resíduos para fora da unidade para tratamento ou disposição final.
8. **Tratamento e Disposição Final:** Processamento para redução de riscos (ex: autoclavagem) e descarte final em local licenciado (ex: aterro sanitário/industrial).

3. OBJETIVOS

O presente plano constitui-se de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. Baseado no Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - RDC - 306/2004 – ANVISA.

Capacitar os funcionários através dos ensinamentos e normas de segurança, para que pelo conhecimento, motivação e obrigação, desempenhem o trabalho com a atitude de prevenir acidentes diminuindo assim ao máximo o número de acidentes de trabalho.

O PGRSS deve contemplar medidas de envolvimento coletivo, tendo por objetivo geral minimizar a produção dos resíduos gerados e proporcionar uma destinação final segura e ambientalmente correta, de forma eficiente. De forma específica, visa também à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente, de acordo com a RDC 222/2018.

3.1 Os objetivos serão cumpridos através das seguintes ações e da equipe de trabalho que compõem o PGRSS:

- Padronização de condutas adequadas para o manejo dos RSS;
- Definição de técnicas adequadas de segregação e acondicionamento, coleta, transporte e descarte dos resíduos;
- Redução da incidência de acidentes ocupacionais, considerando os princípios da biossegurança;
- Gerenciamento dos resíduos gerados;
- Difundir e aplicar o conceito dos 5R's da Sustentabilidade: Reduzir, Repensar, Reutilizar, Reciclar e Recusar;

- Elevar ao máximo a segregação dos resíduos recicláveis;
- Cumprimento as legislações vigentes;
- Educação ambiental e conscientização global dos funcionários, terceirizados, fornecedores e clientes sobre a importância do PGRSS;
- Controlar e reduzir riscos e danos ao meio ambiente;
- Controlar e reduzir riscos para a saúde pública;
- Contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção hospitalar.

Dessa maneira, o PGRSS aponta a relação atual com perspectivas futuras, com enfoque nas orientações de boas práticas necessárias ao desenvolvimento sustentável frente à necessidade de tratar adequadamente os resíduos gerados, de modo que a atividade hospitalar tenha o impacto ambiental reduzido.

4. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

4.1 - Identificação geral

Razão Social: HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

Nome fantasia: XXXXXX

Inscrição estadual: Isento

CMC: XXXXXXXXX

Endereço: XXXXXX

Longitude : XXXXXXXX

Telefone: XXXXXXXXX

EMAIL: XXXXXXXX

4.2 – Documentos regulatórios ambientais

Processo de Licenciamento Ambiental: XXXXXX

Classificação XXXXXXXXXX

Licença Ambiental –XXXXXXXXXXXX – validade XXXXXXXXXX

5 - Missão, Visão e Valores

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, localizado XXXXXXXX somos referência hospitalar 51 municípios. cerca de 800 mil usuários, com cerca de XXXX mil habitantes,

O hospital oferece uma estrutura completa e assistência de alta qualidade, com foco na humanização do atendimento, na segurança do paciente e na excelência dos serviços prestados.

QUEM SOMOS

Nós da gestão do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, priorizamos a qualificação da jornada do paciente, otimização dos custos assistenciais e a transparência da gestão.

Contamos com uma equipe de colaboradores capacitados e comprometidos em oferecer um atendimento humanizado. Nossos processos definidos garantem eficiência operacional e qualidade no cuidado prestado ao paciente.

Nossos principais objetivos são a melhoria contínua da experiência do paciente e a redução sustentável dos custos assistenciais.

Missão

Assegurar uma assistência médica hospitalar diferenciada, humanizada e de qualidade à saúde.

Visão

Ser referência na saúde, prestando um atendimento pautado no acolhimento e na prática humanizada.

Valores

Integridade e ética.

- Humanização.
- Excelência.
- Capacitação

3.4 - Caracterização Física do Estabelecimento

Atividade principal: Estabelecimento de assistência à saúde – xxxxxxxx

Porte: xxxxxxxxxxxx

Natureza jurídica: xxxxxxxx

Número total de funcionários: xxxx

ÁREA:

Área total: XXXXXXXXX

Número de pavimentos: XXX

ATENDIMENTOS/ROTINAS:

Número de leitos ativos SUS: 77

Número de leitos por especialidade – Enfermarias adulto

Clínica xxxx

Cirurgia: xxxx

Pediatria: xxxx

Terapia Intensiva: 20

Horário de funcionamento: 24h/dia

(Administrativo - Segunda a Sexta, 8h/dia / Assistência e operação - turno par e ímpar, 12h/dia)

Número de atendimentos/mensal de cirurgias nas especialidades (media e alta complexidade)

Bucomaxilofacial: xxx

Cirurgia Geral: xxx

Cardiologia: xxx

Ortopedia: xxx

Urologia: xxx

Neurologia: xxx

Vascular: xxx

Oftalmologia: xxxx

Radiologia: xxx

USG: xxx

Laboratório: xxxx (internos e externo)

Número de internações/mês: xxx (SUS)

Especialidades e serviços disponibilizados

- * Angiologia (vascular)
- * Bucomaxilofacial
- * Cirurgia da Mão
- * Cirurgia do Aparelho Digestivo
- * Cirurgia Bariátrica
- * Endocrinologia
- * Geriatria
- * Obstetrícia
- * Pneumologista
- * Cardiologia
- * Cirurgia do Ombro
- * Cirurgia Torácica
- * Cirurgia Plástica
- * Fisioterapia
- * Ginecologia
- * Oftalmologia
- * Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- * Cirurgia do Pé e Tornozelo

- * Cirurgia do Quadril
- * Cirurgia Geral
- * Clínica Médica
- * Fonoaudiologia
- * Neurologia
- * Ortopedia e Traumatologia
- * Urologia

3.6 – Responsabilidades

Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Responsável Legal - Diretor presidente

Nome: xxxxxxxxxxxx RG: xxxxxxxx CPF: xxxxxxxx

Responsável Técnico pelo estabelecimento

Nome: xxxxxxxx CRM xxxxxxxx

CPF: xxxxxxxxxxxx

Responsável Técnico pelo gerenciamento do PGRS

Nome: xxxxxxxx COREN MG xxxxxxxx ENF xxx

CPF: xxxxxxxxxxxxxxxx

Responsabilidade técnica pela elaboração do PGRSS:

Nome: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Engenheira Ambiental / Técnica em Meio Ambiente CREA - MG xxxxxxxx

CTF xxxxxxxx

ART OBRA/SERVIÇO: xxxxxxxx

Data de elaboração: xxxxxxxx

Data de validade (facultativa a mudanças nas instalações e processos):

Número de revisões será monitorado através do anexo – ficha de revisões

Telefones: xx xxxx.xxx

E-mails: xxxxxxxxxxxxxxxx

Comissão do PGRSS

Membros indispensáveis:

Certificações

Como resultado das constantes melhorias dos processos de construção, Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete encontra-se em processo interno de adequações para em um futuro breve obter as certificações do mercado nacional.

4. ETAPA I – IDENTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Esta primeira etapa contempla a fase de identificação dos resíduos gerados no estabelecimento, sendo considerados os seguintes aspectos:

- I. Classificação,
- II. Acondicionamento,
- III. Identificação,
- IV. Coleta interna e externa,
- V. Armazenamento,
- VI. Destinação final dos resíduos.

A classificação dos RSS consiste no agrupamento por classes de resíduos, em função dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente e tem como finalidade propiciar o adequado gerenciamento destes, nos âmbitos interno e externo dos estabelecimentos de assistência à saúde.

CLASSIFICAÇÃO RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: GRUPO A

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas **características, podem apresentar risco de infecção.**

Subgrupo A1

- **Culturas e estoques de micro-organismos;** resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os medicamentos hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos, atenuados ou inativados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.

- **Resíduos resultantes** da atividade de ensino e pesquisa ou atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

- **Bolsas transfusionais** contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

- **Sobras de amostras de laboratório** contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Subgrupo A2

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica

Subgrupo A3

- Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham

valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

Subgrupo A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.
- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido
- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos), incluindo a placenta, e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.
- Cadáveres, carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos.
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

Subgrupo A5

- Órgãos, tecidos e fluidos orgânicos de alta infectividade para príons, de casos suspeitos

Ou confirmados, bem como quaisquer materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, suspeitos ou confirmados, e que tiveram contato com órgãos, tecidos e fluidos de alta infectividade para príons.

- Tecidos de alta infectividade para príons são aqueles assim definidos em documentos oficiais pelos órgãos sanitários competentes

GRUPO B

Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade.

- Produtos farmacêuticos

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).

- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.

- Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

GRUPO C

Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Enquadra-se neste grupo o rejeito radioativo proveniente de laboratório de pesquisa e ensino na área da saúde, laboratório de análise clínica, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução da CNEN e Plano de Proteção Radiológica aprovado para a instalação radiativa.

GRUPO D

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1;

- sobras de alimentos e do preparo de alimentos;

- resto alimentar de refeitório;

- resíduos provenientes das áreas administrativas;

- resíduos de varrição, flores, podas e jardins;

- resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;

- forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado.

- resíduos recicláveis se em contaminação biológica, química e radiológica associada.

- pelos de animais.

GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; ponteiras de micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Realizamos a caracterização através da avaliação qualitativa dos resíduos, considerando o hospital em funcionamento integral, ou seja, com todas as suas dependências atuais em atividade plena.

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.
- Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

Os RSS estão resumidos no quadro a seguir:



Implantação: imediata

13. DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DO HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE						
ESPECIALIDADE	QUANTITATIVO DE LEITOS	TERAPIA INTENSIVA1				
UTI	20	Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
		MEDICO COORDENADOR	20	INTENSIVISTA	1	20
		MEDICO HORIZONTAL	20		2	40
		MEDICO PLANTONISTA	24		15	360
		ENFERMEIRO COORDENADOR	20		1	20
		ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	36		10	360
		FISIOTERAPIA	30		6	180
		FISIOTERAPIA COODENADOR	20	HABILITAÇÃO NEO NATAL, PEDIATRICA	1	20
		TEC.DE ENFERMAGEM	44	COREN	44	1936
		FONODIÓLOGO	30	REGISTRO CONSELHO	1	30
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		4	176
SUB TOTAL					85	
ESPECIALIDADE	4 SALAS E 01 SALA DE RECUPERAÇÃO	BLOCO CIRÚRGICO				
CIRURGIA GERAL	SALAS DE CIRURGIA E RECUPERAÇÃO	Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
		MEDICO COORDENADOR	20	MÉDICO	1	
		MEDICO ANESTESISTA	24	ANESTESITA	8	192

		MEDICO PLANTONISTA CIRURGIA GERAL	24	CIRURGIA GERAL	8	192
		MÉDICO CIRURGIO	24	CIR,VASCULAR	2	48
		MÉDICO CIRURGIO	24	CIRURGIA UROLOGIA	1	24
		MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	24	ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	3	72
		MEDICO NEUROLOGIA	24	NEUROLOGISTA	1	24
		MÉDICO BUCO MAXILO	24	CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO/ BUCOMAXILO	1	24
		ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	44	ENF.CIRURGICA OU 2 ANOS DE EXPERIÊNCIA CC	4	176
		ENF.COORDENADOR	40	ENF.CIRURGICA OU 2 ANOS DE EXPERIÊNCIA CC	1	40
		TEC.DE ENFERMAGEM	44	COREN	17	748
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		4	
SUB TOTAL					51	
ESPECIALIDADE		02 SALAS		RPA		
PÓS OPERATÓRIO						
	RPA	Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
		MEDICO EMERGÊNCISTA	24	EMERGENCISTA	4	92
		ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	40	COREN	1	40
		TEC.DE ENFERMAGEM	44	COREN	6	264
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		1	44
SUB TOTAL					12	
ESPECIALIDADE		24 LEITOS		ENFERMARIAS		
LEITOS						
	LEITOS	Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
PEDIATRIA	5	MEDICO COORDENADOR				

CARDIOLOGIA	6	MEDICO HORIZONTAL INTERNISTA	24	CLÍNICA GERAL	8	192
CLÍNICA GERAL	10	MEDICO ASSISTENCIAL CLINICA	24	DIARISTA	3	72
		CARDIOLOGISTA	24	DIARISTA	1	24
		HEMATOLOGISTA	24	DIARISTA	1	24
		INFECTOLOGISTA	24	DIARISTA	2	48
		ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	44	ENFERMEIRO OBSTETRA +COREN	5	220
		TEC.DE ENFERMAGEM	44	COREN	24	1056
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		4	176
SUB TOTAL					48	
ESPECIALIDADE	29			ENFERMARIA		
OUTRAS ESPECIALIDADES		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
CIRURGIA GERAL		MEDICO COORDENADOR				
CIRURGIA GERAL	10 LEITOS	MEDICO HORIZONTAL	24	CIRURGIÃO GERAL	7	168
UROLOGIA	6 LEITOS					
ONCOLOGIA	5 LEITOS	MEDICO HORIZONTAL	24	ONCOLOGIA	2	48
NEUROLOGIA	6 LEITOS	ENFERMEIRO	44	COREN		
ISOLAMENTO	2 LEITOS	TEC.DE ENFERMAGEM	44	COREN	4	176
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		1	44
SUB TOTAL					14	
ESPECIALIDADE	24			ENFERMARIA		
ORTOPEDIA E TRAMAUTO	12	Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total

BUCO MAXILO	6	MEDICO COORDENADOR	12	MÉDICO	1	12
VASCULAR	6	MEDICO HORIZONTAL	24	VASCULAR	2	48
		MEDICO ASSISTENCIAL ORTOPEDISTA	24	BUCO MAXILO	2	48
		MEDICO ASSISTENCIAL	24	ORTOPEDIA	5	120
		ENFERMEIRO ASSISTENCIAL	44	COREN	5	220
		TEC.DE ENFERMAGEM	44	COREN	20	880
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		4	176
SUB TOTAL					39	
ESPECIALIDADE	CONSULTÓRIOS 5			PRONTO ATENDIMENTO		
		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
COORDENADOR RT		MEDICO	24	MEDICO	1	24
PEDIATRIA		MEDICO	24	PEDIATRIA	7	168
CIRURGIÃO		MEDICO	24	CIRURGIÃO	7	168
ORTOPEDISTA		MEDICO	24	TRAUMATO	7	168
ORTOPEDISTA		MEDICO	24		2	48
CLÍNICA		MEDICO	24	EMERGENCISTA	21	504
		TEC, ENFRMAGEN	44	COREN	45	1980
		ENFERMEIRO	40	COORDENADOR	1	40
		ENFERMEIRO	44	COREN	14	616
		AUXILIAR DE HIGIENE HOSPITALAR	44		7	308
		PORTEIRO	44		8	352
		RECEPCIONISTA	44		9	396
SUB TOTAL					128	
ESPECIALIDADE				AMBULATÓRIO		
CARDIOLOGISTA		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
		MEDICO	24	CADIOLOGIA	3	72
		TEC, ENFRMAGEN	44	COREN	2	88
		ENFERMEIRO				
		AUXILIAR DE LIMPEZA				

		AUX. ADMINISTRATIVO	44		1	44
SUB TOTAL					6	
ESPECIALIDADE			AMBULATÓRIO EXAMES			
		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
COLONOSCOPIA		MEDICO	24	GASTRO	2	48
ENDOSCOPIA		MEDICO	24	ENDOSCOPIA	1	48
		TEC, ENFERMAGEM	44	COREN	2	88
		ENFERMEIRO	44	COREN	1	44
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		1	44
		AUX. ADMINISTRATIVO	44		1	44
SUB TOTAL					8	
ESPECIALIDADE			SERVIÇO DE IMAGEM			
		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
RX		MEDICO	24	RADIOLOGISTA	3	72
USG		MEDICO	12	RADIOLOGISTA	1	12
TC		TEC. DE RX	24	RX	14	336
		TEC. DE ENFERMAGEM	44	COREN	1	44
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		1	44
		RECEPCIONISTA	44		1	44
SUB TOTAL					21	
PROCEDIMENTO			LABORATORIO 24 HORAS			
		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
		BIOQUIMICO	44		10	440
		TECNICO EM ATOLOGIA QUIMICA	44	TEC. PATOLOGIA	10	440
		AUX. ADMINISTRATIVO	44	2º GRAU	2	88
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		1	44
SUB TOTAL					23	
PROCEDIMENTO			LABORATORIO 24 HORAS			

APOIO		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
ALMOXARIFADO		ALMOXARIFE	44		3	132
		FARMACIA	44	RT	1	44
		FARMACIA	44	FARMACEUTICO	8	352
		AUX. ADMINISTRATIVO	44	2º GRAU	6	264
		ENGENHARIA CLINICA	44		1	44
		AUXILIAR DE LIMPEZA	44		1	44
SUB TOTAL					20	
PROCEDIMENTO			DEMAIS PROFISSIONAIS E DIREÇÃO			
DIREÇÃO		Categoria Profissional - Ocupação	Carga Horária Semanal	ESPECIALIDADE	Quantitativo de Servidores	Carga Horária Semanal Total
COORDENADOR GERAL		DIRETOR	40	NIVEL SUPERIOR	1	40
DIREÇÃO ADMINISTRATIVA		DIRETOR	40	NIVEL SUPERIOR	1	40
DIRETOR TECNICO		MEDICO	24	RT	1	24
DIRETOR FINANCEIRO		DIRETOR	40	NIVEL SUPERIOR	1	40
ENFERMAGEM		ENFERMEIRA	40	RT	1	40
SEGURANÇA DO TRABALHO		SEGURANÇA DO TRABALHO	40	SEGURANÇA TRABALHO	1	40
AUX DE COZINHA		AUXILIAR	44		6	264
COZINHA E COPA		COZINHEIRA	44		8	352
LAVANDERIA			44		10	440
FATURAMENTO			44		3	132
NIR			44		1	44
MOTORISTA			44		2	88
TE. INFORMATICA		TEC, INFORMATICA	40	TEC, INFORMATICA	2	80
SUB TOTAL					37	

14. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL

1. DIRETRIZES ACADÊMICAS E CARGA HORÁRIA

Todos os programas (Médicos, Multiprofissionais e Área Profissional da Saúde) seguirão rigorosamente as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

A carga horária padrão será de **60 horas semanais**, com um dia de folga, distribuídas na proporção de **80% de atividades práticas em serviço e 20% de atividades teóricas/teórico-práticas**.

Matriz Padrão de Carga Horária Semanal (60h/semana)

Eixo de Formação	Carga Horária	Distribuição Sugerida das Atividades
Prática em Serviço (80%)	48 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Plantões: Máximo de 24h semanais (urgência/emergência ou UTI). - Rotina de Enfermaria/UTI: Evolução diária, prescrição e rounds multidisciplinares. - Centro Cirúrgico: Procedimentos eletivos e de urgência (para áreas cirúrgicas). - Ambulatório: Acompanhamento pré e pós-operatório / egressos.
Atividades Teóricas (20%)	12 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Sessões Clínicas e Discussão de Casos: 4h/semana. - Clube de Revista (Artigos Científicos): 2h/semana.

		- Aulas Expositivas/Seminários: 4h/semana. - Tumor Boards / Reuniões de Protocolos: 2h/semana.
--	--	---

2. DETALHAMENTO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A alocação dos residentes nos **97 leitos (sendo 20 de UTI)** será estratégica para garantir o fluxo de giro de leitos e a segurança assistencial.

- **Clínica Médica e Medicina Intensiva (UTI):**
 - Atuação: Espinha dorsal do hospital. Os residentes atuarão na estabilização de pacientes críticos na UTI e no manejo de intercorrências nas enfermarias.
 - Foco Prático: Monitorização invasiva, ventilação mecânica avançada, nefrologia intensiva/manejo de disfunções orgânicas e transição segura de cuidados para desospitalização.
- **Cirurgia Geral, Urologia e Cirurgia Vascular:**
 - Atuação: Escala integrada no bloco cirúrgico e pronto-atendimento.
 - Foco Prático: A Cirurgia Geral foca no trauma e abdome agudo. A Urologia absorve endourologia, litíase e traumas do trato urinário. A Vascular focará em salvamento de membros (pé diabético/isquemia), trauma vascular e confecção de acessos (fístulas arteriovenosas e cateteres de longa permanência), reduzindo o tempo de internação de pacientes crônicos.
- **Ortopedia e Traumatologia:**
 - Atuação: Porta de entrada de traumas e reconstruções eletivas.
 - Foco Prático: Estabilização de fraturas, cirurgias de grande porte e gestão do ambulatório de egressos para acompanhamento da reabilitação.
- **Anestesiologia:**

- Atuação: Avaliação pré-anestésica ambulatorial, suporte intraoperatório e gestão da dor.
- Foco Prático: Otimização do mapa cirúrgico e redução de suspensões de cirurgias através de triagem pré-operatória rigorosa pelos residentes.
- **Oncologia e Dermatologia:**
 - Atuação: Suporte transversal.
 - Foco Prático: A Oncologia atuará no estadiamento, manejo de intercorrências de tratamentos sistêmicos na UTI/Enfermaria e cirurgias oncológicas. A Dermatologia focará em biópsias, tratamento de neoplasias cutâneas, manejo de farmacodermias graves e suporte à equipe de curativos (lesões complexas).

3. DETALHAMENTO DOS PROGRAMAS MULTIPROFISSIONAIS E ODONTOLOGIA

A COREMU será estruturada para atuar em "ilhas de excelência", onde a equipe multi não apenas apoia, mas define o prognóstico funcional do paciente.

- **Enfermagem e Fisioterapia:**
 - Prática (48h): Liderança da beira do leito. A Fisioterapia aplicará protocolos rígidos de desmame ventilatório na UTI e mobilização precoce. A Enfermagem auditará a segurança do paciente e a prevenção de lesões por pressão e infecções (PAV, ICS, ITU).
- **Serviço Social e Psicologia Hospitalar:**
 - Prática (48h): Gestão de altas. O Serviço Social mapeará a rede de apoio do paciente desde o D1 da internação, viabilizando desospitalizações difíceis. A Psicologia fará o manejo do luto na UTI, preparo pré-operatório oncológico e suporte à exaustão da equipe assistencial.
- **Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (Odontologia):**

- Prática (48h): Plantão de sobreaviso/presencial para traumas de face e infecções cervicofaciais severas. Atuação diária na UTI para adequação do meio bucal, impactando diretamente na redução dos dias de ventilação mecânica.

4. GOVERNANÇA CLÍNICA, EFICIÊNCIA E GESTÃO DE RESULTADOS

O diferencial da gestão do Instituto HSVP para este edital é a integração do ensino com as metas de sustentabilidade do HRCL. A matriz teórica e prática incluirá obrigatoriamente:

1. **Criação e Monitoramento de Protocolos Assistenciais:** Os residentes não apenas seguirão, mas participarão da auditoria clínica da adesão aos protocolos de Sepsis, TEV, Dor Torácica e AVC, preparando para o movimento de Acreditação Hospitalar ONA e ISSO.
2. **Cumprimento de Metas do DRG (Diagnosis Related Groups):** Treinamento exaustivo (dentro das 12h teóricas) sobre codificação clínica. Os residentes aprenderão a registrar corretamente comorbidades e complicações no prontuário, garantindo que o índice de case mix e a complexidade faturada reflitam o real consumo de recursos do hospital.
3. **Relacionamento com Prestadores:** Desenvolvimento de competências na interface entre a equipe clínica e serviços terceirizados (laboratórios, métodos gráficos, diálise e OPMEs), garantindo o uso racional de recursos de alto custo.
4. **Avaliação de Desempenho:** Aplicação de metodologias ativas e avaliações práticas (Mini-CEX, OSCE), além de auditoria contínua dos registros.

5. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

- **Mês 1-2:** Elaboração dos Projetos Pedagógicos (PPC) junto ao MEC/CNRM e CNRMS; estruturação formal da COREME e COREMU.
- **Mês 3-4:** Seleção e treinamento do corpo de preceptores locais; adequação de infraestrutura acadêmica.

- **Mês 5:** Publicação dos editais de seleção.
- **Mês 6:** Processo seletivo e matrícula.
- **Mês 7:** Início do Ano Letivo e integração institucional.

15. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

1. APRESENTAÇÃO E OBJETO

A presente proposta estabelece as diretrizes técnicas, pedagógicas e operacionais para a implantação e gestão do **Programa de Residência Multiprofissional em Enfermagem (Área de Concentração: Terapia Intensiva e Urgência/Emergência)** no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL). O projeto utiliza a capacidade instalada de 97 leitos (sendo 20 de UTI) como cenário de prática, transformando o hospital em um polo formador de excelência e convertendo a força de trabalho acadêmica em eficiência operacional.

2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMAS DA CNRMS

O programa será estruturado em estrita observância às normativas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e do Ministério da Educação (MEC), garantindo a validade nacional do título e a segurança jurídica da instituição:

- **Lei nº 11.129/2005:** Institui a Residência em Área Profissional da Saúde.
- **Resolução CNRMS nº 02/2012:** Dispõe sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional.
- **Resolução CNRMS nº 05/2014 e nº 01/2015:** Estabelece a matriz de carga horária e os critérios de supervisão.
- **Supervisão e Preceptoría:** Cumprimento da proporção obrigatória exigida pelo MEC, garantindo a presença de preceptores assistenciais (enfermeiros do staff do hospital) e tutores acadêmicos durante as atividades práticas.

3. DIMENSIONAMENTO DE VAGAS E CARGA HORÁRIA

A carga horária máxima permitida e obrigatória é de **60 horas semanais**, distribuídas ao longo de 24 meses ininterruptos (com direito a 30 dias de repouso anual), totalizando **5.760 horas** de formação.

3.1. Quadro de Vagas

- **Duração do Programa:** 2 anos (R1 e R2).
- **Ingresso Anual:** 2 vagas (R1).
- **Total de Residentes Simultâneos:** 4 residentes (2 R1 + 2 R2).

3.2. Distribuição da Carga Horária (60h/semana) A matriz segue a regra obrigatória de 80% de prática e 20% de teoria:

- **Prática em Serviço (48 horas/semana):** Atuação direta nos 20 leitos de UTI, Pronto-Atendimento e Enfermarias. Limite máximo de 24 horas consecutivas de plantão, seguidas de descanso obrigatório.
- **Atividades Teórico-Práticas (12 horas/semana):** Reuniões clínicas, discussão de casos (rounds), aulas expositivas, pesquisa e elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

4. BENEFÍCIOS ESTRATÉGICOS E IMPACTO NA GESTÃO DO HRCL

A gestão do Instituto HSVP para este programa não se restringe ao ensino; ela é desenhada para gerar impacto direto nos indicadores de qualidade e financeiros do hospital:

- **Cumprimento de Metas do DRG (Diagnosis Related Groups):** Os residentes de enfermagem atuarão ativamente na qualificação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). O registro minucioso da dependência do paciente, lesões complexas, uso de dispositivos invasivos e comorbidades garantirá que o sistema DRG capture a real complexidade do cuidado, otimizando o Case Mix Index e, conseqüentemente, o faturamento da instituição.

- **Criação e Monitoramento de Protocolos Assistenciais:** A força de trabalho residente será o motor para a implementação e auditoria diária de protocolos institucionais e bundles de prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), como Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) e Lesão por Pressão (LPP).
- **Foco em Relacionamento com Prestadores e Eficiência de Insumos:** Inserção dos residentes na interface com a Farmácia Clínica, Central de Material e Esterilização (CME) e no uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs). Isso inclui o gerenciamento rigoroso de curativos especiais e materiais de alto custo, combatendo o desperdício nas enfermarias e UTI.
- **Giro de Leito e Desospitalização:** Atuação no Núcleo Interno de Regulação (NIR), acelerando o processo de alta segura desde o dia 1 (D1) da internação.

5. PROGRAMAÇÃO DE ESTRUTURAÇÃO E CRONOGRAMA DE INÍCIO

Para que o programa inicie no próximo ano letivo (março), o cronograma de estruturação do Instituto HSVP seguirá o seguinte fluxo executivo de 6 meses:

- **Mês 1:** Assinatura do contrato e constituição formal da COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional) no HRCL.
 - Elaboração do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e cadastro do programa no sistema do MEC (SisCNRMS) para avaliação.
- **Mês 2 e 3:** Seleção interna e capacitação pedagógica dos enfermeiros diaristas/plantonistas do HRCL que atuarão como **Preceptores**.
 - Adequação da infraestrutura física mínima exigida pelo MEC (sala de repouso adequada para 4 residentes, acesso a computadores e biblioteca virtual).
- **Mês 4:** Aprovação do programa pelo MEC e liberação das bolsas (financiamento Ministério da Saúde).
 - Publicação do Edital do Processo Seletivo Público.
- **Mês 5:** Realização das provas teóricas, análise de currículo e entrevistas.

- **Mês 6:** Matrícula, acolhimento institucional e início das atividades assistenciais

16. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL (ODONTOLOGIA)

1. APRESENTAÇÃO E OBJETO

A presente proposta estabelece as diretrizes técnicas, pedagógicas e operacionais para a implantação e gestão do **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Especialidade: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial** no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL). O projeto aproveita a vocação do HRCL para urgências e alta complexidade, utilizando os 97 leitos totais, o centro cirúrgico e os 20 leitos de UTI para formar cirurgiões-dentistas de alta performance, capazes de absorver a demanda regional de traumas faciais e intercorrências sistêmicas severas.

2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E NORMAS DA CNRMS / CFO

O programa será estruturado com rigoroso cumprimento das normativas do Ministério da Educação (MEC), do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Odontologia (CFO), assegurando o reconhecimento nacional da especialidade e a captação de recursos:

- **Lei nº 11.129/2005:** Institui a Residência em Área Profissional da Saúde.
- **Resolução CNRMS nº 02/2012 e Portarias Interministeriais MEC/MS:** Regulam as diretrizes de funcionamento, avaliação e financiamento de bolsas.
- **Normativas do Conselho Federal de Odontologia (CFO):** Adequação do Projeto Pedagógico às exigências do conselho de classe para o registro da especialidade, garantindo a carga horária mínima de cirurgias de grande porte sob anestesia geral.
- **Supervisão e Preceptoría:** Cumprimento da exigência de preceptores especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial (com registro no CRO) presentes fisicamente no centro cirúrgico, pronto-atendimento e UTI, acompanhando 100% das atividades práticas.

3. DIMENSIONAMENTO DE VAGAS E CARGA HORÁRIA

Diferente dos programas multiprofissionais de dois anos, a especialidade Bucomaxilofacial exige maior tempo de imersão cirúrgica. A carga horária é de **60 horas semanais**, distribuídas ao longo de **36 meses** ininterruptos (com 30 dias de repouso anual), totalizando **8.640 horas** de formação.

3.1. Quadro de Vagas

- **Duração do Programa:** 3 anos (R1, R2 e R3).
- **Ingresso Anual:** 2 vagas (R1).
- **Total de Residentes Simultâneos:** 6 residentes (2 R1 + 2 R2 + 2 R3).

3.2. Distribuição da Carga Horária (60h/semana) Matriz obrigatória de 80% prática e 20% teórica:

- **Prática em Serviço (48 horas/semana):** Plantões no pronto-atendimento (trauma de face), procedimentos no bloco cirúrgico sob anestesia geral, avaliações pré-operatórias, e atuação diária nos 20 leitos de UTI para odontologia intensiva e manejo de infecções faciais graves.
- **Atividades Teórico-Práticas (12 horas/semana):** Seminários de cirurgia ortognática, trauma e patologia oral; discussão de casos clínicos; laboratório de planejamento cirúrgico virtual e pesquisa.

4. BENEFÍCIOS ESTRATÉGICOS E IMPACTO NA GESTÃO DO HRCL

A gestão acadêmica exercida pelo Instituto HSVP visa converter o treinamento cirúrgico em métricas tangíveis de sustentabilidade financeira e eficiência clínica para o HRCL:

- **Cumprimento de Metas do DRG (*Diagnosis Related Groups*):** O programa garante a resolução interna de traumas complexos (fraturas panfaciais, de mandíbula, órbita e zigoma) que antes poderiam ser transferidos. A equipe será treinada para o registro exato de técnicas de reconstrução óssea, enxertos e manejo de infecções cervicais

profundas. Essa precisão na codificação cirúrgica eleva o peso relativo do paciente no DRG, maximizando o faturamento hospitalar da alta complexidade.

- **Criação e Monitoramento de Protocolos Assistenciais:** Implantação mandatória do protocolo de adequação do meio bucal na UTI. A atuação diária dos residentes na remoção de focos infecciosos e higiene oral avançada em pacientes intubados é a medida de maior impacto na redução das taxas de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), reduzindo drasticamente o consumo de antimicrobianos de alto custo e os dias de internação.
- **Foco em Relacionamento com Prestadores e Gestão de OPME:** A especialidade é altamente dependente de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPMEs). Os residentes receberão treinamento em gestão para atuar no relacionamento técnico com fornecedores de placas e parafusos de titânio (sistema de fixação interna rígida) e materiais de enxertia, padronizando o uso, evitando desperdícios e justificando tecnicamente as solicitações junto aos auditores de planos de saúde e SUS.

5. PROGRAMAÇÃO DE ESTRUTURAÇÃO E CRONOGRAMA DE INÍCIO

Para garantir o início das atividades no próximo ano letivo (março), o cronograma executivo terá duração de 6 meses:

- **Mês 1:** Constituição do núcleo da especialidade dentro da COREMU do HRCL.
 - Elaboração do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) com foco cirúrgico e submissão ao sistema SisCNRMS (MEC).
- **Mês 2 e 3:** Contratação/seleção de preceptores especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial.
 - Estruturação do fluxo de compras de instrumentais cirúrgicos específicos e motores de implante/cirurgia óssea.
- **Mês 4:** Aprovação do programa pelo MEC e garantia das bolsas de financiamento.

- Lançamento do Edital do Processo Seletivo Público (geralmente com alta concorrência nacional para esta especialidade).
- **Mês 5:** Provas teóricas, práticas e análise curricular.
- **Mês 6:** Matrícula, integração ao centro cirúrgico e UTI, e início do ano letivo

17. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

1. DIRETRIZES ACADÊMICAS E CARGA HORÁRIA

Todos os programas (Médicos, Multiprofissionais e Área Profissional da Saúde) seguirão rigorosamente as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

A carga horária padrão será de **60 horas semanais**, com um dia de folga, distribuídas na proporção de **80% de atividades práticas em serviço e 20% de atividades teóricas/teórico-práticas**.

Matriz Padrão de Carga Horária Semanal (60h/semana)

Eixo de Formação	Carga Horária	Distribuição Sugerida das Atividades
Prática em Serviço (80%)	48 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Plantões: Máximo de 24h semanais (urgência/emergência ou UTI). - Rotina de Enfermaria/UTI: Evolução diária, prescrição e <i>rounds</i> multidisciplinares. - Centro Cirúrgico: Procedimentos eletivos e de urgência (para áreas cirúrgicas). - Ambulatório: Acompanhamento pré e pós-operatório / egressos.
Atividades Teóricas (20%)	12 horas	- Sessões Clínicas e Discussão de Casos: 4h/semana.

		<p>- Clube de Revista (Artigos Científicos): 2h/semana.</p> <p>- Aulas Expositivas/Seminários: 4h/semana.</p> <p>- Tumor Boards / Reuniões de Protocolos: 2h/semana.</p>
--	--	---

1. Apresentação Institucional e Objeto

O Instituto HSVP propõe a implantação e gestão da Comissão de Residência Médica (COREME) no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL). O projeto utiliza a capacidade instalada de 97 leitos (sendo 20 de UTI) como cenário de prática para formar especialistas resolutivos, aliando assistência de alta complexidade, rigor científico e otimização do giro de leitos.

2. Dimensionamento e Matriz de Carga Horária

Os programas seguirão as diretrizes da CNRM/MEC, com carga horária de **60 horas semanais** (2.880 horas/ano), distribuídas em 80% de prática em serviço (plantões, enfermarias, bloco cirúrgico e ambulatório) e 20% de teoria (sessões clínicas, clube de revista e *Tumor Boards*). Serão ofertadas **2 vagas anuais (R1)** por especialidade.

Especialidade	Duração	Vagas Anuais	Total de Residentes	Carga Horária Total
Clínica Médica	2 anos	2 (R1)	4 residentes	5.760 horas

Medicina Intensiva	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
Cirurgia Geral	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
Urologia (<i>Pré-req: Cirurgia</i>)	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
Cirurgia Vascular (<i>Pré-req: Cirurgia</i>)	2 anos	2 (R1)	4 residentes	5.760 horas
Ortopedia e Traumatologia	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
Anestesiologia	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
Oncologia Clínica (<i>Pré-req: Clínica</i>)	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
Cirurgia Oncológica (<i>Pré-req: Cirurgia</i>)	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
Dermatologia	3 anos	2 (R1)	6 residentes	8.640 horas
TOTAL	-	20 vagas/ano	56 residentes simultâneos	-

3. Governança Clínica e Eficiência Hospitalar

A preceptoria médica garantirá que a força de trabalho acadêmica reverta em ganhos operacionais por meio de:

- **Criação e Monitoramento de Protocolos Assistenciais:** Adesão estrita a protocolos (Sepse, AVC, IAM, TEV) para padronizar condutas e aumentar a segurança do paciente.
- **Cumprimento de Metas do DRG (*Diagnosis Related Groups*):** Treinamento exaustivo para o preenchimento qualificado de prontuários. A correta codificação de comorbidades e evoluções garantirá que a complexidade assistencial real seja faturada, elevando o *Case Mix Index* do HRCL.
- **Relacionamento com Prestadores:** Desenvolvimento de competências para a interface técnica com laboratórios, serviços de imagem e prestadores de hemodiálise, assegurando o uso racional de recursos e OPMEs.

4. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

- **Mês 1-2:** Elaboração dos Projetos Pedagógicos (PPC) junto ao MEC/CNRM e CNRMS; estruturação formal da COREME.
- **Mês 3-4:** Seleção e treinamento do corpo de preceptores locais; adequação de infraestrutura acadêmica.
- **Mês 5:** Publicação dos editais de seleção.
- **Mês 6:** Processo seletivo e matrícula.
- **Mês 7:** Início do Ano Letivo e integração institucional.

Juiz De Fora, 26 de março de 2026

EDUARDA FREDERICO DUARTE
ARANTES:1004117264
7

Assinado de forma digital por
EDUARDA FREDERICO DUARTE
ARANTES:1004117264
Dados: 2026.03.26 18:53:01
-03'00'

INSTITUTO DE SAÚDE HSVP - MERCES
CNPJ: 22.488.241/0001-64

ANEXO I – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS POR LINHAS DE CUIDADOS

LINHA DE CUIDADO AO PACIENTE COM HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Protocolos de Manejo e Integração em Rede no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

A implementação de uma Linha de Cuidado (LC) para a Hemorragia Digestiva Alta (HDA) no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL) representa um marco na estruturação da assistência de média e alta complexidade para a Macrorregião de Saúde Centro-Sul de Minas Gerais. Este documento estabelece as diretrizes clínicas, operacionais e de governança para o atendimento integral de pacientes com quadros hemorrágicos originados proximalmente ao ângulo de Treitz, integrando o hospital regional a uma rede de 51 municípios e aproximadamente 800 mil habitantes. A HDA, caracterizada clinicamente por hematêmese ou melena, é uma das emergências gastroenterológicas mais frequentes nos serviços de saúde brasileiros, exigindo uma resposta rápida que minimize a mortalidade, a qual pode atingir taxas expressivas em pacientes hospitalizados sem suporte adequado.

Fundamentos Institucionais e Geopolítica da Saúde na Região Centro-Sul

A construção e a operacionalização do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete são resultados de um esforço conjunto do Governo do Estado de Minas Gerais, impulsionado financeiramente pelo Acordo Judicial de Reparação de Brumadinho. Este contexto não apenas assegura o aporte de recursos para a conclusão das obras físicas, iniciadas originalmente em 2010, mas também define um modelo de gestão via concessão onerosa a entidades filantrópicas de direito privado, visando a eficiência administrativa e a qualidade assistencial exigida pelo Programa Valora Minas. A localização estratégica da unidade, na Rodovia MG 129, KM 206, no local denominado "Morro das Minas", permite que o hospital atue como um polo de resolubilidade para vazios assistenciais históricos no território.

O perfil assistencial do HRCL foi pactuado para suprir demandas de urgência e emergência, cirurgia geral, ortopedia, urologia e neurologia, integrando leitos de internação clínica e intensiva. No que tange à gastroenterologia, a capacidade de resposta à HDA é fundamental, dado que a incidência anual desta patologia varia de 48 a 160 casos por 100.000 habitantes, sendo a doença ulcerosa péptica e as varizes esofágicas as principais etiologias observadas. A estruturação física do hospital, conforme detalhado no projeto arquitetônico, contempla áreas críticas para o sucesso da linha de cuidado, como o Pronto Atendimento, a UTI Adulto com 20 leitos e um Bloco Cirúrgico equipado com quatro salas para intervenções de resgate.

Integração Regional e Fluxos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A Linha de Cuidado de HDA do HRCL não opera de forma isolada, mas sim como o ponto terciário de uma rede que começa na Atenção Primária à Saúde (APS) e passa pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) municipais. A coordenação deste fluxo é realizada pelo sistema SUS-FácilMG, que gerencia a regulação do acesso aos leitos hospitalares em situações de urgência e emergência.⁹ O hospital regional deve atuar como referência para a Macrorregião Centro-Sul, que possui Barbacena como polo macrorregional, mantendo uma integração fluida com as microrregiões de Conselheiro Lafaiete, Congonhas e São João Del Rei.

A integração com a APS é essencial para a profilaxia primária. As equipes de Saúde da Família nos 51 municípios devem atuar no controle de fatores de risco, como a infecção por *Helicobacter pylori*, o uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e o manejo clínico da cirrose hepática, que são as bases fisiopatológicas da maioria dos sangramentos. Quando um sangramento agudo ocorre, a transição do paciente para o ambiente hospitalar deve ser mediada pelo SAMU 192, seguindo protocolos nacionais de suporte básico e avançado de vida.

Protocolo I: Manejo do Quadro Agudo (Emergência e Estabilização)

O sucesso no tratamento da HDA depende da rapidez da intervenção inicial. O manejo agudo no HRCL prioriza a estabilização hemodinâmica sobre o

diagnóstico etiológico imediato. O atendimento deve ser iniciado na Sala Vermelha do Pronto Atendimento, onde a equipe multidisciplinar aplica a lógica do suporte avançado de vida.

Avaliação Hemodinâmica e Reanimação Volêmica

A primeira etapa consiste na avaliação do estado de choque. Pacientes com HDA leve podem apresentar apenas taquicardia leve, enquanto quadros graves manifestam hipotensão severa, extremidades frias, obnubilação e síncope. A monitorização de sinais vitais deve ser contínua. É mandatória a obtenção de dois acessos venosos periféricos de grosso calibre (14G ou 16G) para a infusão rápida de cristaloides. A expansão volêmica visa manter uma Pressão Arterial Sistólica (PAS) superior a 100 mmHg e uma frequência cardíaca inferior a 100 bpm.

A reposição volêmica deve ser criteriosa; a reanimação excessiva pode elevar a pressão venosa portal e favorecer o ressangramento, especialmente em casos de varizes esofágicas. No que tange à hemotransfusão, a diretriz para o HRCL segue uma estratégia restritiva, indicando o concentrado de hemácias quando a hemoglobina (Hb) atinge valores inferiores a 7 g/dL, com alvo de manutenção entre 7 e 9 g/dL. Exceções são feitas para pacientes com cardiopatia isquêmica grave, onde o alvo de Hb deve ser mantido acima de 9 g/dL.

Parâmetro Clínico	Alvo na Reanimação Aguda	Justificativa Clínica
Pressão Arterial Sistólica	> mmHg	Garantir perfusão de órgãos nobres
Frequência Cardíaca	< bpm	Redução do trabalho cardíaco e estresse circulatório

Hemoglobina (Geral)	7 – g/dL	Estratégia restritiva reduz risco de ressangramento
Diurese Horária	0.5 mL/kg/h	Monitoramento indireto da função renal e perfusão

Estratificação de Risco e Terapia Farmacológica Pré-Endoscópica

A estratificação de risco é realizada através do Escore de Glasgow-Blatchford (GBS) na admissão, que utiliza parâmetros como ureia, hemoglobina e pressão arterial para prever a necessidade de intervenção urgente. Pacientes com GBS elevado são priorizados para a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) precoce. Paralelamente, inicia-se a terapia medicamentosa empírica baseada na suspeita clínica. Em casos de provável origem não-varicosa (úlcera péptica), administra-se um Inibidor de Bomba de Prótons (IBP) em altas doses: omeprazol 80 mg intravenoso (IV) em bolus, seguido de infusão contínua de 8 mg/h por 72 horas. A alcalinização do pH gástrico (> 6) é essencial para a estabilização do coágulo plaquetário.

Para pacientes com suspeita de HDA varicosa (portadores de cirrose ou sinais de hipertensão portal), deve-se iniciar precocemente drogas vasoativas como a terlipressina (2 mg a cada 4 horas) ou o octreotide (50 mcg em bolus seguido de 50 mcg/h). A profilaxia antibiótica é obrigatória nestes casos, preferencialmente com Ceftriaxona 1 g IV ao dia, para prevenir translocação bacteriana e peritonite, reduzindo significativamente a mortalidade intra-hospitalar.

Protocolo II: Manejo Pós-Intervenção (Cuidados Hospitalares e Recuperação)

A Endoscopia Digestiva Alta é o padrão-ouro tanto para o diagnóstico quanto para o controle hemostático inicial, devendo ser realizada preferencialmente em até 24 horas após a admissão do paciente estável. Após a intervenção, o paciente é encaminhado para a UTI ou enfermaria, dependendo da classificação endoscópica da lesão e da estabilidade clínica.

Monitoramento Baseado na Classificação de Forrest

A conduta pós-endoscópica para úlceras pépticas é regida pela Classificação de Forrest. Pacientes classificados como Forrest IA (sangramento arterial em jato) ou IB (sangramento em "baba") apresentam risco de ressangramento superior a 50% e devem ser monitorados em ambiente de terapia intensiva por pelo menos 72 horas. Lesões Forrest IIA (vaso visível não sangrante) também exigem vigilância estrita, enquanto pacientes Forrest III (base limpa) podem receber alta precoce com medicação oral.

O acompanhamento inclui a observação clínica para sinais de ressangramento, como nova hematêmese, queda súbita da pressão arterial ou elevação da ureia plasmática. Em caso de falha terapêutica endoscópica inicial ou ressangramento volumoso, o HRCL deve estar pronto para realizar uma segunda EDA ou, em última instância, intervenção cirúrgica de resgate no Bloco Cirúrgico, onde a gastrectomia parcial ou a ligadura direta do vaso são opções viáveis.

Reintrodução Alimentar e Manejo Farmacológico na Internação

A dieta deve ser mantida em jejum absoluto nas primeiras 24 a 48 horas para pacientes de alto risco (Forrest I e IIA). Pacientes com lesões estáveis podem iniciar dieta líquida leve em 6 a 12 horas pós-EDA. A manutenção do IBP intravenoso por 72 horas reduziu comprovadamente as taxas de ressangramento e a necessidade de cirurgia. Após este período, a transição para IBP por via oral (20 mg a 40 mg, duas vezes ao dia) é o padrão para o restante da internação.

Para o paciente cirrótico, o manejo pós-agudo foca na prevenção de recidivas e encefalopatia. O uso de lactulona e enemas de limpeza auxilia na eliminação do sangue intraluminal, reduzindo a carga proteica e a produção de amônia. A introdução de betabloqueadores não seletivos (propranolol) deve ocorrer assim que houver estabilidade hemodinâmica, visando a profilaxia secundária das varizes.

Protocolo III: Manejo Crônico e Preventivo (APS e Seguimento Regional)

A alta hospitalar marca o início da fase crônica da linha de cuidado, onde o foco se desloca da sobrevivência imediata para a prevenção de novos episódios. Esta etapa exige uma coordenação estreita entre o ambulatório do HRCL, os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) e a rede de Atenção Primária à Saúde dos municípios de origem.

Profilaxia Secundária e Erradicação da *H. pylori*

Pacientes que sofreram HDA por úlcera gastroduodenal devem obrigatoriamente realizar o teste para *Helicobacter pylori*. Se positivo, o tratamento de erradicação com a terapia tripla (Omeprazol, Amoxicilina e Claritromicina por 14 dias) é fundamental para prevenir a recorrência ulcerosa. O monitoramento do sucesso da erradicação deve ser planejado pela APS local após o término do tratamento.

No manejo das varizes esofágicas, o paciente deve ser referenciado para o ambulatório de gastroenterologia do HRCL ou para o CEAE em Conselheiro Lafaiete para sessões programadas de ligadura elástica até a erradicação completa das varizes. AAPS deve garantir que o paciente mantenha o uso do betabloqueador e realize os exames de função hepática periodicamente.

Gestão de Antiagregantes e Anticoagulantes

Um desafio comum na fase crônica é o manejo de pacientes que necessitam de Ácido Acetilsalicílico (AAS) ou anticoagulantes devido a riscos cardiovasculares. O protocolo do HRCL recomenda o reinício do AAS em baixa dose (75-100 mg) assim que a hemostasia endoscópica seja considerada segura, geralmente 3 a 7 dias após o evento, sempre associado a um IBP para proteção da mucosa gástrica. A decisão sobre anticoagulantes orais deve ser individualizada, pesando o risco de trombose versus o risco de novo sangramento, mas com tendência ao reinício precoce sob vigilância.

A tabela abaixo resume as atribuições de cada ponto de atenção na fase crônica da HDA:

Ponto de Atenção	Responsabilidade Principal	Ações Específicas
Atenção Primária (APS)	Coordenação do Cuidado	Monitoramento de adesão a IBP/Betabloqueador; Erradicação de <i>H. pylori</i> ; Mudança de estilo de vida
Ambulatório HRCL	Seguimento Pós-Alta Temporário	Revisão de intercorrências da internação; Planejamento de sessões de ligadura
CEAE / Secundária	Especialidades Médicas	Consultas com Gastroenterologista; Realização de EDA de controle; Manejo de Hepatopatias
Farmácia de Minas	Dispensação de Medicamentos	Fornecimento de IBPs e fármacos de alto custo para condições associadas

Integração Digital e Regulação SUS-FácilMG

A fluidez da Linha de Cuidado depende da informação. O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete deve implementar sistemas de Tecnologia da Informação que permitam a utilização de prontuário eletrônico em 100% das atividades assistenciais. Este registro deve ser acessível para a regulação estadual, facilitando o fluxo de contrarreferência para os municípios. O sistema SUS-FácilMG é o "nervo central" deste processo, permitindo que o médico regulador visualize a disponibilidade de leitos e a gravidade clínica do paciente em tempo real.

O Projeto Regulação 4.0 do Governo de Minas Gerais busca modernizar este acesso, reduzindo o tempo de espera para transferências e melhorando a marcação de consultas especializadas pós-internação. Para o paciente com

HDA, o conceito de "Vaga Zero" é aplicado em situações de extrema gravidade, onde o hospital regional, como ponto de maior complexidade, não pode recusar o acolhimento imediato de casos com risco iminente de morte.

Sustentabilidade Financeira e Gestão por Indicadores

A viabilidade da Linha de Cuidado no HRCL está inserida na política Valora Minas, que estabelece um modelo de financiamento baseado no desempenho e na relevância macrorregional da unidade. Diferente dos modelos tradicionais de pagamento por procedimento (tabela SUS), o Valora Minas utiliza incentivos fixos e variáveis condicionados ao cumprimento de metas de qualidade e eficiência assistencial.

O Uso da Metodologia DRG (Diagnosis Related Groups)

O edital de concessão do HRCL exige que a entidade gestora utilize a metodologia de Diagnosis Related Groups (DRG) para monitorar a qualidade e o desempenho assistencial a partir do primeiro ano de operação. O DRG permite classificar os pacientes com HDA conforme a gravidade e o consumo de recursos, possibilitando comparações internacionais e nacionais de eficiência hospitalar. Este monitoramento é essencial para garantir que o hospital esteja operando dentro dos padrões esperados e que os recursos públicos sejam otimizados na prestação de serviços 100% SUS.

Os indicadores de monitoramento do contrato de concessão, vitais para a avaliação da linha de cuidado, incluem:

Indicador de Monitoramento	Meta Esperada	Justificativa
Tempo para Realização de EDA	100% em até 24h	Redução de mortalidade e tempo de internação
Taxa de Ressangramento intra-hospitalar	<	Avaliação da eficácia da técnica endoscópica inicial

Índice de Contrarreferência para APS	>	Garantia da continuidade do cuidado regional
Adesão à Profilaxia de PBE em Cirróticos	100%	Redução de complicações graves em pacientes vulneráveis

Considerações Finais e Perspectivas de Futuro

A estruturação da Linha de Cuidado ao paciente com Hemorragia Digestiva Alta no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete estabelece um novo padrão de integração para a região Centro-Sul de Minas Gerais. Ao unificar protocolos de manejo agudo, pós-intervenção e crônico, o sistema garante que a tecnologia hospitalar de ponta esteja a serviço de uma rede que valoriza o acompanhamento longitudinal na atenção primária.

A finalização das obras do HRCL, com a inclusão de equipamentos modernos financiados pela SES-MG, e a gestão por resultados proposta pelo edital de concessão, criam as condições ideais para que a unidade se torne uma referência em gastroenterologia de urgência. O sucesso desta LC dependerá, em última instância, da capacidade de comunicação entre os entes federados e da robustez do sistema de regulação, assegurando que o paciente com HDA, independentemente de onde esteja na macrorregião, tenha acesso ao tratamento correto no tempo oportuno.

Referências citadas

1. Governo de Minas vistoria obras do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, acessado em março 26, 2026, <https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/governo-de-minas-vistoria-obras-do-hospital-regional-de-conselheiro-lafaiete>
2. Governo de Minas detalha cronograma para entrega do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete - SEINFRA, acessado em março 26, 2026, <http://www.infraestrutura.mg.gov.br/resolucoes-conjuntas/story/3365-governo-de-minas-detalha-cronograma-para-entrega-do-hospital-regional-de-conselheiro-lafaiete>
3. Protocolo Clínico e de Regulação para Hemorragia Digestiva Alta | HU USP, acessado em março 26, 2026, https://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/176/2017/06/432_Digestiva_Diversas_protocolo_clinico_e_de_regulacao_do_acesso_para_hemorragia_digestiva_alta.p

- [df](#)
4. Fatores de risco e prevenção primária da hemorragia digestiva alta: revisão integrativa, acessado em março 26, 2026, <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/24681/23306/311925>
 5. Hemorragia digestiva alta: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento - Sanarmed, acessado em março 26, 2026, <https://sanarmed.com/resumo-de-hemorragia-digestiva-alta-epidemiologia-fisiopatologia-diagnostico-e-tratamento/>
 6. Edital Regional de Lafaiete.pdf
 7. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.765, 28 DE JUNHO DE 2024 | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=26094-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-765-28-de-junho-de-2024?layout=print
 8. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS (PDR/MG), acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/Plano-Diretor-de-Regionalizacao-Revisao-2023.pdf>
 9. Tutorial para utilização do SUSfácilMG pelos estabelecimentos solicitantes, acessado em março 26, 2026, https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Tutorial_SUSfacilMG_Estabelecimento_Solicitante-d96.pdf
 10. Tutorial para utilização do SUSfácilMG pelas Centrais de Regulação - Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2023/12/Tutorial-SUSfacilMG-Centrais-de-Regulacao-90e.pdf>
 11. Minas Lança Linha De Cuidado Para O Tratamento De Pessoas Com Sobrepeso Ou Obesidade - Secretaria de Estado de Saúde, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/noticias/minas-lanca-linha-de-cuidado-para-o-tratamento-de-pessoas-com-sobrepeso-ou-obesidade/>
 12. Protocolos de Suporte Básico de Vida - Ministério da Saúde, acessado em março 26, 2026, https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf
 13. SAMU 192 - Protocolos de Regulação das Urgências - BVS, acessado em março 26, 2026, <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1366334/normas-de-conduta-tecnica-e-gestora-volume-2.pdf>
 14. PROTOCOLO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, acessado em março 26, 2026, https://imip-sistemas.org.br/sistemas/scriptcase_producao_v9/file/doc/redoma/902/IMIP-PC-INS-035_Protocolo%20Hemorragia%20Digestiva%20Alta.pdf
 15. HDA in the Emergency Room: ABCDE, Shock and Initial Management - YouTube, acessado em março 26, 2026, <https://www.youtube.com/watch?v=8jGPdsqv25g>

16. Protocolo de Manejo de las hemorragias digestivas altas. Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, acessado em março 26, 2026, https://www.chospab.es/area_medica/medicinainterna/PROTOCOLOS/hemorragias.htm
17. Manejo do paciente com Hemorragia Digestiva Alta - Medway, acessado em março 26, 2026, <https://www.medway.com.br/conteudos/manejo-do-paciente-com-hemorragia-digestiva-alta/>
18. Guía práctica para el manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa - Revista Emergencias, acessado em março 26, 2026, https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2013_25_6_472-481.pdf
19. Hemorragia gastrointestinal - Asociación Española de Gastroenterología, acessado em março 26, 2026, <https://www.aegastro.es/documents/pdf/Manual-de-pr%C3%A1ctica-Cl%C3%ADnica-en-Gastroenterolog%C3%ADa-y-Hepatolog%C3%ADa-Ejemplo-de-cap%C3%ADtulo.pdf>
20. NORMAS PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, acessado em março 26, 2026, <https://www.colmed9.com.ar/Monografias/EI%20manejo%20de%20la%20hemorragia%20digestiva%20alta.pdf>
21. Manejo de la hemorragia digestiva alta en Urgencias - Revista Emergencias, acessado em março 26, 2026, https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2002_14_1_S19-27.pdf
22. hemorragia digestiva alta | bvs, acessado em março 26, 2026, <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882667/hemorragia-digestiva-alta.pdf>
23. Hemorragia digestiva: manejo fundamentado na medicina baseada - Revistas PUC-SP, acessado em março 26, 2026, <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/651/pdf/65777>
24. 1º Consenso de Hemorragia Digestiva Alta Varicosa Principais Recomendações do Relatório. - Sociedade Brasileira de Hepatologia, acessado em março 26, 2026, https://www.sbhepatologia.org.br/pdf/consensos/consenso_hemorragia.pdf
25. Hemorragia Digestiva Alta Varicosa: Relatório do 1º Consenso da Sociedade Brasileira de Hepatologia, acessado em março 26, 2026, <https://sbhepatologia.org.br/pdf/consensos/consenso1.pdf>
26. Secretaria De Saúde Lança Linha De Cuidado à Pessoa Adulta Com Sobrepeso E Obesidade No SUS-MG | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/noticias/secretaria-de-saude-lanca-linha-de-cuidado-a-pessoa-adulta-com-sobrepeso-e-obesidade-no-sus-mg/>
27. Centro Estadual De Atenção Especializada (CEAE) | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/ceae/>
28. Saúde | Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete, acessado em março 26, 2026, <https://conselheirolafaiete.mg.gov.br/v2/saude/>

29. Assistência à pessoa com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde - UFMG, acessado em março 26, 2026, <https://repositorio.ufmg.br/items/d1453265-7a68-480f-a6d8-d265eb225e44>
30. Hemorragia - BVS Atenção Primária em Saúde, acessado em março 26, 2026, <https://aps-repo.bvs.br/decs/hemorragia/>
31. Componente Especializado Da Assistência Farmacêutica | CEAF | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentos/ceaf/>
32. RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS, acessado em março 26, 2026, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/renome/renome-2024>
33. Novo sistema de acesso à rede estadual de saúde é apresentado em audiência - Assembleia Legislativa de Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Novo-sistema-de-acesso-a-rede-estadual-de-saude-e-apresentado-em-audiencia/>
34. Valora Minas | Atos Normativos | Secretaria De Estado De Saúde ..., acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/atos-normativos/>
35. o cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolid, acessado em março 26, 2026, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

LINHA DE CUIDADO AO PACIENTE COM DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO

Protocolos e Integração em Rede no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

Esta Linha de Cuidado (LC) estabelece o modelo de atendimento para pacientes com déficits neurológicos agudos na Macrorregião de Saúde Centro-Sul de Minas Gerais, tendo o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL) como unidade de referência para média complexidade e suporte neurológico. O objetivo é assegurar a continuidade do cuidado, desde o reconhecimento precoce na Atenção Primária à Saúde (APS) até a reabilitação pós-alta, integrando os 51 municípios e cerca de 800 mil habitantes da região.

1. Integração Regional e Fluxo da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A LC de Neurologia do HRCL opera em rede, utilizando o sistema **SUS-FácilMG** para regulação de leitos e o projeto **Regulação 4.0** para agilização de consultas especializadas.

- **Atenção Primária (APS):** Porta de entrada para o controle de fatores de risco (HAS, Diabetes, Tabagismo) e acompanhamento longitudinal pós-evento agudo.
- **Serviços de Urgência (SAMU 192 / UPA):** Responsáveis pela triagem inicial ("Protocolo SAMU") e transporte prioritário para o HRCL.
- **Hospital Regional (HRCL):** Atua como Centro de Atendimento de Urgência para AVC (Tipo I ou II) e suporte neurocirúrgico de média complexidade.
- **Referência de Alta Complexidade:** Casos que exijam neurocirurgia vascular complexa (ex: Hemorragia Subaracnóidea Aneurismática) ou trombectomia mecânica serão referenciados via SUS-Fácil para o polo macrorregional em Barbacena ou Belo Horizonte.

2. Protocolo I: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi)

O HRCL deve operar sob a lógica do "Tempo é Cérebro", utilizando sua capacidade de **Angiotomografia 24h** para diagnóstico diferencial e exclusão de hemorragias.

Manejo Agudo (Fase Hospitalar)

1. **Triagem e Estabilização:** Escala de Cincinnati na triagem e aplicação da escala **NIHSS** na admissão. Jejum absoluto e cabeceira a 0° (ou 30° se risco de aspiração).
2. **Terapia Trombolítica:** Administração de Alteplase EV (dose total 0,9 mg/kg) se o início dos sintomas for $< 4,5$ horas, respeitando os critérios de inclusão/exclusão. A monitorização de PA deve ser rigorosa (alvo $< 185/110$ mmHg para trombolisar).
3. **Investigação Etiológica:** Realização de Angio-TC de crânio e vasos cervicais para identificar oclusões de grandes vasos.

Fluxo para Alta Complexidade

- Pacientes com oclusão de grande vaso detectada na Angio-TC e janela para **Trombectomia Mecânica** (até 24h em casos selecionados) devem ter transferência imediata via "Vaga Zero" para centro de referência terciário.

3. Protocolo II: Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCh)

O foco no AVCh no HRCL é a prevenção de lesão secundária e o controle de complicações clínicas, visto que o hospital possui suporte de UTI Adulto.

Manejo Clínico e Estabilização

1. **Controle de Pressão Arterial:** Redução agressiva e precoce da PAS para alvos entre 140 mmHg e 160 mmHg (uso de Nitroprussiato ou Metoprolol EV se necessário).
2. **Manejo de Hipertensão Intracraniana (HIC):** Emprego de medidas

osmóticas (Manitol ou Salina Hipertônica) e monitorização neurológica seriada.

3. **Neurocirurgia de Médica Complexidade:** O HRCL está apto para realizar **Drenagem de Hematomas** intraparenquimatosos lobares superficiais ou **Drenagem Ventricular Externa (DVE)** em casos de hidrocefalia aguda obstrutiva.

Exclusão Crítica

- A suspeita de **HSA Aneurismática** (cefaleia súbita "em trovoada") exige Angio-TC imediata. Confirmado o aneurisma, o paciente deve ser transferido para serviço de Alta Complexidade para clipagem ou embolização, devido à ausência de infraestrutura cirúrgica para esta patologia específica no HRCL.

4. Protocolo III: Hemorragia Subdural Crônica (HSDC)

Patologia prevalente em idosos e usuários de anticoagulantes, sendo uma das principais demandas cirúrgicas de média complexidade do HRCL.

Conduta Clínica e Cirúrgica

1. **Diagnóstico:** Tomografia sem contraste (padrão-ouro), evidenciando coleção hipodensa em formato de "lua crescente".
2. **Intervenção:** O HRCL realizará a **Trepanação com dois orifícios** e sistema de drenagem fechado, técnica de alta resolutividade e baixo índice de complicações para o nível secundário.
3. **Reversão de Coagulopatias:** Correção obrigatória de INR (alvo $< 1,25$) antes da intervenção em pacientes usuários de Varfarina ou novos anticoagulantes.

5. Protocolo IV: Trombose de Seio Venoso Cerebral (TVC)

Condição que exige alto índice de suspeita, especialmente em mulheres jovens, gestantes ou pacientes com estados protrombóticos.

Manejo no HRCL

1. **Confirmação Diagnóstica:** O uso da **Angio-TC fase venosa** é mandatário para visualizar a falha de enchimento (sinal do "delta vazio") nos seios durais.
2. **Tratamento Anticoagulante:** Início imediato com Heparina de Baixo Peso Molecular (Enoxaparina) em dose plena, mesmo na presença de pequenos infartos hemorrágicos venosos.
3. **Transição para Oral:** Seguimento com Varfarina (alvo RNI 2,0-3,0) ou DOACs, conforme protocolos da American Heart Association 2024 adaptados ao SUS.

6. Pós-Intervenção e Seguimento Ambulatorial

A continuidade do cuidado após a fase aguda hospitalar é garantida através de dois eixos principais:

Ambulatório Temporário do HRCL

- Destinado a revisões cirúrgicas (HSDC), ajuste fino de anticoagulação e acompanhamento de curta duração para pacientes que realizaram trombólise.
- **Prazo:** Acompanhamento por até 90 dias antes da contrarreferência definitiva para a rede regional.

Integração APS e CEAE

- **APS:** Realiza a reabilitação motora e fonoaudiológica através do e-Multi e monitora a adesão à profilaxia secundária (Estatinas, Antiagregantes).
- **CEAE Conselheiro Lafaiete:** Suporte especializado em Neurologia para casos de epilepsia pós-AVC ou déficits cognitivos residuais.

7. Indicadores de Desempenho (Valora Minas)

O monitoramento da linha de cuidado no HRCL será realizado via metodologia **DRG** e indicadores específicos:

Indicador	Meta	Justificativa
Tempo Porta-Tomografia	< min	Agilidade diagnóstica no AVC
Taxa de Trombólise em AVCi	>	Eficácia do atendimento agudo
Tempo de Permanência HSDC	< dias	Eficiência do giro de leitos
Índice de contrarreferência	>	Integração com os 51 municípios

Referências citadas

1. Governo de Minas vistoria obras do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, acessado em março 26, 2026, <https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/governo-de-minas-vistoria-obras-do-hospital-regional-de-conselheiro-lafaiete>
2. Governo de Minas detalha cronograma para entrega do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete - SEINFRA, acessado em março 26, 2026, <http://www.infraestrutura.mg.gov.br/resolucoes-conjuntas/story/3365-governo-de-minas-detalha-cronograma-para-entrega-do-hospital-regional-de-conselheiro-lafaiete>
3. Protocolos de Suporte Básico de Vida - Ministério da Saúde, acessado em março 26, 2026, https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf
4. Novo sistema de acesso à rede estadual de saúde é apresentado em audiência - Assembleia Legislativa de Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.almg.gov.br/comunicacao/noticias/arquivos/Novo-sistema-de-acesso-a-rede-estadual-de-saude-e-apresentado-em-audiencia/>
5. Edital Regional de Lafaiete.pdf

PLANO ESTRUTURADO PARA A LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA E AGRAVOS CARDIOVASCULARES

Protocolos Clínicos, Diretrizes Operacionais e Governança para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

A estruturação da Linha de Cuidado do Paciente com Dor Torácica e outros sinais e sintomas do aparelho cardiovascular para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete representa uma iniciativa de caráter estratégico e transformador para a saúde pública da Macrorregião Centro-Sul de Minas Gerais. O projeto fundamenta-se na necessidade premente de reduzir a morbimortalidade associada às doenças isquêmicas do coração, que atualmente configuram uma das principais causas de óbito no estado, registrando-se, em 2024, a ocorrência de uma morte por infarto a cada dezessete minutos. A implementação desta linha de cuidado no âmbito de uma unidade regional de saúde de alta complexidade visa não apenas a agilidade diagnóstica, mas a garantia de um fluxo assistencial integrado que perpassa desde o acolhimento primário até a reabilitação pós-evento, assegurando que cada elo da rede de atenção às urgências funcione de maneira síncrona e baseada em evidências científicas contemporâneas.

Diagnóstico Regional e Justificativa Estratégica

A Macrorregião de Saúde Centro-Sul possui uma população estimada em 770.043 habitantes, distribuídos em cinquenta e um municípios que dependem da articulação de quatro microrregiões de saúde: Barbacena, Congonhas, São João Del Rei e Conselheiro Lafaiete. Historicamente, a região enfrenta desafios relacionados à resolubilidade na atenção terciária, apresentando uma taxa de resolubilidade interna de aproximadamente 71,6%,

o que indica que uma parcela significativa dos pacientes críticos ainda necessita de deslocamentos para polos distantes para obter tratamento especializado. O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL), inserido neste vácuo assistencial, surge como o ponto de atenção capaz de absorver a demanda reprimida e atuar como referência para procedimentos de média e alta complexidade, reduzindo o tempo médio de deslocamento que, em certas áreas da macro, chega a ser superior a uma hora e dezessete minutos até o polo de Barbacena.

O impacto das doenças cardiovasculares em Minas Gerais é expressivo, correspondendo a cerca de vinte e cinco por cento do total de óbitos no território mineiro. Diante deste cenário, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) instituiu o projeto estratégico Linha de Resposta Rápida, que visa fortalecer a prevenção e a agilidade no atendimento hospitalar para casos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e traumas. A estruturação da linha de cuidado no HRCL está intrinsecamente ligada a este projeto, estabelecendo prazos máximos para exames essenciais e procedimentos de reperfusão, visto que cada minuto de atraso no atendimento de um infarto pode representar a perda de até onze dias de expectativa de vida para o paciente.

Perfil Assistencial e Estrutura Hospitalar

A pactuação do perfil assistencial do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, homologada na CIB-SUS-MG, define a vocação da unidade para o atendimento de urgência e emergência, com foco em especialidades que incluem cardiologia, neurologia, ortopedia e cirurgia geral. O projeto arquitetônico, distribuído em quatro pavimentos, foi concebido para privilegiar o fluxo do paciente cardiovascular crítico. A localização estratégica das áreas de choque e terapia intensiva no primeiro pavimento visa minimizar o tempo de transporte interno, garantindo que o paciente admitido com dor torácica ou em parada cardiorrespiratória receba intervenção avançada de forma imediata.

Pavimento	Setor Estratégico	Detalhamento Assistencial Relacionado à Linha de Cuidado
Subsolo	Apoio Técnico e Logístico	Farmácia clínica, Laboratório de biomarcadores e Centro de Material e Esterilização (CME).
1º Pavimento	Emergência e Alta Complexidade	Recepção, Classificação de Risco, Salas de Shock Room, Sala Vermelha, CTI e Bloco Cirúrgico.
2º Pavimento	Administração e Apoio	Gestão de prontuários eletrônicos (PEP), salas de diretoria e áreas técnicas de suporte.
3º Pavimento	Internação e Enfermarias	Leitos de enfermaria adulto e quartos de isolamento para estabilização pós-crítica.

Fonte: Anexo I-A do Projeto Arquitetônico do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete.

A capacidade instalada prevista para o hospital contempla noventa e sete leitos, sendo que vinte destes são destinados ao Centro de Terapia Intensiva (CTI), fundamentais para a manutenção dos pacientes pós-reperfusão e para o suporte avançado após manobras de ressuscitação cardiopulmonar bem-sucedidas. A integração física entre o pronto atendimento, o setor de imagem e o CTI é um diferencial logístico que permite ao hospital cumprir as metas de tempo estabelecidas pelas diretrizes nacionais e internacionais de cardiologia.

Modelo de Gestão e Sustentabilidade Financeira

A operacionalização do HRCL será conduzida por meio de uma concessão de uso a entidades de direito privado sem fins lucrativos de cunho filantrópico.⁴

Este modelo foi selecionado após estudos técnicos preliminares indicarem que a gestão por entidades filantrópicas oferece a melhor relação entre eficiência administrativa e qualidade assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo uma descentralização da gestão que favorece a agilidade na contratação de equipes e aquisição de insumos críticos.

A sustentabilidade financeira da unidade será viabilizada pelo financiamento tripartite, envolvendo aportes federais, estaduais e municipais. O Estado de Minas Gerais, por meio da política hospitalar Valora Minas, inseriu o HRCL em módulos específicos que garantem recursos vinculados ao desempenho e à entrega de valor à população.

Módulo de Financiamento	Finalidade no Hospital Regional	Impacto na Linha de Cuidado Cardiovascular
Hospitais Regionais	Apoio ao início das atividades e inserção em Redes Temáticas.	Garante recursos para a fase de abertura e escalonamento de leitos de CTI.
Valor em Saúde	Cofinanciamento baseado em resultados e metas de qualidade.	Vincula o repasse financeiro ao cumprimento de indicadores como o tempo porta-ECG.
Recurso de Partida	Aporte pontual para adequações e despesas operacionais iniciais.	Permite a aquisição de equipamentos de monitorização e suporte avançado.
Opera Mais Minas	Cofinanciamento de cirurgias eletivas e procedimentos de gargalo.	Incentiva a realização de cirurgias vasculares e procedimentos cardiológicos eletivos.

Fonte: Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.765 e Política Valora Minas.

A gestão por indicadores será o cerne da governança clínica do hospital. O monitoramento semestral nos primeiros três anos de concessão focará na adesão às políticas estaduais de saúde e no desempenho assistencial, medido pela metodologia DRG (Diagnosis Related Groups), que permite avaliar a eficiência do uso dos leitos e a segurança do paciente cardíaco através da complexidade dos casos atendidos.

Protocolo de Atendimento ao Paciente com Dor Torácica e IAM

A estruturação da Linha de Cuidado para pacientes com dor torácica no HRCL visa sistematizar o atendimento desde o primeiro contato no pronto atendimento, garantindo que a suspeita clínica de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) seja confirmada ou descartada no menor tempo possível. O protocolo assistencial deve ser rigorosamente seguido por toda a equipe multidisciplinar, priorizando o reconhecimento precoce e a intervenção ágil para minimizar danos ao miocárdio.

Acolhimento e Classificação de Risco (Manchester)

Todo paciente que procura o hospital com queixa de dor torácica aguda deve ser imediatamente encaminhado para o Acolhimento com Classificação de Risco. O protocolo de Manchester estabelece que o tempo entre a chegada e a triagem não deve exceder dez minutos. Durante este processo, o enfermeiro triador deve estar atento aos descritores de dor típica: dor retroesternal em aperto, opressão ou queimação, que pode irradiar para o membro superior esquerdo, mandíbula ou dorso, frequentemente acompanhada de sintomas vegetativos como náuseas e sudorese.

Pacientes com dor típica ou apresentações atípicas em grupos de risco (idosos, diabéticos e mulheres) devem ser classificados como prioridade Vermelha ou Laranja, gerando o acionamento imediato do "Protocolo de Dor Torácica".¹⁰ A partir deste gatilho, a meta absoluta é a realização e interpretação do eletrocardiograma (ECG) de doze derivações em até dez minutos.

Manejo Clínico Inicial e Estratificação

Após a realização do ECG, o paciente é alocado em um dos dois caminhos terapêuticos: Infarto com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMEST) ou Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SCASST). Para ambos, o manejo inicial MONA/MOV (Morfina, Oxigênio, Nitrato, Aspirina / Monitorização, Oxigênio, Veia) deve ser considerado, respeitando as contraindicações específicas.

Classe de Medicamento	Princípio Ativo e Dosagem de Ataque	Recomendações do Protocolo SES-MG
Antiplaquetário (AAS)	200 a 300 mg (mastigado)	Obrigatório para todos os pacientes sem contraindicação; o ato de mastigar acelera a absorção.
Inibidor P2Y12	Clopidogrel 300 a 600 mg	300 mg se fibrinólise e idade < 75 anos; 600 mg se angioplastia primária; 75 mg se idade ≥ 75 anos.
Anticoagulante	Enoxaparina (conforme idade e peso)	Pacientes < 75 anos: bólus 30 mg EV + 1 mg/kg SC; ≥ 75 anos: apenas 0,75 mg/kg SC.
Nitratos	Isossorbida 5 mg (sublingual)	Alívio da dor anginosa; contraindicado se PAS < 90 mmHg ou uso recente de sildenafil/tadalafila.
Opióides	Morfina 2 a 4 mg (EV diluída)	Reservada para dor refratária aos nitratos; monitorar padrão respiratório.

Fonte: Diretrizes de Manejo de Síndromes Coronarianas Agudas SES-MG.

Terapia de Reperusão no IAMEST

A reperusão precoce é o tratamento definitivo para o IAMEST. No contexto do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, caso não haja disponibilidade de serviço de hemodinâmica para realizar a angioplastia primária em até cento e vinte minutos da chegada, a terapia fibrinolítica (trombólise) deve ser iniciada imediatamente no próprio pronto atendimento. O agente trombolítico padrão distribuído pela SES-MG é a Tenecteplase (TNK-tPA), administrada em bólus único ajustado pelo peso do paciente.

A administração da Tenecteplase deve ocorrer em no máximo trinta minutos após a confirmação do ECG com supra de ST (tempo porta-agulha). O cálculo da dose deve seguir rigorosamente os parâmetros de segurança:

$$\text{Dose TNK (mg)} = \begin{cases} 30 \text{ mg} & \text{se peso} < 60 \text{ kg} \\ 35 \text{ mg} & \text{se peso } 60 - 69 \text{ kg} \\ 40 \text{ mg} & \text{se peso } 70 - 79 \text{ kg} \\ 45 \text{ mg} & \text{se peso } 80 - 89 \text{ kg} \\ 50 \text{ mg} & \text{se peso } \geq 90 \text{ kg} \end{cases}$$

Em pacientes com mais de setenta e cinco anos, o protocolo orienta a redução da dose para metade, visando minimizar o risco de complicações hemorrágicas graves. Após a trombólise bem-sucedida, evidenciada pelo alívio da dor e redução do supra de ST no ECG de controle após sessenta a noventa minutos, o paciente deve ser transferido para um centro de referência para realização de cineangiocoronariografia (estratégia farmacoinvasiva) em um intervalo de duas a vinte e quatro horas.

Fluxo para SCASST e Diagnóstico Diferencial

Para pacientes sem supradesnivelamento de ST, a conduta baseia-se na estratificação de risco utilizando os biomarcadores cardíacos (Troponina). O hospital deve garantir que a coleta de troponina ocorra em até quinze minutos da solicitação e que o resultado esteja disponível em até trinta minutos. Pacientes com troponina positiva ou escores de risco elevados (GRACE ou TIMI) são internados para propedêutica invasiva (cateterismo) em até setenta e duas horas.

O diagnóstico diferencial é crucial, devendo a equipe considerar outras causas graves de dor torácica que podem ser atendidas no hospital, como dissecção aórtica, tromboembolismo pulmonar (TEP) e pneumotórax hipertensivo, utilizando o suporte de imagem (Tomografia) disponível no primeiro pavimento da unidade.

Protocolo de Atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR)

A Parada Cardiorrespiratória é a emergência cardiovascular máxima, exigindo uma resposta coordenada, rápida e baseada nas diretrizes internacionais de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) atualizadas para 2024/2025. O HRCL deve implementar um sistema de resposta rápida ("Código Azul") para garantir que todos os setores assistenciais estejam aptos a realizar as manobras iniciais de ressuscitação até a chegada da equipe de suporte avançado.

Suporte Básico de Vida (BLS) e Reconhecimento

O reconhecimento imediato da PCR baseia-se na ausência de responsividade, ausência de pulso central e presença de respiração agônica ou apneia. Uma vez detectada a PCR, o socorrista deve solicitar ajuda imediata, o desfibrilador externo automático (DEA) e iniciar compressões torácicas de alta qualidade: frequência de cem a cento e vinte por minuto e profundidade de cinco a seis centímetros, permitindo o retorno total do tórax entre as compressões.

Suporte Avançado de Vida (ACLS)

Com a chegada do desfibrilador manual e da equipe de suporte avançado no leito, a conduta é ditada pelo ritmo cardíaco identificado no monitor.

Ritmos Chocáveis: Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP)

A desfibrilação precoce é o único tratamento capaz de reverter esses ritmos. O choque inicial deve ser de cento e vinte a duzentos Joules (bifásico), seguido imediatamente por dois minutos de RCP antes de uma nova checagem de ritmo. A adrenalina (1 mg EV) deve ser administrada a cada três

a cinco minutos, preferencialmente após o segundo choque. Drogas antiarrítmicas como a Amiodarona (dose inicial de 300 mg) ou Lidocaína (1 a 1,5 mg/kg) são indicadas caso o ritmo persista após o terceiro choque.

Ritmos Não Chocáveis: Assistolia e Atividade Elétrica sem Pulso (AESP)

Nesses casos, a prioridade é a administração precoce de Adrenalina 1 mg e a busca incessante pelas causas reversíveis, uma vez que não há indicação de choque.

Categoria	Causa Reversível	Intervenção Sugerida no Protocolo
5 Hs	Hipovolemia	Reposição volêmica agressiva com cristaloides.
	Hipóxia	Via aérea avançada e oxigenação a 100%.
	Hidrogênio (Acidose)	Ventilação adequada e, em casos específicos, Bicarbonato.
	Hipocalemia / Hipercalemia	Correção eletrolítica (Gluconato de Cálcio / Insulina).
	Hipotermia	Aquecimento ativo do paciente.
5 Ts	Tensão no Tórax (Pneumotórax)	Descompressão imediata por agulha ou dreno.
	Tamponamento Cardíaco	Pericardiocentese de emergência.

	Toxinas	Administração de antídotos específicos (ex: Naloxona).
	Trombose Pulmonar (TEP)	Considerar fibrinolíticos se suspeita alta.
	Trombose Coronária (IAM)	Encaminhamento para hemodinâmica após RCE.

Fonte: Algoritmo AHA ACLS 2024/2025.

Cuidados Pós-Ressuscitação

O Retorno da Circulação Espontânea (RCE) é apenas o primeiro passo para a sobrevivência com qualidade. O hospital deve garantir uma transição imediata para o CTI, onde os cuidados pós-parada serão iniciados. Estes cuidados focam na otimização da ventilação (mantendo SpO_2 entre 92% e 98% para evitar hiperóxia) e na estabilização hemodinâmica (PAM > 65 mmHg).

Um componente crítico é o controle direcionado da temperatura (hipotermia terapêutica) para pacientes que permanecem comatosos após o RCE, visando a neuroproteção. Além disso, a realização de um ECG de doze derivações deve ser imediata para identificar se a causa da parada foi um IAM com supra de ST, o que indica a necessidade de encaminhamento urgente para cateterismo, independentemente do nível de consciência do paciente.

Infraestrutura Tecnológica e Gestão de Qualidade Assistencial

A eficiência da Linha de Cuidado Cardiovascular no HRCL está intrinsecamente ligada à adoção de tecnologias de suporte e a uma gestão clínica rigorosa. O hospital deve implementar um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que contemple alertas para protocolos gerenciados, garantindo que o tempo de cada intervenção seja registrado e auditado.

Integração com a Telemedicina

Dada a criticidade do diagnóstico precoce, a unidade deve contar com um sistema de Tele-ECG síncrono. Esta tecnologia permite que o traçado eletrocardiográfico realizado no pronto atendimento seja transmitido em tempo real para especialistas, facilitando a decisão sobre a trombólise em casos ambíguos ou em janelas temporais limítrofes. A telemedicina também deve ser utilizada para consultas de segunda opinião entre a equipe do HRCL e centros de excelência em cardiologia do estado.

Metodologia DRG e Eficiência Clínica

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete utilizará a metodologia DRG (Diagnosis Related Groups) para categorizar os pacientes conforme sua complexidade e consumo de recursos. Para a linha cardiovascular, o DRG permite identificar o "valor" entregue ao paciente através da medição da eficiência assistencial: um paciente com IAM tratado dentro dos prazos protocolares tende a ter uma recuperação mais rápida e menos complicações, refletindo-se em melhores indicadores no sistema DRG e, conseqüentemente, em uma remuneração por desempenho mais favorável para a unidade.

Programas de Residência e Ensino

Como parte do compromisso com a excelência técnica, o hospital deve buscar a certificação como Hospital de Ensino e implementar programas de Residência Médica em especialidades como Cardiologia, Medicina Intensiva e Medicina de Emergência. A presença de residentes e preceptores qualificados fomenta a atualização constante dos protocolos e garante que a assistência seja prestada com base nas mais recentes evidências científicas, elevando o padrão de cuidado da macrorregião.

Integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)

O HRCL não opera isoladamente; ele é o ponto de maior densidade tecnológica de uma rede integrada. A Linha de Cuidado do Paciente com Dor Torácica começa na Atenção Primária em Saúde (APS), que atua na prevenção primária e no monitoramento de fatores de risco como hipertensão, diabetes e dislipidemia.

Fluxo Pré-Hospitalar (SAMU 192)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o principal parceiro na fase pré-hospitalar. O protocolo prevê que o SAMU realize o ECG ainda na ambulância e, se possível, inicie a trombólise pré-hospitalar sob regulação médica.¹⁴ Quando o paciente é transportado para o HRCL, a equipe hospitalar deve estar pronta para a recepção direta na sala vermelha, evitando atrasos burocráticos e reduzindo o "tempo porta-balão" ou "tempo porta-agulha".

Referência e Contrarreferência

Após a estabilização aguda, o hospital deve garantir a continuidade do cuidado. Pacientes que necessitam de reabilitação cardiovascular ou acompanhamento ambulatorial de alta complexidade devem ser referenciados para as unidades especializadas da macrorregião, enquanto aqueles com quadros estabilizados retornam para o acompanhamento longitudinal nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este fluxo de contrarreferência é essencial para evitar a superlotação do hospital regional e garantir que os leitos de alta complexidade estejam disponíveis para novos casos críticos.

Governança Clínica e Indicadores de Monitoramento

A concessionária responsável pelo HRCL será avaliada periodicamente pelo cumprimento de metas assistenciais rigorosas. O descumprimento injustificado de prazos em protocolos críticos como o de IAM poderá acarretar sanções administrativas, reforçando o compromisso com a agilidade e a segurança do paciente.

Indicador de Qualidade	Meta Estabelecida	Periodicidade do Monitoramento
Tempo Porta-ECG (em até 10 min)	100% dos casos suspeitos	Mensal / Semestral.

Taxa de Sucesso na Trombólise	Monitoramento clínico e eletrocardiográfico	Semestral.
Tempo de Permanência no CTI (DRG)	Conforme complexidade do caso	Contínuo.
Adesão ao Protocolo de Dor Torácica	Auditoria de prontuários	Trimestral.
Sobrevida após PCR Intrahospitalar	Avaliação de desfechos clínicos	Anual.

Fonte: Termo de Referência da Concessão do HRCL.

A obtenção de creditações hospitalares, como a ONA (Organização Nacional de Acreditação) em seus níveis 1, 2 ou 3, é um dos critérios de pontuação técnica na seleção da gestora e uma obrigação contratual para os primeiros trinta e seis meses de operação. Estas creditações garantem que os processos internos, especialmente os de alto risco como a Linha Cardiovascular, sigam padrões internacionais de segurança.

Considerações sobre Equipagem e Manutenção Crítica

Para que os protocolos descritos sejam executados com perfeição, a equipagem do hospital deve ser de última geração. O Estado de Minas Gerais aportará cerca de trinta e três milhões de reais para a aquisição de equipamentos médico-assistenciais. Entre os itens críticos para a Linha Cardiovascular destacam-se:

- **Eletrocardiógrafos de doze canais** com capacidade de transmissão digital.
- **Desfibriladores manuais com função de marcapasso externo** e monitorização multivariável.
- **Ventiladores mecânicos pulmonares** de transporte e de CTI com modos ventilatórios avançados para desmame rápido.
- **Bombas de infusão contínua** para administração precisa de drogas vasoativas e trombolíticos.

- **Aparelhos de ultrassonografia à beira do leito (POCUS)** para avaliação hemodinâmica rápida no choque.

A concessionária terá a obrigação de manter um inventário atualizado e garantir a manutenção preventiva e corretiva desses equipamentos durante todo o período da concessão (vinte e cinco anos), assegurando que a unidade hospitalar nunca sofra descontinuidade na prestação de serviços de urgência por falha tecnológica.

Perspectivas Futuras e Impacto na Saúde Regional

A ativação plena da Linha de Cuidado Cardiovascular no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete tem o potencial de reconfigurar o panorama epidemiológico da Macrorregião Centro-Sul. Ao estabelecer protocolos rígidos, investir em tecnologia de ponta e garantir um financiamento estável, o Governo de Minas Gerais não apenas constrói um hospital, mas institui um novo padrão de atendimento às urgências cardíacas.

Espera-se que, em médio prazo, haja uma redução significativa nas taxas de mortalidade por infarto e nas sequelas de paradas cardiorrespiratórias mal assistidas. Além disso, o hospital atuará como um polo de irradiação de conhecimento técnico, elevando a qualidade de todo o sistema regional de saúde.³ A Linha de Cuidado do Paciente com Dor Torácica e agravos cardiovasculares do HRCL é, portanto, o compromisso tangível com a preservação da vida e a dignidade do usuário do SUS, fundamentado no rigor científico e na eficiência da gestão pública compartilhada.

Referências citadas

1. Minas Prepara Resposta Rápida Contra As Doenças Do Coração, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/noticias/minas-prepara-resposta-rapida-contra-as-doencas-do-coracao/>
2. Valora Minas | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/>
3. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS (PDR/MG), acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/Plano-Diretor-de-Regionalizacao-Revisao-2023.pdf>
4. Edital Regional de Lafaiete.pdf

5. SES-MG E Prefeitura De Conselheiro Lafaiete Discutem Perfil Assistencial Do Hospital Regional | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/noticias/ses-mg-e-prefeitura-de-conselheiro-lafaiete-discutem-perfil-assistencial-do-hospital-regional/>
6. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.765, 28 DE JUNHO DE 2024 | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=26094-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-765-28-de-junho-de-2024?layout=print
7. Protocolo Dor Torácica - Hcor, acessado em março 26, 2026, https://www.hcor.com.br/wp-content/uploads/2023/11/PROTOCOLO_BOAS_PRATICAS_DOR_TO_RACICA.pdf
8. Manejo do Infarto Agudo do Miocárdio: Estratégias para o Reconhecimento e Resposta Rápida na Urgência e Emergência - bjihs, acessado em março 26, 2026, <https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/5206>
9. A Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) vem fortalecendo as ações para garantir a ampliação do - Media Server, acessado em março 26, 2026, <https://mediaserver.almg.gov.br/acervo/132/243/2132243.pdf>
10. Protocolo Gerenciado de Atendimento ao paciente ... - CAPITULO I, acessado em março 26, 2026, https://ints.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PR.ASSI_005-00-Protocolo-Gerenciado-Dor-Toracica.pdf
11. Nota Técnica 8 (82964178) SEI 1320.01.0028415/2024-54 / pg. 1, acessado em março 26, 2026, https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/SEI_82964178_Nota_Tecnica_8-15a.pdf
12. Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica - Hcor, acessado em março 26, 2026, https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/06/folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.pdf
13. protocolo clínico: manejo da dor torácica no pronto atendimento - eduCAPES, acessado em março 26, 2026, <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/1132016/2/PROTOCOLO%20CL%C3%8DNICO-%20MANEJO%20DA%20DOR%20TOR%C3%81CICA.pdf>
14. Manejo inicial - Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), acessado em março 26, 2026, <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/servico-de-atendimento-movel/manejo-inicial/>
15. Linha de Cuidado: IAM - Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura, acessado em março 26, 2026, <https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/linha-cuidado-iam>
16. Destaques da atualização focada nas Diretrizes de 2024 - American Heart Association CPR, acessado em março 26, 2026, https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/2024-First-Aid/JN_1457_PTBR_Highlights_2024FA_Accessible.pdf?sc_lang=en
17. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2025 para RCP

e ACE, acessado em março 26, 2026, https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/2025-documents-for-cpr-heart-edits-posting/Resuscitation-Science/JN1580_PTBR_Hghlghts_2025ECCGuidelines_Final_251021.pdf?sc_lang=en

18. Protocolo de Suporte Básico de Vida — Ministério da Saúde - Governo Federal, acessado em março 26, 2026, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/publicacoes/protocolo-de-suporte-basico-de-vida-1-2.pdf/view>
19. Reanimação Cardiorrespiratória (RCP): Novos Protocolos e Técnicas Avançadas, acessado em março 26, 2026, <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/download/5113/5076/11170>
20. PCR (Acls Aha 2025) | PDF | Coração | Tórax (anatomia humana) - Scribd, acessado em março 26, 2026, <https://pt.scribd.com/document/959120564/PCR-ACLS-AHA-2025>
21. Manejo Inicial - Dor torácica - Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária, acessado em março 26, 2026, <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/servico-de-atendimento-movel/manejo-inicial/>
22. Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), acessado em março 26, 2026, <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/infarto-agudo-do-miocardio/>
23. Dor Torácica - Linhas de Cuidado - Ministério da Saúde, acessado em março 26, 2026, <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/>

Diretriz Brasileira de Atendimento à Dor Torácica na Unidade de Emergência – 2025, acessado em março 26, 2026, <http://www.scielo.br/j/abc/a/rLn3RmSqM5Gswg4kWTvm3WJ/?lang=pt>

LINHA DE CUIDADO AO PACIENTE CRÍTICO VÍTIMA DE TRAUMA

Estruturação Operacional e Protocolar para o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete

A implementação do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL) é um marco fundamental para a reestruturação da assistência à saúde na Macrorregião Centro-Sul de Minas Gerais. Este projeto, inserido no contexto da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais — Valora Minas, visa preencher vazios assistenciais históricos em um território que abriga cerca de 770.043 habitantes. A análise técnica da Linha de Cuidado ao Trauma aqui apresentada considera a complexidade inerente a uma unidade hospitalar de referência macrorregional, projetada para absorver demandas de média e alta complexidade hospitalar, especialmente nas áreas de traumatologia e neurocirurgia. O HRCL não apenas representa uma expansão física de leitos, mas uma mudança de paradigma na gestão

hospitalar, operando sob o modelo de concessão para entidades filantrópicas e utilizando ferramentas de eficiência como a metodologia de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) para monitorar resultados assistenciais.

A estruturação física do HRCL foi planejada para otimizar o fluxo do paciente traumatizado, seguindo os princípios do "Time is Brain" e da "Golden Hour". O primeiro pavimento concentra as áreas de maior criticidade: a Sala Vermelha (Pronto Atendimento), o Bloco Cirúrgico com quatro salas, o Centro de Terapia Intensiva (CTI) com 20 leitos e o setor de Imagem, garantindo que o paciente vítima de trauma grave tenha um deslocamento mínimo entre a estabilização, o diagnóstico e a intervenção cirúrgica definitiva.³ Essa disposição arquitetônica é um facilitador crítico para a execução dos protocolos que serão detalhados a seguir, integrando a assistência direta ao suporte diagnóstico e terapêutico avançado.

Caracterização da Unidade e Contexto Regional do Trauma

A Macrorregião de Saúde Centro-Sul possui uma resolubilidade em alta complexidade traumato-ortopédica de apenas 41%, o que indica que a maioria dos pacientes graves precisa ser deslocada para outras regiões, como a Macrorregião Centro, para receber tratamento definitivo. O HRCL surge como o ponto de convergência para inverter esse fluxo, atuando como um hospital de "porta referenciada" para urgências e emergências traumáticas encaminhadas pelo SAMU e pelas Centrais de Regulação.

O projeto arquitetônico do HRCL prevê quatro pavimentos que sustentam a Linha de Cuidado ao Trauma em diferentes níveis de atenção e suporte. O subsolo abriga o apoio logístico e diagnóstico, como o laboratório de análises clínicas, a farmácia central e a Central de Material e Esterilização (CME), essenciais para o giro rápido das salas de cirurgia. O segundo pavimento é dedicado à administração e áreas técnicas, enquanto o terceiro pavimento abriga as enfermarias de internação com 29 quartos, sendo 5 destinados ao isolamento, fundamentais para a recuperação pós-operatória e reabilitação inicial.

Pavimento	Setores Críticos Relacionados ao Trauma	Capacidade/Ambientes
Subsolo	Farmácia, Laboratório, CME, Lavanderia	Suporte logístico ininterrupto
1º Pavimento	Sala Vermelha, Bloco Cirúrgico, CTI, Tomografia	20 leitos CTI, 4 salas cirúrgicas, 8 leitos sala vermelha
2º Pavimento	Administração, Diretoria Clínica, CPD,	Gestão e monitoramento (DRG)
3º Pavimento	Enfermarias de Internação Adulto	97 leitos totais de internação

A complexidade da unidade exige que a Linha de Cuidado ao Trauma seja monitorada por indicadores de desempenho específicos, como o tempo médio de permanência e a conformidade com protocolos assistenciais baseados em evidências científicas. A integração com o Programa Valora Minas vincula o repasse de recursos estaduais à entrega de valor e resultados assistenciais mensuráveis, o que obriga a instituição a manter um alto padrão de qualidade na execução dos protocolos de trauma.

Capítulo 1: Protocolo de Atendimento Inicial ao Trauma (Protocolo ABCDE)

O atendimento inicial ao paciente vítima de trauma no HRCL segue a sistematização internacional proposta pelo Advanced Trauma Life Support

(ATLS), incorporando as atualizações mais recentes de 2024 e 2025 que enfatizam o controle de hemorragias externas graves como a primeira prioridade absoluta, consolidando o mnemônico XABCDE. Em uma unidade de alta complexidade, a abordagem deve ser multidisciplinar e simultânea, permitindo que a avaliação primária e a ressuscitação ocorram concomitantemente.

X: Hemorragia Exsanguinante

O componente "X" refere-se à identificação e ao controle imediato de hemorragias externas maciças em extremidades ou áreas de junção. No contexto do HRCL, onde se espera receber vítimas de acidentes rodoviários de alta energia, o controle de danos começa na Sala Vermelha.³ A compressão direta, o uso de curativos hemostáticos e a aplicação criteriosa de torniquetes são intervenções de primeira linha. A evidência atual sugere que o torniquete deve ser aplicado de forma segura e rápida em hemorragias de extremidades não controláveis por compressão, visando prevenir a tríade da morte: hipotermia, acidose e coagulopatia.

A: Vias Aéreas e Proteção da Coluna Cervical

A manutenção da via aérea pérvia deve ser realizada simultaneamente à restrição de movimentos da coluna cervical. Pacientes vítimas de trauma contuso acima da clavícula ou com mecanismos de desaceleração brusca são considerados portadores de lesão cervical até prova em contrário. O HRCL deve dispor de equipamentos de via aérea difícil, incluindo videolaringoscópios, dada a sua complexidade assistencial.

A Sequência Rápida de Intubação (SRI) é o procedimento de escolha para pacientes com Escala de Coma de Glasgow (ECG) ≤ 8 ou com insuficiência respiratória iminente. A estabilização manual da coluna cervical em posição neutra deve ser mantida durante todas as manobras de via aérea.

B: Respiração e Ventilação

Após garantir a via aérea, deve-se avaliar a eficácia da ventilação e oxigenação. O exame físico deve focar na identificação de lesões que

ameaçam a vida imediatamente, como o pneumotórax hipertensivo, o hemotórax maciço e o pneumotórax aberto. As atualizações protocolares de 2025 reforçam a eficácia da descompressão por agulha no 5º espaço intercostal, entre as linhas axilares média e anterior, como alternativa ao tradicional 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular.

O uso do ultrassom point-of-care (eFAST) na Sala Vermelha do HRCL é essencial para a detecção rápida de líquido no espaço pleural ou pericárdico, permitindo intervenções como a toracostomia com dreno em selo d'água ou a pericardiocentese de emergência.

C: Circulação com Controle de Hemorragia

A avaliação circulatória foca na perfusão tecidual e no controle de hemorragias internas ocultas (tórax, abdome, pelve, ossos longos e retroperitônio). O choque no trauma deve ser considerado hemorrágico até prova em contrário. A ressuscitação volêmica deve ser criteriosa, utilizando a estratégia de "hipotensão permissiva" em pacientes sem TCE, visando manter a perfusão orgânica sem exacerbar o sangramento por pressão excessiva.

O HRCL deve implementar o protocolo de transfusão maciça, priorizando a administração de sangue total ou proporções equilibradas de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas (1:1:1), em vez do uso excessivo de cristaloides, que contribui para a coagulopatia dilucional.

D: Avaliação Neurológica

A avaliação neurológica inicial determina o nível de consciência através da ECG e a reatividade pupilar. Qualquer alteração deve ser investigada para excluir lesões intracranianas expansivas ou hipóxia cerebral. O estado neurológico deve ser reavaliado frequentemente, especialmente após manobras de ressuscitação, para detectar deteriorações que exijam intervenção neurocirúrgica imediata.

E: Exposição e Controle da Hipotermia

O paciente deve ser completamente despido para uma inspeção detalhada, mas a prevenção da hipotermia é vital. O uso de mantas térmicas,

aquecedores de fluidos intravenosos e o controle da temperatura da Sala Vermelha são requisitos obrigatórios para manter a homeostase do paciente traumatizado.

Componente	Ações Críticas no HRCL	Recursos Necessários
X	Controle de sangramento externo maciço	Torniquetes, hemostáticas, gazes
A	Via aérea definitiva e colar cervical	Videolaringoscópio, cricotireoidostomia, kit
B	Avaliação da ventilação e eFAST	Ultrassom portátil, dreno de tórax
C	Acesso venoso e transfusão balanceada	Protocolo de Transfusão Maciça, aquecedor de fluidos
D	Escala de Glasgow e pupilas	Equipe de Neurocirurgia 24h
E	Prevenção da hipotermia	Mantas térmicas, ambiente aquecido

Capítulo 2: Protocolo de Manejo das Lesões Contusas Abdominais

O trauma abdominal contuso é uma das principais causas de morte evitável no trauma, devido ao potencial de hemorragias internas silenciosas. No HRCL, a abordagem dessas lesões deve ser guiada pela estabilidade hemodinâmica do paciente e pela disponibilidade de exames de imagem de alta definição no 1º pavimento.

Avaliação Diagnóstica e Estratificação

A análise clínica isolada é insuficiente no trauma abdominal, pois o exame físico pode ser pouco confiável em pacientes com alteração do nível de consciência ou sob efeito de substâncias. O protocolo do HRCL exige a utilização sistemática de adjuntos diagnósticos.

Para o paciente **hemodinamicamente instável**, o objetivo é determinar a presença de sangue no peritônio de forma rápida. O eFAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) é a ferramenta de escolha na Sala Vermelha. Se o eFAST for positivo para líquido livre em um paciente instável, a indicação de laparotomia exploradora é imediata. Caso o ultrassom não esteja disponível ou seja inconclusivo, o Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) ainda pode ser considerado, embora seu uso tenha declinado com o advento da ultrassonografia beira-leito.

Para o paciente **hemodinamicamente estável**, a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste intravenoso é o padrão-ouro. A TC permite não apenas identificar a presença de sangue, mas também graduar a lesão de órgãos sólidos (fígado, baço e rins) de acordo com a classificação da AAST (American Association for the Surgery of Trauma), além de avaliar o retroperitônio e detectar lesões de vísceras ocas.

Tratamento Não Operatório (TNO)

O manejo conservador tem se tornado a conduta preferencial para lesões de órgãos sólidos em pacientes estáveis, com taxas de sucesso que ultrapassam 90% em centros de trauma bem estruturados. O HRCL, por contar com CTI e equipe cirúrgica 24 horas, possui plenas condições de realizar o TNO com segurança.

As condições para o TNO incluem:

1. Estabilidade hemodinâmica mantida ou alcançada após ressuscitação mínima.
2. Ausência de sinais clínicos de peritonite ou evidência de ruptura de víscera oca.
3. Capacidade de monitorização intensiva contínua e reavaliação clínica seriada pelo mesmo cirurgião.
4. Disponibilidade imediata de bloco cirúrgico para conversão se houver deterioração clínica.

A monitorização do hematócrito seriado, lactato e o acompanhamento por imagem são componentes fundamentais do TNO. Em casos de lesões de alto grau com evidência de "blush" de contraste na TC (extravasamento ativo), a angiografia com embolização — quando disponível via suporte regional ou telemedicina — pode ser um adjunto valioso para evitar a cirurgia.

Intervenção Cirúrgica e Controle de Danos

A laparotomia exploradora no HRCL é indicada em casos de instabilidade persistente, pneumoperitônio, evisceração ou sinais de peritonite.¹ Em pacientes críticos com choque profundo, acidose e coagulopatia, o cirurgião deve adotar a estratégia de **Cirurgia de Controle de Danos (Damage Control Surgery)**.

Este procedimento foca no controle rápido da hemorragia (através de suturas simples, grampeamento ou tamponamento com compressas) e do controle da contaminação (fechamento temporário de alças intestinais), sem realizar reconstruções definitivas complexas no primeiro momento. O abdome é deixado em peritoniotomia (fechamento temporário) para evitar a síndrome compartimental abdominal, e o paciente é encaminhado ao CTI para estabilização fisiológica antes da reoperação definitiva em 24 a 48 horas.

Órgão	Classificação AAST Comum	Conduta no HRCL (Estável)	Conduta no HRCL (Instável)
-------	--------------------------	---------------------------	----------------------------

Baço	Graus I a III	TNO em CTI	Esplenectomia ou Rafia
Fígado	Graus I a III	TNO em CTI	Tamponamento (Packing)
Intestino	Ruptura/Laceração	Rafia ou Ressecção	Controle de contaminação

Capítulo 3: Protocolo de Manejo do Paciente Vítima de TCE

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é uma das condições mais críticas atendidas em hospitais regionais, exigindo uma integração perfeita entre a emergência, a radiologia e a neurocirurgia. No HRCL, o protocolo de TCE visa a estabilização hemodinâmica precoce para evitar a lesão cerebral secundária — causada por hipóxia ($PaO_2 < 60$ mmHg) e hipotensão ($PAS < 90$ mmHg) — que dobra a mortalidade no trauma craniano.

Avaliação e Classificação

A gravidade do TCE é determinada pela ECG, que no HRCL deve ser avaliada após a estabilização hemodinâmica inicial (ABC).

- **TCE Leve (ECG 13-15):** A maioria dos casos. O foco é identificar o "TCE leve de alto risco" que necessita de TC, conforme os critérios canadenses ou New Orleans (ex: perda de consciência > 5 min, vômitos, idade > 65 anos, uso de anticoagulantes).
- **TCE Moderado (ECG 9-12):** Requer observação obrigatória em ambiente hospitalar e TC de crânio em todos os casos, dada a alta taxa de deterioração para TCE grave.
- **TCE Grave (ECG 3-8):** Emergência neurológica absoluta. Exige via aérea definitiva imediata, ventilação mecânica e avaliação neurocirúrgica

urgente.

Monitorização da Pressão Intracraniana (PIC)

Como unidade de alta complexidade, o HRCL deve estar capacitado para a monitorização invasiva da PIC. As indicações conforme a Brain Trauma Foundation e a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia incluem:

1. Pacientes com Glasgow ≤ 8 e TC de crânio alterada (hematomas, edema, contusão).
2. Pacientes com Glasgow ≤ 8 e TC normal, se apresentarem dois dos seguintes: idade > 40 anos, postura motora (unilateral ou bilateral) ou $PAS < 90$ mmHg.

A meta é manter a PIC $< 20 - 22$ mmHg e a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) entre $60 - 70$ mmHg. Valores de PPC abaixo de 50 mmHg devem ser evitados agressivamente.

Manejo Clínico da Hipertensão Intracraniana (HIC)

O manejo escalonado da HIC no HRCL segue a seguinte sequência:

- **Medidas de 1ª Linha:** Cabeceira elevada (30-45°), alinhamento cervical, sedação e analgesia otimizadas, manutenção da normotermia e normoglicemia.
- **Medidas de 2ª Linha:** Drenagem de líquido se houver cateter de ventriculostomia, terapia osmótica com Manitol ($0,5 - 1,0$ g/kg) ou Salina Hipertônica a 3%, visando alvos de sódio sérico entre $145 - 155$ mEq/L.
- **Medidas de 3ª Linha:** Hiperventilação leve ($PaCO_2 \approx 30 - 35$ mmHg) como medida de resgate temporário, coma barbitúrico ou craniectomia descompressiva.

Indicações Cirúrgicas de Urgência

A equipe de neurocirurgia do HRCL deve estar pronta para intervir em lesões expansivas conforme os critérios de volume e desvio de linha média:

- **Hematoma Epidural:** Espessura $> 1,5$ cm ou desvio da linha média > 5 mm, independentemente do Glasgow.
- **Hematoma Subdural Agudo:** Espessura > 1 cm ou desvio da linha média > 5 mm.
- **Contusões e Hematomas Intraparenquimatosos:** Volume > 20 mL em áreas críticas ou com efeito de massa significativo e deterioração neurológica.
- **Fraturas Afundadas de Crânio:** Se o afundamento for maior que a espessura do osso ou se houver ferimento penetrante.

Classificação TCE	Glasgow	Conduta Inicial no HRCL
Leve	13 - 15	Observação ou TC se houver fatores de risco
Moderado	09 - 12	TC de crânio obrigatória e admissão hospitalar
Grave	03 - 08	Intubação, TC urgente, Monitorização PIC, Neurocirurgia

Capítulo 4: Protocolo de Manejo do Paciente com Fraturas Fechadas e Expostas

A traumato-ortopedia é o núcleo da resolubilidade cirúrgica do HRCL. O protocolo deve equilibrar o controle de danos ortopédicos com a fixação definitiva precoce para reduzir complicações como a embolia gordurosa e a pneumonia hospitalar.

Avaliação e Manejo Inicial

Na avaliação primária, o foco ortopédico está no controle de hemorragias provenientes de fraturas de pelve ou fêmur. Fraturas instáveis da pelve com sangramento ativo são tratadas inicialmente com cintas pélvicas ou lençóis ao nível dos trocanteres maiores para reduzir o volume pélvico e promover o tamponamento.

As fraturas devem ser imobilizadas provisoriamente para alívio da dor, redução do sangramento e proteção das partes moles. A avaliação neurovascular distal (pulsos, perfusão e função motora/sensitiva) é obrigatória antes e após qualquer manobra de imobilização.

Fraturas Expostas: Uma Emergência Cirúrgica

As fraturas expostas são tratadas como prioridade absoluta no HRCL devido ao alto risco de infecção e osteomielite. O tempo para a primeira dose de antibiótico e para o desbridamento cirúrgico é o principal determinante do desfecho funcional.

Antibioticoterapia: Deve ser iniciada na Sala Vermelha.

- **Gustilo I e II:** Cefalosporina de 1ª geração (Cefazolina) por 24 horas.
- **Gustilo III:** Cefazolina associada a um aminoglicosídeo (Gentamicina).
Se houver contaminação rural ou suspeita de anaeróbios, adiciona-se Penicilina G ou Metronidazol.

Tratamento Cirúrgico: O desbridamento deve ser exaustivo, removendo todos os tecidos desvitalizados e corpos estranhos. A irrigação deve ser

realizada com grandes volumes de solução salina (3, 6, 9 litros para graus I, II e III, respectivamente).

A estabilização no HRCL segue a classificação de Gustilo-Anderson:

Grau Gustilo	Descrição da Lesão	Estabilização Recomendada
I	Ferida <1 cm, baixa energia, limpa	Fixação interna precoce (Haste/Placa)
II	Ferida 1 – 10 cm, moderada energia	Fixação interna ou externa
III-A	Cobertura de partes moles adequada	Fixação interna ou externa
III-B	Lesão extensa, exige retalho/enxerto	Fixação Externa (inicialmente)
III-C	Lesão arterial associada	Fixação Externa + Reparo Vascular

Controle de Danos Ortopédicos (Damage Control Orthopedics - DCO)

Em pacientes politraumatizados "instáveis" ou "extremamente graves" (borderline), o HRCL adota o DCO. Em vez de uma cirurgia de fixação definitiva prolongada, realiza-se a fixação externa rápida das fraturas de ossos

longos e pelve. Isso permite a estabilização das fraturas com mínimo trauma cirúrgico adicional, evitando o "segundo golpe" inflamatório. A conversão para fixação interna definitiva ocorre após 5 a 7 dias, quando o paciente apresenta melhora dos parâmetros inflamatórios e hemodinâmicos.

Síndrome Compartimental

Uma complicação crítica que a equipe do HRCL deve monitorar é a Síndrome Compartimental, comum em fraturas fechadas de perna e antebraço. A dor desproporcional à lesão, persistente e que aumenta com o alongamento passivo é o sinal cardinal. O tratamento é a fasciotomia ampla de todos os compartimentos acometidos em caráter de urgência para salvar o membro da necrose isquêmica.

Capítulo 5: Governança, Monitoramento e Sustentabilidade da Linha de Trauma

A Linha de Cuidado ao Trauma do HRCL não se encerra no ato cirúrgico. Ela está inserida em um modelo de gestão que prioriza a eficiência e a segurança do paciente.

Gestão por DRG (Diagnosis Related Groups)

O HRCL utilizará a metodologia DRG para gerenciar sua performance. No trauma, isso é crucial para categorizar a complexidade dos casos e prever o tempo de permanência hospitalar esperado. O monitoramento via DRG permite identificar se a Linha de Trauma está operando com alta densidade assistencial (muitos cuidados em pouco tempo) ou se há ineficiências, como atrasos na liberação de exames ou disponibilidade de salas cirúrgicas, que aumentam o risco de complicações hospitalares.

Integração com a Rede Resposta (Valora Minas)

Como parte do Programa de Portas de Urgência e Emergência, o HRCL deve garantir estrutura de atendimento 24/7 e cumprir os requisitos de equipe multiprofissional mínima (cirurgiões, intensivistas, anesthesiologistas, enfermeiros especializados). O hospital deve adotar a metodologia **Fast Track**

para especialidades como a ortopedia e a neurologia, acelerando o fluxo do paciente desde a porta de entrada até o leito definitivo.

Acreditação e Educação Permanente

O compromisso com a Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação) em até 36 meses após o início das atividades é um pilar da segurança. Isso envolve a padronização de todos os processos, desde a identificação correta do paciente até o Checklist de Cirurgia Segura no bloco cirúrgico. Além disso, o HRCL deve ser um polo de educação permanente, realizando treinamentos simulados frequentes em protocolos de trauma (ATLS, PHTLS) para garantir que toda a equipe técnica esteja alinhada com as melhores práticas mundiais.

A sustentabilidade financeira da unidade é garantida pelo financiamento tripartite do SUS, com aportes estaduais vinculados ao Módulo Valor em Saúde e incentivos por produção cirúrgica via Módulo Opera Mais. A gestão filantrópica deve, portanto, equilibrar a excelência técnica com a responsabilidade fiscal, assegurando que o HRCL cumpra seu papel de salvaguarda da vida para os cidadãos da região Centro-Sul de Minas Gerais.

Referências citadas

1. Atendimento de Urgência ao Paciente Vítima de Trauma Diretrizes Clínicas Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - SESA, acessado em março 26, 2026, <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Atendimento%20de%20Urg%C3%Aancia%20ao%20Paciente%20V%C3%ADtima%20de%20Trauma.pdf>
2. Valora Minas | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/>
3. Edital Regional de Lafaiete.pdf
4. oficinas política hospitalar valora minas - Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), acessado em março 26, 2026, https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Apostila_oficina_valora-20d.pdf
5. Linha de Cuidado em Traumato-ortopedia - Fhemig, acessado em março 26, 2026, <https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/39249/Linha-de-Cuidado-em-Traumato-ortopedia.pdf>
6. minas gerais diário do executivo sexta-feira, 19 de setembro de 2025 - MPMG, acessado em março 26, 2026, <https://www.mpmg.mp.br/data/files/0F/F2/35/70/FA1699109077F59999>

- [A8F9C2/res_ses_10446_2025.pdf](#)
7. ATLS 2025: XABCDE and Trauma ABCDE Updates - YouTube, acessado em março 26, 2026, <https://www.youtube.com/watch?v=VGqkLCKm3jE>
 8. protocolo de trauma abdominal na emergência: uma revisão narrativa - Editora Pasteur, acessado em março 26, 2026, https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/publications_chapter/PROTOCOLO%20DE%20TRAUMA%20ABDOMINAL%20NA%20EMERG%C3%80NCIA:%20UMA%20REVIS%C3%83O%20NARRATIVA-a1582f9a-b765-4fdb-8334-e041a4304cfe.pdf
 9. Manejo do trauma abdominal: guia essencial para médicos, acessado em março 26, 2026, <https://www.eumedicoresidente.com.br/post/manejo-do-trauma-abdominal-guia-essencial-para-medicos>
 10. Abordagem cirúrgica no trauma abdominal: Protocolos de condutas e desfechos pós-operatórios - ResearchGate, acessado em março 26, 2026, https://www.researchgate.net/publication/390205162_Abordagem_cirurgica_no_trauma_abdominal_Protocolos_de_condutas_e_desfechos_pos-operatorios
 11. Traumatismo Cranioencefálico em Crianças e Adolescentes - Medical Suite, acessado em março 26, 2026, <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Traumatismo-Cranioencef%C3%A1lico-em-Crian%C3%A7as-e-Adolescentes.pdf>
 12. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico - Biblioteca Virtual em Saúde, acessado em março 26, 2026, https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf
 13. Protocolo de Atendimento ao Paciente Vítima de Traumatismo Abdominal - Portal Saude Direta, acessado em março 26, 2026, https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340109243002_Paciente_Vitima_de_Traumatismo_Abdominal.pdf
 14. abordagem ao trauma abdominal fechado | bvs, acessado em março 26, 2026, <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882913/21-trauma-abdominal-fechado.pdf>
 15. Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral Traumatismo Cranioencefálico Grave - AMB, acessado em março 26, 2026, <https://amb.org.br/files/BibliotecaAntiga/traumatismo-cranioencefalico-grave.pdf>
 16. Practice Management Guidelines for Selective Nonoperative Management of Penetrating Abdominal Trauma, acessado em março 26, 2026, <https://www.aast.org/asset/47C5D9F9-16F8-47CA-A86A0B95DCB141EE/>
 17. Surgical management of injuries to the abdomen in patients with multiple and/or severe trauma– a systematic review and clinical practice guideline update - PMC, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12003531/>
 18. AAST Grading Abdominal Trauma - EPOS™ - ESR, acessado em março 26, 2026, <https://epos.myesr.org/poster/esr/ecr2025/C->

- [15399/learning%20objectives](#)
19. estudo retrospectivo. Tratamento conservador de trauma abdominal contuso em crianças, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/4zcsX7RnXQMNd7QymXSmWdm/?lang=pt>
 20. ABORDAGEM DO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO: Indicação Cirúrgica Versus Tratamento Não Operatório Luciano Scher Fernande - REVISTA O UNIVERSO OBSERVÁVEL, acessado em março 26, 2026, <https://ouniversoobservavel.com.br/wp-content/uploads/2026/02/ABORDAGEM-DO-TRAUMA-ABDOMINAL-FECHADO-Indicacao-Cirurgica-Versus-Tratamento-Nao-Operatorio.pdf>
 21. Tratamento não operatório no trauma abdominal é discutido no CBC para VOCÊ, acessado em março 26, 2026, <https://cbc.org.br/tratamento-nao-operatorio-no-trauma-abdominal-e-discutido-no-cbc-para-voce/>
 22. TRAUMATISMOS ABDOMINALES. - Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva - SACD, acessado em março 26, 2026, <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ucientoveintinueve.pdf>
 23. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico* - BVS, acessado em março 26, 2026, <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1730.pdf>
 24. IMPACTO DA MONITORIZAÇÃO INTRACRANIANA EM PACIENTES COM TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO - Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, acessado em março 26, 2026, <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/download/5158/5128/11282>
 25. Manejo neurocirúrgico do Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) grave - Research, Society and Development, acessado em março 26, 2026, <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/48571/38143/498008>
 26. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO EM CRIANÇAS O traumatismo cranioencefálico (TCE) na população infantil é um problema de saúde - Neurocirurgia, acessado em março 26, 2026, <https://neurocirurgia.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/132/2024/09/TCE.pdf>
 27. fraturas expostas: classificação e manejo | bvs, acessado em março 26, 2026, <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882666/fraturas-expostas-classificacao-e-manejo.pdf>
 28. Capítulo 2 - Editora Pasteur, acessado em março 26, 2026, https://sistema.editorapasteur.com.br/uploads/pdf/publications_chapter/0005906126.pdf
 29. Fraturas Expostas - Medical Suite, acessado em março 26, 2026, <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Fraturas%20expostas%20v.2.pdf>
 30. Tratamento Primário das Fraturas Expostas - Fhemig, acessado em março 26, 2026, [https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/14384/PC-19---Tratamento-primario-de-fraturas-expostas-\(2019\).pdf](https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/14384/PC-19---Tratamento-primario-de-fraturas-expostas-(2019).pdf)
 31. 1512 IMPACTO DO TEMPO DE INÍCIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA E DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM FRATURA EX - Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, acessado em março 26, 2026, <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/18752/10956/4801>

- 2
32. Clinical Audit of Primary Treatment of Open Fractures: Antibiotic Treatment and Tetanus Prophylaxis - PMC, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7316547/>
 33. Pergunte à SBOT: Tratamento da fratura exposta, acessado em março 26, 2026, <https://sbot.org.br/pergunta-a-sbot-tratamento-da-fratura-exposta/>
 34. Programação Anual de Saúde, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/PAS-COMPLETA-2025-04-12-FINALL-5.pdf>

ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA DA LINHA DE CUIDADO DE DOENÇAS CRÔNICAS AGUDIZADAS E GOVERNANÇA ASSISTENCIAL HOSPITALAR

A organização dos serviços de saúde no estado de Minas Gerais atravessa um período de reestruturação profunda, pautada pela regionalização e pela busca da eficiência operacional. O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL), inserido na Macrorregião de Saúde Centro Sul, representa um marco nessa estratégia, visando mitigar vazios assistenciais e consolidar redes de atenção voltadas para condições crônicas de alta prevalência. A estruturação de uma linha de cuidado para doenças crônicas agudizadas exige uma abordagem sistêmica, que integra protocolos clínicos baseados em evidências a modelos de gestão por resultados, como o sistema de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG) e as diretrizes do programa Valora Minas.

Este documento detalha os fundamentos técnicos para quatro eixos assistenciais críticos: o manejo da hiperglicemia e diabetes, o cuidado na insuficiência cardíaca aguda, o fluxo de encaminhamento oncológico e a prevenção do tromboembolismo venoso. A convergência desses protocolos visa não apenas a estabilização clínica do paciente em ambiente hospitalar, mas a garantia de uma transição de cuidado segura, sustentada por uma governança clínica rigorosa e por indicadores de desempenho que refletem a qualidade do desfecho entregue ao cidadão.

Fundamentos da gestão regionalizada e o modelo Valora Minas

O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete opera sob a lógica da descentralização da gestão para o terceiro setor, especificamente entidades filantrópicas, conforme diretrizes do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI 2019-2030). Esta escolha estratégica fundamenta-se na busca por agilidade administrativa e especialização técnica, permitindo que a unidade atue como referência secundária e terciária para 51 municípios e uma população estimada em 770.043 habitantes.

O financiamento desta estrutura está vinculado à Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais — Valora Minas, que substituiu o modelo tradicional de pagamento por produção por um modelo de valor em saúde. Nesse contexto, a adesão aos protocolos descritos a seguir não é apenas uma recomendação clínica, mas um requisito para a sustentabilidade financeira da instituição, uma vez que o monitoramento é realizado por meio de indicadores assistenciais e de performance integrados em bases de dados oficiais.

Tabela 1: Indicadores de monitoramento contratual e desempenho assistencial

Indicador	Meta de Desempenho	Periodicidade de Avaliação
Execução do Cronograma de Escalonamento	100% conforme plano aprovado	Semestral (anos 1-3) / Anual
Desempenho no Valora Minas	Mínimo 80% (após o 3º ano)	Semestral
Implementação do Sistema DRG	100% em até 12 meses de operação	Contínuo

Obtenção de Acreditação ONA	Nível 1 em até 36 meses	Avaliação Externa
Compartilhamento de dados PNGC/DRG	Transmissão integral de dados	Mensal

O uso da metodologia DRG (Diagnosis Related Groups) permite que o hospital gerencie sua capacidade instalada com precisão, correlacionando a complexidade clínica dos pacientes ao consumo de recursos. Isso é particularmente relevante no manejo de doenças crônicas agudizadas, onde a eficiência no giro de leitos e a prevenção de complicações intra-hospitalares determinam a viabilidade econômica e a qualidade do serviço.

Protocolo de manejo do diabetes e hiperglicemia hospitalar

A hiperglicemia hospitalar (HH) é definida pela presença de níveis de glicemia capilar ou plasmática superiores a 140 mg/dL. Estima-se que esta condição acometa entre 22% e 46% dos pacientes internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas, sendo um marcador de gravidade clínica tanto para portadores de diabetes mellitus (DM) conhecido quanto para pacientes que desenvolvem hiperglicemia de estresse. As evidências indicam que o tratamento adequado reduz drasticamente a taxa de infecções hospitalares, como pneumonias e infecções de sítio cirúrgico, além de diminuir a mortalidade intra-hospitalar.

Rastreamento e diagnóstico inicial

Todo paciente adulto admitido na unidade hospitalar deve ser submetido ao teste de glicemia capilar ou plasmática na admissão. Este rastreamento universal é crucial para identificar pacientes com diabetes não diagnosticado ou aqueles com alto risco de descompensação glicêmica. A solicitação de Hemoglobina Glicada (HbA1c) deve ser protocolar para todos os pacientes que apresentem glicemia > 140 mg/dL no momento da internação, caso não possuam um exame realizado nos últimos 90 dias.

O valor de **HbA1c \geq 6,5%** é confirmatório para diabetes prévio, enquanto valores inferiores sugerem que a hiperglicemia observada decorre da resposta ao estresse agudo. O manejo farmacológico, entretanto, deve ser iniciado quando os níveis glicêmicos excedem persistentemente 180 mg/dL, nível a partir do qual os riscos de complicações superam os benefícios da observação.

Metas glicêmicas e monitorização

A individualização das metas glicêmicas é fundamental para evitar a hipoglicemia iatrogênica, frequentemente associada a desfechos fatais. Para a maioria dos pacientes não críticos, a faixa alvo recomendada situa-se entre 100 mg/dL (pré-prandial) e 180 mg/dL (pico pós-prandial ou aleatório). Em pacientes críticos, a meta deve ser mantida preferencialmente entre 140 e 180 mg/dL.

Tabela 2: Estratificação terapêutica para hiperglicemia hospitalar

Nível Glicêmico (mg/dL)	Conduta Farmacológica	Estratégia de Monitorização
140 – 180	Escala de correção eventual (IEC)	Glicemia capilar pré-refeições
181 – 250	Esquema Basal-Plus (Basal + IEC)	MGC 4 a 6 vezes ao dia
> 250 ou DM1	Esquema Basal-Bolus (Basal + Prandial + IEC)	Monitorização rigorosa/Contínua

Uso de Glicocorticoides	Insulina Basal (ajuste 20-30%) + Prandial	MGC intensificada
-------------------------	---	-------------------

A insulinoterapia é a modalidade preferencial de tratamento. O uso de antidiabéticos orais no hospital deve ser evitado devido à instabilidade clínica, jejum imprevisto e risco de efeitos colaterais.¹⁵ A metformina, por exemplo, deve ser suspensa em casos de risco de insuficiência renal ou hipóxia tecidual, enquanto as sulfonilureias aumentam indevidamente o risco de hipoglicemia prolongada.

Esquemas de insulinoterapia: Basal-Bolus e Basal-Plus

O esquema Basal-Bolus mimetiza a secreção fisiológica de insulina, consistindo em uma insulina de ação longa ou intermediária (Basal) para suprimir a produção hepática de glicose no jejum, associada a doses de insulina rápida ou ultrarrápida antes das refeições (Bolus Prandial) e doses de correção (Bolus de Correção).

Para o cálculo da dose total diária (DTD), recomenda-se:

1. **Cálculo da DTD:** 0,2 a 0,6 UI/kg, dependendo da idade, função renal e grau de resistência à insulina.
2. **Distribuição:** 50% da DTD como insulina basal (NPH ou análogos de longa duração) e 50% como insulina rápida dividida entre as principais refeições.⁴
3. **Correção:** Utilização de tabelas de sensibilidade (insulino-sensível, usual ou resistente) baseadas no peso e histórico do paciente.

Em pacientes com baixa ingestão oral ou em dieta enteral intermitente, o esquema Basal-Plus (insulina basal associada apenas a correções) pode ser suficiente e mais seguro. A monitorização contínua de glicose (CGM) através de sensores intersticiais é uma tecnologia encorajada, pois oferece tendências glicêmicas em tempo real e alarmes de hipoglicemia, embora a

validação com glicemia capilar seja necessária em situações de má perfusão periférica.

Manejo da hipoglicemia hospitalar

A hipoglicemia é a principal barreira para o controle glicêmico estrito. É estratificada em três níveis:

- **Nível 1 (54 - 70 mg/dL):** Exige correção imediata com 15g de carboidratos por via oral.
- **Nível 2 (< 54 mg/dL):** Hipoglicemia clinicamente significativa; exige intervenção imediata.
- **Nível 3:** Alteração de consciência ou estado físico exigindo assistência de terceiros, independentemente do valor numérico. Requer 20-40 mL de glicose 50% endovenosa ou 1mg de Glucagon (IM ou SC) se não houver acesso venoso disponível.

Protocolo de manejo da insuficiência cardíaca aguda

A insuficiência cardíaca (IC) é uma das principais causas de internação na Macrorregião Centro Sul, com um impacto significativo na mortalidade cardiovascular regional. O manejo hospitalar no HRCL deve focar na estabilização hemodinâmica ágil, na identificação de fatores desencadeantes e na introdução precoce das terapias que modificam o curso da doença.

Avaliação clínica e classificação fenotípica

A abordagem inicial é guiada pela avaliação da congestão (presença de edema, ortopneia, turgência jugular) e da perfusão (temperatura das extremidades, nível de consciência, débito urinário). Esta análise classifica o paciente em quatro perfis fundamentais:

1. **Perfil B (Quente e Úmido):** Caracterizado por congestão com perfusão adequada. Representa a maioria das descompensações. O tratamento baseia-se em diuréticos de alça endovenosos (furosemida) e, se a pressão arterial sistólica (PAS) for > 90 mmHg, vasodilatadores (nitroglicerina ou nitroprussiato) para redução de pré e pós-carga.
2. **Perfil C (Frio e Úmido):** Indica baixo débito associado à congestão.

Requer inotrópicos (dobutamina, milrinona ou levosimendana) para restaurar a perfusão orgânica, com diuréticos sendo introduzidos cautelosamente após a melhora hemodinâmica.

3. **Perfil L (Frio e Seco):** Sugere hipovolemia. Requer prova de volume cuidadosa e monitorizada.
4. **Perfil A (Quente e Seco):** Quadro compensado; o foco deve ser a otimização da medicação oral.¹⁷

Tabela 3: Terapia medicamentosa e pilares da IC (Fase Hospitalar)

Classe Medicamentosa	Recomendação de Início	Benefício Esperado
Diuréticos de Alça (Furosemida)	Imediato (EV) se congestão	Melhora sintomática e redução de volemia
iSGLT2 (Dapagliflozina/Empagliflozina)	Na estabilização (pré-alta)	Redução de morte e readmissão ¹⁷
Beta-bloqueadores	Após euvolemia, sem inotrópicos	Redução de arritmias e mortalidade
Sacubitril-Valsartana (INRA)	Substituir IECA/BRA se PAS estável	Superioridade na redução de eventos ¹⁸
Antag. Mineralocorticoides	Iniciar na ausência de IR grave	Bloqueio da fibrose miocárdica ¹⁷

Critérios de alta e transição de cuidado

A alta hospitalar não deve ocorrer meramente pela melhora subjetiva dos sintomas. Devem ser cumpridos critérios objetivos de estabilidade:

- **Euvolemia clínica:** Ausência de ortopneia e edema significativo por pelo menos 24 horas.

- **Estabilidade laboratorial:** Função renal e potássio estáveis após a transição para diuréticos orais.
- **Educação em Saúde:** O paciente deve compreender a restrição hídrica e salina, além da importância da pesagem diária.

A "fase vulnerável" nos primeiros 30 dias após a alta é o período de maior risco para readmissões. Portanto, uma consulta de retorno deve ser garantida entre 7 e 14 dias após a saída do hospital.

Protocolo de manejo e encaminhamento do paciente oncológico

A rede de oncologia em Minas Gerais é estruturada para garantir a integralidade do cuidado através de Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade (UNACON e CACON). O Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete desempenha um papel estratégico na identificação precoce e no manejo de intercorrências, servindo como ponto de estabilização e triagem para a rede de alta complexidade.

Fluxo regulatório e prazos legais

O encaminhamento segue as diretrizes da Lei dos 30 dias (confirmação diagnóstica) e da Lei dos 60 dias (início do tratamento). O Protocolo Clínico de Alta Suspeição da SES-MG orienta que pacientes com forte evidência clínica de câncer devem ser encaminhados diretamente para a confirmação diagnóstica no serviço de referência, evitando a fragmentação do cuidado.

Tabela 4: Estrutura da rede de referência oncológica

Tipo de Serviço	Atribuições Principais	Exemplo de Referência
UNACON	Diagnóstico e tratamento dos cânceres mais comuns	Polos regionais habilitados ¹⁹
CACON	Tratamento de todos os tipos de câncer, incluindo radioterapia	Centros estaduais de referência

SADT Oncologia	Apoio diagnóstico (biópsias, imagem de alta resolução)	Integrado ao Hospital Regional ¹
Hospital Geral c/ Cirurgia	Realização de procedimentos cirúrgicos oncológicos pactuados	Unidades de suporte regional ²¹

Manejo de urgências oncológicas

O hospital geral deve estar apto a manejar intercorrências agudas que colocam a vida em risco. As principais são:

1. **Neutropenia Febril (NF):** Definida como febre ($> 38,3^{\circ}C$) com neutrófilos $< 500/mm^3$. O manejo exige a administração de antibióticos de amplo espectro na primeira hora do atendimento (ex: Cefepime ou Piperacilina-Tazobactam). A estratificação de risco pelo escore MASCC orienta se o tratamento será hospitalar ou ambulatorial.
2. **Síndrome de Compressão Medular:** Urgência neurológica que exige suspeição em pacientes oncológicos com dor dorsal nova e déficits motores. Requer corticoterapia em altas doses e encaminhamento imediato para radioterapia ou descompressão cirúrgica.
3. **Síndrome de Lise Tumoral:** Comum após o início da quimioterapia em tumores volumosos. Exige hidratação vigorosa e controle rigoroso de eletrólitos (potássio, fósforo, cálcio) e ácido úrico.

Protocolo de prevenção do tromboembolismo venoso (TEV)

O TEV é uma das complicações hospitalares mais preveníveis e, simultaneamente, uma das maiores causas de morte súbita em pacientes internados. A implementação de um protocolo de profilaxia é obrigatória e deve envolver a estratificação sistemática de risco em todos os pacientes admitidos.²⁷

Estratificação de risco: Pádua e Caprini

A escolha da profilaxia baseia-se no perfil do paciente:

- **Escore de Pádua (Pacientes Clínicos):** Pontuação ≥ 4 indica alto risco de TEV e necessidade de farmacoprofilaxia.²⁸ Fatores de peso incluem câncer ativo, história prévia de TEV, mobilidade reduzida e trombofilias conhecidas.
- **Escore de Caprini (Pacientes Cirúrgicos):** Pontuação ≥ 5 indica alto risco. Considera o tempo de cirurgia, idade e comorbidades do paciente.²⁸

Tabela 5: Estratégias de profilaxia medicamentosa

Medicamento	Dose Padrão	Ajuste na Insuficiência Renal
Enoxaparina (HBPM)	40 mg SC 1x/dia	20 mg SC se $ClCr <$
Heparina Não Fracionada	5.000 UI SC 8/8h ou 12/12h	Geralmente não requer ajuste
Fondaparinux	2,5 mg SC 1x/dia	Contraíndicado se $ClCr <$
Meias Elásticas/Compressão	Adjuvante ou se contraínd. fármaco	N/A

Contraíndicações e cuidados de enfermagem

A profilaxia medicamentosa deve ser evitada em pacientes com sangramento ativo, plaquetopenia grave ($< 50.000/mm^3$) ou histórico de Trombocitopenia Induzida por Heparina (HIT). Nesses casos, a profilaxia mecânica com compressão pneumática intermitente é a alternativa de escolha. A enfermagem desempenha papel central na vigilância de sinais precoces de TVP (dor, calor e edema unilateral de membros inferiores) e na manutenção da deambulação precoce.

Governança assistencial e o papel do DRG

A eficácia dessas linhas de cuidado é monitorada através do sistema DRG. Ao agrupar pacientes com perfis clínicos semelhantes, o hospital consegue comparar seu desempenho com benchmarks nacionais e internacionais.

A integração desses protocolos visa:

- **Redução da permanência hospitalar:** Através de um controle glicêmico eficiente e desospitalização segura na IC.
- **Controle de custos:** Evitando complicações como a neutropenia febril grave ou eventos de TEV intra-hospitalar.
- **Melhoria do Desfecho Clínico:** Garantindo que o paciente receba o tratamento certo, no tempo certo, conforme as metas pactuadas no Valora Minas.

A implementação desta documentação técnica assegura que o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete opere no estado da arte da medicina hospitalar, cumprindo sua função social e assistencial na Macrorregião Centro Sul de Minas Gerais.

Referências citadas

1. Edital Regional de Lafaiete.pdf
2. Hospital Regional e Serviço de Oncologia em Lafaiete avançam para implantação, acessado em março 26, 2026, <https://conselheiolafaiete.mg.gov.br/v2/hospital-regional-e-servico-de-oncologia-em-lafaiete-proximo-de-se-tornarem-realidade/>
3. governo do estado de minas gerais - RI-FJP, acessado em março 26, 2026, <https://repositorio.fjp.mg.gov.br/bitstreams/e498c569-ab0a-4887-b0a0-6c56bd9cefd1/download>
4. Manejo da hiperglicemia hospitalar em pacientes não-críticos ..., acessado em março 26, 2026, <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-hiperglicemia-hospitalar-em-pacientes-nao-criticos/>
5. Indicadores de desempenho: Veja porque usar no hospital - DRG Brasil, acessado em março 26, 2026, <https://www.drqbrasil.com.br/valoremsaude/indicadores-de-desempenho/>
6. ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO - Secretaria da Saúde do Ceará, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/Oficina-Organizacao-das-Linhas-de-Cuidado-Outubro-2024.pdf>
7. DIRETRIZES BÁSICAS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ONCOLÓGICAS - Fluxos SUS BH, acessado em março 26, 2026,

- <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/12116e70f17d1a0cee5e51632ae377a8b2e8e71b.pdf>
8. Neutropenia Febril | Medical Suite, acessado em março 26, 2026, <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/neutropenia-febril.pdf>
 9. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.765, 28 DE JUNHO DE 2024 | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=26094-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-765-28-de-junho-de-2024?layout=print
 10. Valora Minas | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/>
 11. Valora Minas | Atos Normativos | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/atos-normativos/>
 12. Construção de modelo lógico da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZDHhD8jmLySTZByQXPvBwRk/?format=pdf&lang=pt>
 13. SBD lança diretriz para controle de hiperglicemia hospitalar - Medscape, acessado em março 26, 2026, <https://portugues.medscape.com/verartigo/6512551>
 14. Hiperglicemia hospitalar no paciente crítico - Diretriz Diabetes, acessado em março 26, 2026, <https://diretriz.diabetes.org.br/hiperglicemia-hospitalar-no-paciente-critico/>
 15. Nova Diretriz de Hiperglicemia no Paciente Internado | Guia TdC, acessado em março 26, 2026, <https://www.tadeclinicagem.com.br/guia/30/nova-diretriz-de-hiperglicemia-no-paciente-internado/>
 16. Protocolo Diagnostico e Tratamento da Hiperglicemia e Hipoglicemia nos Pacientes Internados - Cópia Controlada - Einstein, acessado em março 26, 2026, <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/layouts/download.aspx?SourceUrl=/pratica-medica/DocumentosDiretrizesAssistenciais/Protocolo%20Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Hiperglicemia%20e%20Hipoglicemia%20nos%20Pacientes%20Internados.pdf>
 17. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica ... - SciELO Brasil, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/abc/a/XkVKFb4838qXrXSYbmCYM3K/?lang=pt>
 18. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021 - PMC, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8288520/>
 19. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA JAKELINE ANDREA DE ME, acessado em março 26, 2026, <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/7dcb4fdd-a5ce-455a-b0ca-c9ad2d101b07/content>
 20. Comissão de Saúde - Media Server - ALMG, acessado em março 26,

- 2026, <https://mediaserver.almg.gov.br/acervo/728/630/1728630.pdf>
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA A SAÚDE PORTARIA SAES/MS Nº 1399, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2019 Redefi - Instituto Nacional de Câncer - INCA, acessado em março 26, 2026, https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/portaria_1399_17dez2019.pdf
 22. Protocolo 4 Clínico e de Regulação em Urgências Oncológicas.pdf - SESA, acessado em março 26, 2026, <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Protocolo%204%20Cl%C3%ADnico%20e%20de%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Urg%C3%AAcias%20Oncol%C3%B3gicas.pdf>
 23. PROTOCOLO DE NEUTROPENIA FEBRIL, acessado em março 26, 2026, [https://imip-sistemas.org.br/sistemas/scriptcase_producao_v9/file/doc/redoma/532/IMIP-PC-INS-023_PROTOCOLO%20DE%20NEUTROPENIA%20FEBRIL\(3\).pdf](https://imip-sistemas.org.br/sistemas/scriptcase_producao_v9/file/doc/redoma/532/IMIP-PC-INS-023_PROTOCOLO%20DE%20NEUTROPENIA%20FEBRIL(3).pdf)
 24. Manejo da neutropenia febril em pacientes oncológicos: Abordagens diagnósticas e terapêuticas emergenciais, acessado em março 26, 2026, <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/download/5904/5786/12870>
 25. Neutropenia febril induzida por quimioterapia: fatores de risco, profilaxia e manejo com filgrastim no paciente oncológico - Acervo+ Index base, acessado em março 26, 2026, <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/14375/8123/>
 26. Consenso e Atualização na Profilaxia e no Tratamento do Tromboembolismo Venoso - SBACV, acessado em março 26, 2026, <https://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2021/03/consenso-e-atualizacao-no-tratamento-do-tev.pdf>
 27. PROTEV Brasil Protocolos de profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) em hospitais brasileiros - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/jvb/a/KbrgFCKrJCwQSyQjBWW6gps/?lang=pt>
 28. Protocolo tromboembolismo venoso (TEV) - Hcor, acessado em março 26, 2026, https://www.hcor.com.br/wp-content/uploads/2024/05/hcor_protocolo_de_tromboembolismo_venoso.pdf
 29. Profilaxia para Tromboembolismo Venoso - Hospital Alemão Oswaldo Cruz, acessado em março 26, 2026, <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/4/2018/10/PR046-profilaxia-tromboembolismo-venoso.pdf>
 30. Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso - Medical Suite, acessado em março 26, 2026, <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/layouts/download.aspx?SourceUrl=/pratica-medica/DocumentosDiretrizesAssistenciais/Protocolo%20de%20Profilaxia%20de%20Tromboembolismo%20Venoso.pdf>

LINHA DE CUIDADO DO PACIENTE CRÍTICO EM AFECÇÕES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS SOB TERAPIA INTENSIVA

Introdução e Alinhamento Estratégico ao Modelo de Concessão

A estruturação de uma Linha de Cuidado para o Manejo do Paciente Crítico em unidades de terapia intensiva (UTI) representa o alicerce clínico, operacional e administrativo indispensável para a garantia de uma assistência segura, resolutiva e fundamentada em valor. No contexto da concessão de uso de bens públicos imóveis para a operacionalização de infraestruturas hospitalares estratégicas, notadamente a assunção da gestão do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete, a adoção de protocolos assistenciais de excelência constitui o diferencial técnico primordial para o atendimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e às rigorosas exigências dos programas estaduais de cofinanciamento e otimização de recursos. A complexidade inerente ao cuidado do paciente crítico, abrangendo o perfil clínico e o cirúrgico de alta complexidade, exige a padronização de condutas baseadas em evidências científicas que minimizem a variabilidade terapêutica injustificada, reduzam a incidência de eventos adversos e promovam a máxima eficiência operacional.

A presente fundamentação técnica alinha-se transversalmente aos preceitos da Portaria GM/MS nº 895/2017, que institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave no âmbito do SUS, estabelecendo critérios mandatórios de elegibilidade, admissão, alta e a estruturação de equipes multiprofissionais altamente capacitadas. Adicionalmente, a implementação de protocolos clínicos bem delineados atende diretamente aos requisitos da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Valora Minas), que condiciona o repasse de incentivos financeiros ao efetivo cumprimento de metas qualitativas e quantitativas. Tais metas são contemporaneamente mensuradas por intermédio da metodologia de classificação de pacientes *Diagnosis Related Groups* (DRG), inserida no bojo do Projeto OtimizaSUS. O modelo DRG exige uma codificação acurada e a adoção sistêmica de práticas assistenciais que reduzam o tempo de permanência na UTI e o consumo inadequado de insumos, metas estas que dependem intrinsecamente da eficácia e da sinergia dos protocolos de terapia intensiva.

O manejo moderno em terapia intensiva rechaça a visão fragmentada baseada puramente em disfunções orgânicas isoladas e incorpora uma perspectiva integrada e holística do paciente crítico. A gestão da ventilação mecânica, a titulação da sedoanalgesia, a prescrição da mobilização precoce, a vigilância no controle de infecções e uso de antimicrobianos, a manutenção da integridade tegumentar e a indicação do suporte dialítico não operam como entidades clínicas autônomas; pelo contrário, formam os componentes interdependentes de um ecossistema complexo. Por exemplo, a otimização diária da sedação é o que viabiliza a mobilização precoce, a qual, por sua vez, facilita o desmame ventilatório, reduzindo drasticamente a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e, por via de consequência, a necessidade de prescrição de antimicrobianos de amplo espectro.

Com o intuito de estruturar a proposta técnica mais vantajosa para a presente licitação (Concorrência Presencial Nº 06/2026), esta fundamentação estabelece as bases científicas, operacionais e normativas para os seis protocolos nucleares exigidos. Tais protocolos são desenhados com o objetivo primário de assegurar a excelência clínica, mitigar riscos médico-legais, garantir a segurança do paciente e viabilizar a sustentabilidade econômico-financeira da operação filantrópica do hospital ao longo do horizonte temporal da concessão.

Protocolo de Manejo de Ventilação Mecânica

O suporte ventilatório, seja ele de natureza invasiva ou não invasiva, constitui a intervenção de suporte artificial à vida mais prevalente e crítica no ambiente de terapia intensiva. Contudo, seu emprego inadequado ou prolongado está intimamente associado à Lesão Pulmonar Induzida pela Ventilação Mecânica (VILI — *Ventilator-Induced Lung Injury*), manifestada clinicamente através do barotrauma, volutrauma, atelectrauma e biotrauma, bem como a complicações sistêmicas severas como a disfunção diafragmática induzida pelo ventilador. Este protocolo fundamenta-se exaustivamente nas mais recentes e atualizadas Orientações Práticas em Ventilação Mecânica, estabelecidas de forma conjunta pela Associação de Medicina Intensiva

Brasileira (AMIB) e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), que compilam as melhores evidências globais adaptadas à realidade nacional.

A pedra angular do manejo ventilatório contemporâneo, especialmente em pacientes diagnosticados com a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SARA/SDRA) ou naqueles com elevado risco de desenvolvê-la, é a adoção rigorosa e inegociável de estratégias de ventilação protetora. A distensão excessiva do parênquima pulmonar deve ser evitada através do controle estrito do volume corrente (VC), que deve ser titulado meticulosamente entre 6 e 8 mL/kg de peso ideal predito do paciente, calculado com base na altura e no sexo, e não no peso real atual. Esta titulação volumétrica é a intervenção de maior impacto na minimização do volutrauma. Concomitantemente, a pressão de pico das vias aéreas deve ser continuamente aferida, configurando-se o alarme do ventilador para aproximadamente 10 cmH₂O acima da pressão de pico basal do paciente.¹¹ É imperativo que a pressão de pico não ultrapasse rotineiramente os limites de segurança fisiológica estabelecidos entre 40 e 50 cmH₂O, resguardando a integridade das estruturas alveolares e brônquicas. Adicionalmente, a pressão de distensão (*driving pressure*) e a pressão de platô devem ser monitoradas a cada alteração de parâmetros, visando mantê-las abaixo dos limiares de lesão reconhecidos na literatura intensivista.

A aplicação da pressão positiva expiratória final (*Positive End-Expiratory Pressure* - PEEP) requer uma abordagem altamente individualizada, baseada na mecânica pulmonar específica de cada afecção. Em quadros hipoxêmicos severos, como na SARA moderada a grave, recomenda-se a titulação de PEEP elevada, frequentemente situada entre 10 e 15 cmH₂O, para garantir o recrutamento alveolar sustentado, prevenir o colapso expiratório intermitente (atelectrauma) e melhorar a oxigenação sistêmica. Por outro lado, a monitorização contínua deve focar na identificação e quantificação da auto-PEEP (hiperinsuflação dinâmica), fenômeno especialmente deletério em pacientes com distúrbios ventilatórios obstrutivos crônicos (como DPOC e asma grave), exigindo o ajuste rigoroso dos alarmes, o prolongamento do tempo expiratório e a observação atenta das curvas de fluxo-tempo no monitor

do ventilador. Para pacientes cursando com SARA grave, evidenciada por uma relação PaO_2/FiO_2 inferior a 150 mmHg, a adoção da manobra de ventilação em posição prona por períodos prolongados de no mínimo 16 horas consecutivas figura como uma intervenção mandatória para a otimização da relação ventilação-perfusão (V/Q), homogeneização do gradiente de pressão transpulmonar e conseqüente redução da mortalidade.

A parametrização inicial da prótese ventilatória e o rigor institucional no gerenciamento do parque de alarmes são elementos críticos para a garantia da segurança do paciente crítico. O silenciamento inadequado ou a configuração negligente de limites de alarme constituem eventos adversos graves. Para padronizar o cuidado no Hospital Regional, os parâmetros descritos a seguir devem ser estabelecidos como rotina nas admissões sob suporte invasivo.

Parâmetro Ventilatório / Alarme	Diretriz Assistencial de Ajuste e Monitorização Contínua
Frequência Respiratória (f)	A frequência de base deve ser ajustada entre 8 e 35 incursões por minuto (ipm). Em quadros de taquipneia acentuada, sugere-se configurar a frequência de segurança de 10 a 15 ipm acima da taxa espontânea do paciente. Deve-se evitar a manutenção de valores crônicos acima de 35 ipm para prevenir o desenvolvimento de VILI, excetuando-se cenários de acidemia metabólica severa compensatória.
Pressão de Pico Elevada	O limite máximo do alarme deve ser posicionado a cerca de 10 cmH ₂ O acima da pressão sistólica da via aérea medida.

	Em caso de disparo, a equipe deve investigar imediatamente a presença de acotovelamentos do circuito, obstruções do tubo orotraqueal, rolhas de secreção, broncoespasmo severo ou assincronias paciente-ventilador.
Tempo Limite de Apneia	O limite máximo admissível deve ser parametrizado entre 20 e 30 segundos, assegurando a ativação imediata da ventilação de <i>backup</i> em modos espontâneos para evitar episódios de hipóxia ou bradicardia severa.
Volume do Alarme Sonoro	Mandatoriamente travado em 100% do volume máximo do equipamento. Falhas no suporte ventilatório representam risco iminente de colapso vital e morte, exigindo percepção audível imediata por toda a equipe assistencial, sobrepondo-se aos ruídos basais da unidade.
Baixa Pressão ou Desconexão	Sinaliza criticamente a ocorrência de desconexões do circuito respiratório, extubação acidental inadvertida ou deflação súbita do <i>cuff</i> (balonete). Exige inspeção física imediata de todas as conexões e da via aérea artificial.

O processo de liberação do suporte ventilatório (desmame) deve ser delineado o mais precocemente possível, guiado por Testes de Respiração Espontânea (TRE) diários, realizados, idealmente, de forma concomitante à

interrupção diária da sedação, prática conhecida como despertar diário.⁸ A modalidade de suporte pressórico (PSV) deve ser reduzida gradativamente até níveis basais (CPAP \leq 7,5 cmH₂O e PS < 15 cmH₂O) que permitam a avaliação acurada da capacidade do paciente de sustentar o próprio trabalho respiratório sem auxílio da máquina.

Neste contexto de transição, a Ventilação Não Invasiva (VNI) com pressão positiva em dois níveis, bem como a oxigenoterapia por Cateter Nasal de Alto Fluxo (CNAF), desempenham papéis de inestimável valor tanto na prevenção primária da intubação quanto na facilitação do desmame precoce e na prevenção da falha de extubação. Na exacerbação aguda da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), a instituição da VNI é fortemente recomendada pelas diretrizes, demonstrando capacidade de reduzir a necessidade de intubação com um Risco Relativo de 0,41, diminuir o tempo global de internação e reduzir a mortalidade. De modo similar, em pacientes cursando com crise asmática de intensidade moderada a acentuada, a VNI auxilia na diminuição substancial do esforço respiratório, reduzindo o risco de fadiga diafragmática, enquanto as terapias farmacológicas de resgate exercem seu efeito de reversão do broncoespasmo.

A eficácia técnica e a adesão irrestrita a este protocolo ventilatório repercutem de forma direta e profunda na mitigação das complicações intrínsecas ao ambiente hospitalar, atuando sobretudo como o principal pilar na redução da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV). A compressão dos dias de ventilação mecânica não apenas protege a biologia do paciente, mas impacta positivamente na métrica de eficiência avaliada pelo DRG e na capacidade de giro rápido de leitos intensivos.¹ Tais variáveis são os marcadores de qualidade definitivos observados no programa estadual Valora Minas, assegurando a obtenção e a manutenção do teto máximo de cofinanciamento previsto para a concessionária.

Protocolo de Sedação, Analgesia e Prevenção do Delirium (Bundle ABCDEF)

Ao longo de décadas, o manejo histórico do paciente crítico em ventilação mecânica invariavelmente envolvia a instituição de sedação profunda e

continuada, uma prática que a literatura médica atual reconhece inequivocamente como deletéria e obsoleta. O uso indiscriminado de sedativos prolonga o tempo de ventilação mecânica, induz atrofia muscular e polineuropatia associada à UTI, compromete o retorno venoso e precipita a ocorrência de distúrbios neurocognitivos graves, notadamente o *delirium*. O paradigma contemporâneo da terapia intensiva de alta performance preconiza a manutenção de pacientes "acordados, cooperativos, confortáveis e sem dor", alicerçando-se nas robustas diretrizes internacionais PADIS (*Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption*) e nas recomendações oficiais adaptadas pelas sociedades de especialistas no Brasil.

Para operacionalizar esta mudança de paradigma, a implementação sistemática do *Bundle ABCDEF* (*Assess, Prevent, and Manage Pain; Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials; Choice of analgesia and sedation; Delirium: Assess, Prevent, and Manage; Early mobility and Exercise; Family engagement and empowerment*) torna-se imperativa. A aplicação deste conjunto de medidas (*bundle*) está associada à otimização substancial de desfechos clínicos, facilitação da alta precoce da UTI, redução da mortalidade global e mitigação do esgotamento físico e mental (*burnout*) da própria equipe assistencial multidisciplinar.

O alicerce deste protocolo inicia-se com a avaliação e o manejo rigoroso da dor, a qual deve ser formalmente considerada e registrada como o quinto sinal vital na unidade de terapia intensiva. Sob a estratégia clínica denominada *Analgesia First* (analgesia em primeiro lugar), o controle da dor deve preceder sistematicamente qualquer administração de fármacos sedativos. A avaliação algológica deve ser realizada de forma horária pela equipe técnica de enfermagem e validada em cada exame físico conduzido pela equipe médica e fisioterapêutica. Empregam-se instrumentos validados internacionalmente de acordo com a capacidade de interação e o estado cognitivo do paciente: a Escala Visual Analógica (EVA) é direcionada aos pacientes conscientes e comunicativos, estabelecendo-se uma meta terapêutica de escore inferior a 3; em contrapartida, a *Behavioral Pain Scale* (BPS) é utilizada para a avaliação de pacientes sob ventilação mecânica invasiva ou com severo

rebaixamento do nível de consciência, com meta rigorosa de escore inferior a 4. O manejo farmacológico da dor prioriza a via de administração intravenosa, reservando a utilização de opioides potentes de ação rápida (como Fentanil e Morfina) para quadros de dor intensa ou durante procedimentos invasivos, enquanto integra adjuntos não opioides (como a Dipirona e o paracetamol) para o controle basal. Esta estratégia multimodal visa a redução da carga total e cumulativa de opioides, minimizando os clássicos efeitos adversos que prolongam a internação, tais como o íleo paralítico, a constipação severa, a tolerância medicamentosa e a depressão do centro respiratório bulbar.

No tocante à indução de hipnose e amnésia, a sedação farmacológica contínua deve possuir indicações clínicas extremamente precisas, como o manejo da dessincronia ventilatória refratária, o controle da hipertensão intracraniana, o tratamento do estado de mal epilético ou a estabilização em vigência de choque circulatório profundo. A profundidade do plano anestésico deve ser monitorada rigorosamente pela aplicação da escala *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) a cada turno de trabalho. A meta institucional padrão de sedação para a vasta maioria dos pacientes ventilados deve ser meticulosamente mantida entre o escore RASS -1 (paciente sonolento, que abre os olhos e direciona o olhar ao chamado verbal) e o RASS 0 (paciente alerta e calmo). Níveis de RASS situados entre -4 e -5, que denotam sedação profunda sem resposta ao chamado verbal ou à estimulação física dolorosa, devem ser restritos a cenários muito específicos, como a necessidade de bloqueio neuromuscular contínuo em pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SARA) severa.

O arsenal farmacológico da UTI sofreu uma transição consolidada baseada em evidências científicas de alto nível, favorecendo fortemente o uso da Dexmedetomidina (um potente e seletivo agonista alfa-2 adrenérgico) para a manutenção de sedações leves a moderadas. Esta predileção deve-se ao perfil farmacodinâmico único da droga, que promove sedação cooperativa e analgesia acessória, preservando concomitantemente a integridade da mecânica respiratória (sem depressão do *drive* ventilatório) e permitindo a interatividade contínua do paciente com a equipe assistencial e com os familiares. Agentes tradicionais como o Midazolam e o Propofol permanecem

no arsenal, contudo, são estrategicamente reservados para necessidades inadiáveis de sedação profunda, terapêuticas anticonvulsivantes, indução anestésica rápida ou quadros refratários aos alfa-2 agonistas.

Um componente indissociável do controle da sedação é a prática da Interrupção Diária da Sedação (IDS), também referenciada como "Despertar Diário". Este procedimento consiste na suspensão sistemática e contínua, geralmente no período matutino, da infusão de todos os sedativos e analgésicos contínuos, permitindo o clareamento neurológico do paciente, a avaliação da função cerebral subjacente e a realização de testes de respiração espontânea acoplados. O retorno da sedação, se estritamente necessário em virtude do surgimento de agitação psicomotora incoercível não tratável por outras vias, ou hipóxia grave com queda da SpO2 para níveis inferiores a 88%, é reinstituído utilizando-se tipicamente a metade da dose de infusão prévia. Tal prática previne o acúmulo da droga no tecido adiposo periférico, reduz a impregnação sistêmica e acelera o desmame.

O *delirium* no paciente crítico manifesta-se como um distúrbio agudo, caracterizado por alterações da atenção e da cognição, configurando-se na atualidade como um preditor independente e gravíssimo de elevação da mortalidade, aumento exponencial do tempo de internação e desenvolvimento de déficits cognitivos persistentes em longo prazo. Todos os pacientes internados na UTI que apresentarem escore RASS ≥ -3 (ou seja, capazes de responder, ainda que minimamente, à estimulação) devem ser avaliados diariamente, pelo menos uma vez, utilizando o método CAM-ICU (*Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*). A profilaxia primária e o tratamento basal do *delirium* fundamentam-se na implementação de medidas não farmacológicas agressivas e estruturadas.

Eixo Terapêutico e Avaliativo	Ferramenta e Estratégia de Implementação Clínica	Impacto no Perfil de Desfecho Operacional
-------------------------------	--	---

<p>Avaliação Algológica</p>	<p>Aplicação da BPS para pacientes não comunicativos (meta < 4) e EVA para pacientes interativos (meta < 3).</p>	<p>Permite a redução do estresse fisiológico, a mitigação do estado de hipermetabolismo sistêmico e o controle da taquicardia induzida pela dor.</p>
<p>Titulação da Sedação</p>	<p>Uso contínuo da Escala RASS. Meta preconizada entre -1 e 0, promovendo uma sedação leve e interativa.</p>	<p>Viabiliza clinicamente a implementação do Despertar Diário, encurtando de forma demonstrável o tempo total em suporte de ventilação mecânica.</p>
<p>Monitoramento do Delirium</p>	<p>Diagnóstico diário mandatório utilizando a ferramenta CAM-ICU em todos os pacientes com RASS \geq -3.</p>	<p>Favorece a identificação ultrassônica da disfunção cerebral aguda, reduzindo a morbidade neurológica crônica e otimizando os custos sistêmicos do hospital.</p>
<p>Prevenção Farmacológica Não</p>	<p>Reorientação dioturna, reconciliação de dispositivos (óculos/aparelhos auditivos), adequação do ciclo sono-vigília e controle de ruídos e luzes noturnos.</p>	<p>Minimiza a necessidade de contenção mecânica, melhora a aceitação da ventilação não invasiva e eleva as taxas de satisfação do paciente e de sua rede de apoio familiar.</p>

O manejo farmacológico do *delirium* (empregando-se agentes antipsicóticos típicos ou atípicos, como o haloperidol ou a quetiapina) é estritamente restrito e reservado para o controle de sintomas no subtipo de *delirium* hiperativo agudo que coloque em risco iminente a integridade física do paciente, da equipe ou que predispõe à autoextubação e à remoção de cateteres vitais.

Protocolo de Mobilização Precoce em Terapia Intensiva

A manifestação da fraqueza adquirida na UTI (FAUTI) e as diversas síndromes de imobilidade associadas ao repouso prolongado no leito geram sequelas neuromusculares, articulares e autonômicas profundas, impactando o prognóstico do paciente muito além da sua alta hospitalar. As Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva, chanceladas e publicadas pela AMIB, alteraram irrevogavelmente o paradigma da reabilitação, estabelecendo que a mobilização precoce não apenas é exequível sob o ponto de vista logístico, mas demonstrou ser um procedimento seguro e com baixíssima incidência de eventos adversos graves, mesmo em pacientes submetidos à ventilação mecânica e suporte vasoativo.

A prescrição de atividades fisioterapêuticas no ambiente de alta complexidade deve iniciar-se proativamente, de forma ideal nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão na UTI, desde que asseguradas as condições basais de estabilidade. O objetivo perpassa a mera prevenção de contraturas, visando a manutenção da arquitetura da fibra muscular, a facilitação da depuração de secreções brônquicas, a otimização do recrutamento alveolar e, precipuamente, a aceleração contundente do processo de desmame da prótese ventilatória. Em ensaios clínicos randomizados e estudos de coorte de elevada robustez metodológica, evidenciou-se que intervenções sistemáticas de reabilitação motora e mobilidade diminuem expressivamente o tempo total de internação em UTI. Este fator contribui de forma decisiva para a contenção dos custos relativos à internação de alta complexidade, viabilizando economicamente o desempenho da instituição perante as

métricas de valoração do programa DRG e as premissas de cofinanciamento do Valora Minas.

O planejamento da progressão motora em pacientes críticos baseia-se em rigorosos protocolos de estratificação de risco, habitualmente orientados pelo "Sistema de Semáforo" (*Traffic Light System*), que examina de maneira minuciosa as variáveis cardiovasculares, respiratórias e neurológicas instantes antes do início da intervenção fisioterapêutica. A segurança e a elegibilidade do paciente guiam a conduta: a Luz Verde (Baixo Risco) autoriza a intervenção terapêutica plena em pacientes hemodinamicamente estáveis, sem uso escalonado de drogas vasoativas e com adequada cooperação neurológica. A Luz Amarela (Risco Moderado) exige que a mobilização seja precedida de discussão interdisciplinar e acompanhada de monitorização intensificada, sendo aplicável em pacientes mantidos com baixas doses de vasopressores, ou em suporte ventilatório com parâmetros moderados. Em contraposição absoluta, a Luz Vermelha (Alto Risco) contraindica temporariamente a mobilização em face de uma ameaça fisiológica imediata. Constituem contraindicações absolutas temporárias a presença de Pressão Arterial Sistólica (PAS) > 170 mmHg ou quadros de hipotensão refratária, hipertensão intracraniana incontrolável, fraturas ortopédicas de coluna ou pelve não fixadas cirurgicamente, arritmias ventriculares ou supraventriculares com resposta ventricular rápida não controlada, infarto agudo do miocárdio (IAM) recente e a presença de feridas abdominais abertas sob laparostomia/peritonostomia ativa. Critérios de interrupção imediata da terapia em andamento englobam a percepção aguda de exaustão muscular pelo paciente, a incapacidade de sustentar a postura sentada de forma segura e desaturações arteriais abruptas ou persistentes.

Para uma quantificação estruturada da funcionalidade e o acompanhamento objetivo da evolução motora desde o momento da admissão até a transferência para a enfermaria, é imprescindível a adoção institucional de escalas validadas. A Escala de Mobilidade Funcional na UTI (*ICU Mobility Scale - ICU-FMS*) ou o Escore de Estado Funcional para a UTI (*Functional Status Score for the ICU - FSS-ICU*) fornecem as métricas necessárias para parametrizar e auditar os avanços.

Nível de Funcionalidade	Estratégia de Intervenção e Metas Fisioterapêuticas Diárias
Nível 0 (Totalmente Dependente)	Atividade ativa nula. A intervenção concentra-se no espectro passivo, englobando a mobilização articular de preservação, a aplicação de eletroestimulação neuromuscular e o posicionamento terapêutico rigoroso para a prevenção primária de contraturas deformantes.
Nível 1 a 3 (Evolução no Leito)	Introdução progressiva de atividades em decúbito, exercícios de caráter ativo-assistido, treino de rolamento no leito e exercícios de controle de tronco, evoluindo até a capacidade de o paciente manter-se sentado na beira do leito de forma segura.
Nível 4 a 5 (Transferência)	O treinamento avança para a obtenção do ortostatismo (postura de pé) sob supervisão e o treino de transferência do leito hospitalar para poltronas ou cadeiras adjacentes.
Nível 6 a 10 (Deambulação)	Configura o estágio avançado da recuperação na UTI, variando desde a marcha estacionária ao lado do leito até a deambulação progressiva e independente (alcançando distâncias superiores a 5 metros, com ou sem a

	dependência de dispositivos de auxílio à marcha).
--	---

A implementação dioturna e sistemática desta rotina não apenas reverte a hipotrofia muscular. Ela desempenha o papel sistêmico de diminuir substancialmente a incidência de complicações tromboembólicas, promove o esvaziamento gástrico precoce, otimiza o peristaltismo e o metabolismo da glicose. Por ser a via final comum para a reabilitação, o protocolo de mobilização é um dos elementos mais determinantes para que o paciente consiga obter alta da UTI em plenas condições de transitar para a Linha de Cuidado das enfermarias, reduzindo o risco de readmissão não planejada na terapia intensiva.

Protocolo de Uso Racional de Antimicrobianos (Stewardship)

A resistência aos antimicrobianos (AMR) evoluiu para o patamar de uma das mais severas e inexoráveis ameaças globais à saúde pública, exercendo um impacto devastador que eleva exponencialmente os custos do tratamento hospitalar, prolonga o tempo de internação e multiplica as taxas de letalidade e morbidade. O ecossistema das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é particularmente vulnerável a esta ameaça devido à conjunção de pacientes imunossuprimidos, elevado uso de dispositivos invasivos e a frequência do uso empírico, profilático e terapêutico de antimicrobianos de amplo espectro. Essa dinâmica impõe uma profunda pressão seletiva sobre a microbiota, impulsionando a disseminação de organismos multirresistentes (MDROs).

Neste cenário de crise, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por intermédio da Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA) em Serviços de Saúde – Revisão 2023, preconiza a adoção de um arcabouço estrutural pautado em componentes essenciais de implementação obrigatória para as concessionárias e provedores do SUS. O Programa *Stewardship* em Antimicrobianos transcende a mera elaboração de fluxogramas; ele é definido como um conjunto orgânico e coordenado de intervenções desenhado para

medir, monitorar e otimizar permanentemente a prescrição farmacológica na UTI.

A implantação com elevado grau de eficácia demanda uma mudança profunda na cultura clínica e administrativa da instituição, encontrando sustentação sólida em seis pilares estratégicos estabelecidos pela ANVISA.

Componente Estrutural (PGA 2023)	Definição e Aplicação Prática no Ambiente da Terapia Intensiva
Apoio Institucional e Lideranças	Exige o comprometimento ostensivo e formal da diretoria executiva, direção médica, gerência de enfermagem e coordenação da farmácia para aprovisionar os recursos humanos, financeiros e os sistemas de tecnologia da informação indispensáveis à consecução do programa.
Definição de Responsabilidades	Institui a formação de um time operacional de controle. Requer o protagonismo de médicos infectologistas ou intensivistas especializados, em pareamento com o farmacêutico clínico. A atuação farmacêutica dotada de autonomia técnica reduz vertiginosamente a incidência de prescrições inadequadas e mitiga a toxicidade sistêmica.
Educação Continuada	Estabelecimento de matrizes de treinamento técnico periódico das

	<p>equipes prescritoras, fundamentado nas auditorias prospectivas e no perfil epidemiológico e de sensibilidade microbiana endêmico do próprio hospital. Engloba também a orientação direta aos pacientes e familiares, com participação vital da enfermagem.</p>
<p>Ações para Melhorar o Uso</p>	<p>Execução de intervenções diretas de barreira e de fluxo. Compreende a redação de protocolos clínicos adaptados à ecologia microbiana local, a instituição de medidas restritivas (sistemas de bloqueio e pré-autorização via formulário para antimicrobianos de reserva, como polimixinas e carbapenêmicos) e a realização de auditorias diárias.</p>
<p>Monitoramento do Programa</p>	<p>Acompanhamento metuculoso dos indicadores de desfecho e das métricas de consumo antimicrobiano (como a Dose Diária Definida - DDD, e os Dias de Terapia - DOT) para a avaliação objetiva e temporal das taxas de adequação prescritiva da UTI.</p>
<p>Divulgação e Gestão à Vista</p>	<p>Compartilhamento ativo, periódico e transparente dos dados consolidados com todo o corpo clínico, por meio de sessões de <i>feedback</i> constante e a elaboração de relatórios individualizados da UTI, expondo de modo claro o volume</p>

	de consumo e as tendências de resistência.
--	--

O cume operacional do *Stewardship* na rotina diária da UTI consolida-se através de processos como a auditoria prospectiva interdisciplinar, comumente referenciada na prática clínica como o "Time-Out" antimicrobiano. Este momento de pausa e revisão sistemática ocorre tipicamente na janela de 48 a 72 horas que se segue ao início da cobertura empírica com o antibiótico de largo espectro. Durante esta intervenção, o farmacêutico clínico e o médico infectologista (ou intensivista designado) examinam criticamente a prescrição, correlacionando a indicação empírica de admissão com os resultados finais ou parciais das culturas microbiológicas e painéis de suscetibilidade. O ajuste da farmacocinética e farmacodinâmica (PK/PD) é revisto neste exato momento, compensando as frequentes alterações de volume de distribuição e clareamento renal experimentadas pelo paciente séptico.

Ao se constatar a sensibilidade do agente a drogas de menor espectro, ou a negatividade fidedigna da cultura em um paciente que demonstra evolução clínica irretocavelmente favorável, a equipe procede ao **descalonamento** antimicrobiano ou, quando indicado, à suspensão imediata da droga para evitar exposição fútil. Evidências bibliográficas sólidas demonstram de forma cristalina que a prática metódica do descalonamento restringe a emergência de infecções causadas por MDROs, aplaca os surtos de colite pseudomembranosa desencadeada pelo *Clostridioides difficile* e propicia uma redução significativa no tempo total e no custo global de hospitalização, sem acarretar, em absoluto, impacto negativo sobre a taxa clínica de cura ou de sobrevivência do paciente.³⁵ Destaca-se ainda que a adesão orgânica do corpo clínico às propostas de descalonamento aumenta substancialmente quando há a estruturação de um modelo de auditoria e *feedback* colaborativo que não assume caráter meramente punitivo.

Protocolo de Prevenção de Lesões de Pele e Tecidos Profundos

O paciente internado em estado crítico manifesta uma constelação de características fisiológicas intrínsecas (instabilidade hemodinâmica, desnutrição protéico-calórica, hipercatabolismo severo, falência microvascular e edema anasarcal) que, superpostas a fatores extrínsecos inevitáveis (imobilidade restrita induzida pelo uso de altas doses de drogas vasoativas, necessidade de contenção em ventilação mecânica e a presença de múltiplos dispositivos de monitorização invasiva), o expõem a um risco extremo para a gênese rápida de Lesões por Pressão (LP). Consoante às robustas diretrizes estabelecidas na Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023, uma Lesão por Pressão compreende o dano estrutural localizado na pele ou nos tecidos moles subjacentes, originado pela isquemia compressiva prolongada ou pela combinação letal de pressão e forças de cisalhamento, comumente sobrejacente a proeminências ósseas. A ocorrência destas lesões nos estágios avançados 3 e 4, ou a sua inclassificabilidade decorrente de necrose, configura-se como um evento adverso de gravidade extrema, mundialmente tipificado como *never event* (evento que jamais deveria ocorrer), e que demanda a notificação compulsória imediata no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Notivisa).

A prevenção efetiva, consubstanciada em protocolos proativos, inicia-se no momento exato da admissão do paciente no leito de UTI através da aplicação mandatória de escalas preditivas validadas. A **Escala de Braden** deve ser rotineiramente e universalmente empregada para estratificar e quantificar o risco de desenvolvimento de lesão no paciente adulto. Esta escala afere, através de escores, a percepção sensorial, a umidade tegumentar, o nível de atividade e de mobilidade no leito, o estado metabólico-nutricional e a propensão às forças mecânicas de fricção e cisalhamento. A reavaliação deste risco não deve ser esporádica, mas sistemática e diária, ou realizada de imediato caso o paciente sofra uma mudança aguda de sua condição hemodinâmica.

Além do uso das escalas, exige-se da equipe de enfermagem a realização de uma inspeção cefalocaudal diária minuciosa e rigorosa de todo o tegumento,

com enfoque imperativo sobre as proeminências ósseas críticas (região sacral, proeminências isquiáticas, trocânteres femorais, calcâneos, cêndilos dos joelhos e a protuberância occipital).³⁹ Destaca-se a obrigatoriedade de atenção técnica especializada ao exame da pele em pacientes de pele preta ou retinta, populações nas quais a presença de um eritema não-branquiável (o clássico sinal da lesão em estágio 1) pode não ser visivelmente distinguível. Nesses indivíduos, a avaliação deve guiar-se fortemente por alterações táteis sutis, tais como o endurecimento da fáscia (induração), a modificação térmica do local (percepção de área mais quente ou mais fria em comparação ao tecido perilesional hígido) ou a resposta comportamental e verbal de dor ao toque.

Para os pacientes identificados como vulneráveis na estratificação da escala de Braden, o pacote de intervenções de cuidados deve englobar obrigatoriamente a adoção das seguintes medidas estratégicas e preventivas:

Intervenção Preventiva Estratégica	Mecanismo de Ação e Diretrizes de Execução Técnica
Redistribuição Dinâmica da Pressão	A mudança de decúbito programada no leito é o pilar preventivo basilar. A ANVISA preconiza a técnica de posicionamento em decúbito lateral limitado a um ângulo máximo de 30 graus em relação ao plano do leito, manobra crucial para evitar a concentração de força isquêmica diretamente sobre o trocânter maior do fêmur. ³⁹ Os calcâneos devem ser rigorosamente mantidos em suspensão "flutuante", sustentados por coxins macios ou dispositivos de espuma

	<p>posicionados anatômicamente sob o trajeto das panturrilhas.</p>
<p>Superfícies de Suporte Avançadas</p>	<p>Pacientes sob internação em terapia intensiva, devido à impossibilidade de mobilização ativa, devem ser alocados preemptivamente em colchões pneumáticos dinâmicos de pressão alternada ou em colchões com propriedades viscoelásticas de alta densidade, selecionados segundo o índice de massa corporal do paciente e o grau de severidade da restrição de sua mobilidade.</p>
<p>Prevenção de Lesões Relacionadas a Dispositivos Médicos (LPRDM)</p>	<p>A UTI caracteriza-se pela vasta e ininterrupta utilização de cateteres venosos centrais, sondas nasoentéricas, tubos orotraqueais rígidos, drenos e fixadores cefálicos. Estes aparatos, se não adequadamente acolchoados ou remanejados periodicamente, geram zonas de necrose de compressão que perfuram rapidamente a mucosa e a derme local.³⁹ A pele e a mucosa circundante aos dispositivos devem ser inspecionadas, no mínimo, duas vezes ao dia.</p>
<p>Manejo da Umidade do Microclima</p>	<p>Fundamental para prevenir a hiperidratação e maceração do estrato córneo decorrente da exposição crônica a fluidos corporais, sudorese excessiva,</p>

	incontinência urinária e fecal. ³⁹ O protocolo exige a utilização de barreiras protetoras lipídicas (cremes enriquecidos ou sprays a base de dimeticona) e a substituição do uso de tecidos absorventes retentores por fraldas de tecnologia de alta absorção. A higienização deve ocorrer imediatamente após episódios de incontinência, executada sem a aplicação de fricção vigorosa e evitando o uso de sabonetes com pH excessivamente alcalino.
--	--

A aderência rigorosa e auditável a este protocolo de prevenção de Lesão por Pressão transcende a esfera da responsabilidade civil ou o resguardo institucional frente a litígios e auditorias dos órgãos reguladores. Trata-se de uma intervenção vital que reduz drasticamente a morbidade hospitalar intra-UTI e inibe a gênese de infecções secundárias nosocomiais graves — em especial infecções de tecidos profundos e osteomielites provocadas pela quebra massiva da barreira epidérmica e invasão bacteriana de áreas nobres.

Protocolo de Terapia Renal Substitutiva em Terapia Intensiva

A Injúria Renal Aguda (IRA) exhibe altíssima prevalência e uma taxa alarmante de morbimortalidade na população de pacientes gravemente doentes internados na UTI. A falência renal aguda não ocorre como um epifenômeno isolado; ela comumente resulta da convergência catastrófica de estados de sepse com choque circulatório grave, perda volêmica maciça, síndrome cardiorenal descompensada, grandes intervenções cirúrgicas e agressão direta por nefrotoxicidade medicamentosa ou pelo uso de contrastes intravasculares. A eficácia terapêutica na condução desta síndrome fundamenta-se na pronta intervenção hemodinâmica e no manejo

interdisciplinar perfeitamente coordenado. Tais ações encontram respaldo e alinhamento normativo no recente *Guia de Assistência Nefrológica Hospitalar* de 2024, chancelado oficialmente pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), documento que delinea as bases de competência e preconiza a atuação centralizada e precoce do médico nefrologista especialista na terapia intensiva.

O diagnóstico tempestivo da IRA requer a vigilância ininterrupta e seriada da evolução dos marcadores biológicos laboratoriais (aumento da creatinina sérica e ureia) acoplada à mensuração rigorosa dos débitos urinários horários.⁴³ O manejo da hipervolemia instalada impõe uma abordagem farmacológica agressiva e precoce, apoiada na administração otimizada de diuréticos de alça em ambiente de monitorização fina. O presente protocolo institucional endossa a execução do **Teste de Estresse com Furosemida (FST)** como uma ferramenta diagnóstica de excepcional utilidade para estratificar com precisão e precocidade os pacientes sob alto risco de progressão para os estágios mais avançados de IRA, objetivando confirmar a necessidade inadiável do suporte dialítico invasivo. A execução do teste consiste na infusão em *bolus* rápido de 1 mg/kg de furosemida endovenosa para pacientes virgens do uso prévio da medicação, ou na dose escalonada de 1,5 mg/kg para pacientes que já mantinham uso crônico ou hospitalar da droga. A constatação de ausência de resposta diurética significativa, caracterizada arbitrariamente por um volume urinário inferior a 200 mL no intervalo das 2 horas subsequentes à infusão, atesta laboratorialmente a gravidade e o comprometimento irreversível da disfunção tubular aguda, sinalizando de modo cabal a necessidade da prescrição iminente de Suporte Renal Artificial (SRA).

A diretriz basilar advogada pela SBN assevera o compromisso com a não postergação arbitrária da tomada de decisão para a inserção do acesso venoso de diálise e o início da terapia; ainda que ocorra uma resposta diurética inicial favorável mas discreta aos estímulos farmacológicos, frente ao declínio vertiginoso e ininterrupto da taxa de filtração glomerular, acompanhada da deterioração clínica sistêmica do paciente (retenção

nitrogenada severa, disnatremias ou acidose láctica persistente), as medidas invasivas extracorpóreas devem ser prontamente acionadas.

A eleição da modalidade ideal da Terapia Renal Substitutiva (TRS) no ambiente intensivo é singularizada ao perfil hemodinâmico de cada paciente, requerendo para a sua prescrição o estreito escrutínio interdisciplinar entre o médico intensivista horizontal da unidade e o médico nefrologista. As diretrizes normativas vigentes vedam estritamente o emprego de serviços distantes de telemedicina para a prescrição inicial da diálise em pacientes instáveis sob internamento hospitalar, validando o recurso da telessaúde apenas e excepcionalmente para a provisão de consultorias interdisciplinares, atestando assim a imprevisibilidade e a volatilidade da condição de perfusão do paciente crítico. As diferentes e avançadas modalidades dialíticas disponíveis atendem a propósitos e cenários fisiopatológicos marcadamente específicos :

Modalidade de Terapia Renal	Indicações Clínicas e Fundamentação Fisiológica
Hemodiálise Intermitente Clássica (HDI)	Selecionada primordialmente para indivíduos com IRA que mantêm inequívoca estabilidade cardiovascular e autonômica. A máquina garante a depuração de escórias nitrogenadas e a equalização do balanço hídrico dentro do espectro restrito de um turno convencional que dura entre 3 e 4 horas ininterruptas.
Terapias Renais Substitutivas Contínuas (TRSC)	Contempla métodos como a hemodiafiltração venovenosa contínua (CVVHDF). Constitui a recomendação

	absoluta e mandatória para os indivíduos cursando com instabilidade hemodinâmica letal, englobando os pacientes em choque profundo dependentes de altíssimas titulações de fármacos vasopressores, portadores de disnatremias neurológicas que exijam correção plasmática muito lenta, ou naqueles que exibam elevada predisposição anatômica à hipertensão intracraniana.
--	--

Nas terapêuticas da modalidade contínua (que usualmente perfazem as 24 horas ininterruptas do dia em modo de tratamento), o processo físico de ultrafiltração do excedente de líquidos plasmáticos ocorre de forma muito gradativa e a utilização combinada da cinética convectiva permite uma excelente e contínua depuração de solutos (como as citocinas em excesso no quadro séptico) sem impor ao paciente os temidos riscos de translocação rápida e abrupta de volumes intravasculares. Tal processo contínuo visa assegurar a perfusão contínua da microcirculação dos órgãos nobres esplâncnicos e a estabilidade das pressões e equilíbrio homeostático cerebral.

A salvaguarda de intervenções seguras e assepsia integral nos complexos acessos vasculares profundos, o ajuste fino milimétrico e continuado da estratégia de anticoagulação regional com citrato trissódico ou anticoagulação sistêmica por heparina, exigida obrigatoriamente pelos extensos circuitos extracorpóreos de diálise, somados ao remanejamento dinâmico diário da dosimetria dialítica e das cargas hídricas de ultrafiltrado situam-se sob a responsabilidade indelegável da equipe de nefrologia lotada presencialmente e de forma rotineira na UTI.

Em complemento às intervenções de caráter invasivo, o escopo da assistência do serviço hospitalar especializado exige que a nefrologia adote a

postura ativa de educador sistêmico e guardião da prevenção contra a nefrotoxicidade adquirida no hospital: cabe ao protocolo induzir a readequação milimétrica de todas as doses de antimicrobianos administrados (convergindo os seus interesses de modo sinérgico com as metas do programa *Stewardship*), inibir ativamente o uso imprudente e despropositado de contrastes radiológicos iodados endovenosos quando meios alternativos estiverem disponíveis, e supervisionar criteriosamente a oferta de agentes imunossupressores. Essa vigilância multidisciplinar transversal não apenas preserva a função do enxerto em receptores de transplante internados, mas garante a viabilidade robusta do suporte renal conservador de caráter não dialítico nos casos iniciais menos críticos ou na franca fase de poliúria de recuperação do néfron.

Integração Operacional, Eficiência em DRG e Indicadores Qualitativos (Valora Minas)

A idealização meramente teórica ou a implantação apartada e desarticulada dos seis protocolos analisados revelar-se-ia absolutamente insuficiente para viabilizar as elevadas entregas assistenciais e as metas de valor categoricamente demandadas pelos programas de subvenção financeira vinculados à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com destaque absoluto para o programa de Política Estadual de Atenção Hospitalar – **Valora Minas**. Com a finalidade de atestar a robustez na escalabilidade assistencial, rigorosamente imposta pela Concessão de Uso delineada no Edital N° 06/2026, e suportar economicamente as vastas demandas operacionais projetadas para o período contratual máximo de até 35 anos de concessão filantrópica ininterrupta, torna-se forçoso conceber o cuidado intensivo à luz da interoperabilidade sistêmica de dados, estruturada preferencialmente nas métricas da plataforma metodológica internacional de classificação hospitalar baseada no modelo de *Diagnosis Related Groups* (DRG).

Dentro do contexto macroeconômico e estratégico inserido nos módulos Hospitais Regionais e Valor em Saúde, o arcabouço normativo do Governo do Estado estabelece o repasse de cifras financeiras vinculadas inexoravelmente

à métrica de eficiência aferida através do **Projeto OtimizaSUS**. Este modelo de remuneração estipula que a entidade administradora garanta o cadastramento escrupuloso e minucioso das informações inerentes a cada procedimento diagnóstico ou terapêutico executado, atestando cada comorbidade do paciente na admissão, e rastreando cada incidente adverso do tratamento (codificado e auditado sob a égide do DRG). A lógica primordial e transformadora do modelo baseia-se em afastar o financiamento anacrônico calcado na mera disponibilização passiva de leitos ociosos, promovendo a agregação e qualificação do paciente por categorias de similaridade clínica e prognóstica; as afecções não são tratadas por setores da planta física, mas agrupadas pelo risco clínico esperado e pelo teto admissível de custos operacionais hospitalares para o manejo daquela patologia específica codificada.

É no domínio estrito deste monitoramento contábil e clínico onde as pequenas distorções sistêmicas tornam-se críticas, posto que falhas na execução prática diária na beira do leito de qualquer um dos protocolos intensivos transparecerão e penalizarão prontamente estas métricas governamentais em tempo real. O uso subótimo, não compliance ou fraco enraizamento cultural do *Bundle* ABCDEF para sedação repercute inexoravelmente no recrudescimento nas taxas de *delirium* prolongado da unidade. De igual modo, o afrouxamento na disciplina das auditorias e no descalonamento de antimicrobianos capitaneado pela equipe de controle da infecção — resultando em um programa *Stewardship* disfuncional e omissivo na prevenção da resistência bacteriana — culmina prolongando acintosamente o Tempo Médio de Permanência na UTI (LOS - *Length of Stay*) e inflando irresponsavelmente o tempo global de internação e consumo de leitos de enfermaria.

Na metodologia impositiva e sancionadora do DRG, essa estadia excessiva que venha a extrapolar o limite referenciado na curva da normalidade estabelecida para a gravidade do diagnóstico basal do paciente é punitivamente classificada sob a rubrica da ineficiência técnica assistencial. Em termos reais de gestão da concessão, isso se converte imediatamente em desperdício financeiro explícito por taxa de permanência abusiva não

compensada e traduz-se em descapitalização por perda irrecuperável do giro das ocupações dos leitos de alta rentabilidade SUS previstos em teto.

O sucesso cabal para a operacionalização de uma infraestrutura de alta complexidade sustentável deflui integralmente da maturação das "linhas de resposta rápida", ancoradas visceralmente e perfeitamente orquestradas nestes protocolos assistenciais essenciais. Quando a janela de oportunidade de ouro do paciente crítico adentrando na UTI com a síndrome do choque distributivo ou de etiologia circulatória é pronta e adequadamente manejada na linha do tempo sob terapia renal contínua e asséptica precoce (como asseveram as premissas irreduzíveis da SBN) para a estrita proteção da contratilidade do miocárdio de uma acidose láctica descompensadora; e acoplado no ínterim, de modo imediato, com um desmame assertivo ou suporte ventilatório eficiente em VNI sob as balizas neurológicas de RASS - 1/0 em vigilância (como rege a cartilha do PADIS), manifestam-se potentes sinergismos sistêmicos favoráveis à recuperação biológica precoce. Este é o exato limiar e o fulcro que permitem a extubação do doente e reduzem vertiginosa e estatisticamente as taxas crônicas de letalidade e o tempo da síndrome da imobilidade na unidade de internação.

Adicionalmente e num cenário subsequente, quando este mesmo paciente frágil de altíssima propensão à morbidade crônica consegue engajar-se de modo diário no programa extenuante, porém redentor, de mobilidade com a fisioterapia neurofuncional e motora intensiva, logrando transpor níveis iniciais no score da escala ICU-FMS até alcançar de maneira resiliente e veloz graus de autonomia superiores a 4 (fase em que se assegura a postura ortostática ativa); tudo isso sustentado pela inquebrantável manutenção e garantia legal de sua pele íntegra e tecidos profundos são por intermédio das incessantes vias de cuidados anti-cisalhamento do decúbito trinta graus suportado sob a tecnologia fundamental do leito com propriedades de alívio por colchões pneumáticos de excelência (em harmonia direta aos mandamentos das inspeções protetivas da rigorosa Nota Técnica 05/2023 da agência reguladora da Vigilância Sanitária); o que se extrai clinicamente em termos reais é o espetacular êxito desse enfermo. Ele consolida o desfecho esperado e preconizado da intervenção de terapia intensiva e alcança a tão desejada alta

para desospitalização das unidades setoriais e alas cirúrgicas críticas com um notório resgate substancial da sua autonomia básica, amalhando índices consolidados e cancelados de imensa independência em relação à etapa de ingresso. Simultaneamente aos bons augúrios de sua pronta recuperação orgânica e social para as enfermarias contíguas, há concomitantemente o coroamento da efetividade em registrar uma taxa de alta segurança e acurácia da prestação assistencial da entidade concessora à sociedade e aos municípios regulados pelo SUS de Minas Gerais.

A minuciosa e tempestiva documentação, sem rasuras de viés fidedignos e progressos destas hercúleas e exitosas intervenções diárias, levada a bom termo pela inserção dos códigos na rede por parte do indispensável analista faturista das informações e de validação da codificação DRG em saúde, é a chave derradeira no processo moderno das contratualizações de parcerias com o erário público. Esse expediente laborioso provê continuamente às auditorias de contas não apenas a sustentação perene da legalidade, mas a formatação das valiosas bases e robustas evidências dos indicadores de segurança institucional em rede do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que embasarão de modo decisivo para que a organização pleiteie a almejada qualificação das certificações nacionais, destacando-se de pronto os graus máximos Níveis de Acreditação e Excelência ONA 1, 2 e 3 que o Hospital Regional deverá inexoravelmente comprovar, garantir e sustentar de forma invicta após a sua assunção. E, de uma maneira corolária irremediável, esse ciclo virtuoso garante os vultosos repasses governamentais de recomposições e financiamentos pactuados da SES-MG inerentes aos projetos temporários atrelados e vigentes, garantindo as margens de estabilidade contábil. A monitorização da conformidade do uso dos leitos, amparada pelas checagens contínuas da governança clínica baseada em auditorias da cultura do aprendizado não punitivas em detrimento dos modelos arcaicos da era pretérita, viabiliza o aprimoramento ininterrupto de sistemas preventivos e posiciona, sem embargo, a excelência clínica aliada à eficiência administrativa, pilares intransponíveis e aclamados na consecução de um exímio centro macrorregional na política hospitalar brasileira.

Referências citadas

1. Edital Regional de Lafaiete.pdf
2. Valora Minas | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/>
3. SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - FAMERP, acessado em março 26, 2026, <https://btd.famerp.br/bitstream/tede/762/2/PaulaFerreiradeVasconcelosHinestrosaDissert.pdf>
4. Portaria GM/MS nº 895 de 31 de março de 2017. - Observatório Hospitalar, acessado em março 26, 2026, <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/biblioteca/portaria-gmms-no-895-de-31-de-marco-de-2017>
5. PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de ele, acessado em março 26, 2026, <https://www.itecceduc.com/download/img/fotos/167448536329portaria-895-2017-uti-uco-pdf.pdf>
6. Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017, acessado em março 26, 2026, <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/237884.html>
7. DIRETRIZES DE CODIFICAÇÃO DA FHEMIG, acessado em março 26, 2026, <https://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/37363/DRG---Diretrizes-de-Codificacao-da-Fhemig.pdf>
8. PROTOCOLO DE SEDAÇÃO E ANALGESIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, acessado em março 26, 2026, <http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/668/1/Protocolo%20PADIS%20IMIP-vers%C3%A3o%20final.pdf>
9. A INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NA MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM ADULTOS DENTRO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI | Scientia Generalis, acessado em março 26, 2026, <http://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/v1n2a2>

10. Adult Intensive Care Unit antimicrobial Stewardship program: An integrative review, acessado em março 26, 2026, <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/45883>
11. Untitled - Cloudfront.net, acessado em março 26, 2026, <https://d1xe7tfq0uwul9.cloudfront.net/amib-portal/wp-content/uploads/2024/09/18120131/Orientacoes-Praticas-de-Ventilacao-Mecanica-Interativo-SET-17.pdf>
12. Orientações práticas de ventilação mecânica baseadas em evidências: sugestões de duas sociedades médicas brasileiras - ResearchGate, acessado em março 26, 2026, https://www.researchgate.net/publication/388742195_Orientacoes_praticas_de_ventilacao_mecanica_baseadas_em_evidencias_sugestoes_de_duas_sociedades_medicas_brasileiras
13. Ventilação Mecânica Não-Invasiva com Pressão Positiva - Amib, acessado em março 26, 2026, <https://www.amib.org.br/wp-content/uploads/2021/07/ConsensoVentilacaoMecanica.pdf>
14. Orientações Práticas - Cloudfront.net, acessado em março 26, 2026, <https://d1xe7tfq0uwul9.cloudfront.net/amib-portal/wp-content/uploads/2024/09/12100249/Orientacoes-Praticas-de-Ventilacao-Mecanica-Interativo-SET-11-1.pdf>
15. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte I - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/rbti/a/Whwrm75h6MJwr5C6JmJg73Q/?lang=pt>
16. 4088 SEDAÇÃO E ANALGESIA EM UTI: PROTOCOLOS ATUAIS E MELHORES PRÁTICAS RESUMO, acessado em março 26, 2026, <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/14764/7548>
17. updated sedative choices in the intensive care unit Enhancing patient care - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/ccsci/a/RjLR6jcpbrQZWX9vSQ5b5Jg/?lang=pt>
18. The ABCDEF Bundle: Can it improve delirium and nurse burnout? - AACN, acessado em março 26, 2026, <https://www.aacn.org/blog/the-abcdef-bundle-can-it-improve-delirium-and-nurse-burnout>
19. ABCDE and ABCDEF care bundles: A systematic review of the implementation process in intensive care units - PubMed, acessado em

- março 26, 2026, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35758388/>
20. Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/rbti/a/5HVNpmmYx8Z5mcgrcLV7GJ/>
21. O impacto de um protocolo de mobilização precoce, viável e de baixo custo em pacientes críticos: comparação com a fisioterapia convencional - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/fp/a/pGJr46rrYN3dPSqyVqtSdqD/?lang=pt&format=pdf>
22. governo do estado de minas gerais - RI-FJP, acessado em março 26, 2026, <https://repositorio.fjp.mg.gov.br/bitstreams/e498c569-ab0a-4887-b0a0-6c56bd9cefd1/download>
23. O impacto de um protocolo de mobilização precoce, viável e de baixo custo em pacientes críticos - Revistas USP, acessado em março 26, 2026, <https://revistas.usp.br/fpusp/article/download/235649/213045>
24. Minas Gerais implementa nova política de atenção hospitalar: integrar a rede de atenção à saúde nos territórios é prioridade, acessado em março 26, 2026, <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/minas-gerais-implementa-nova-politica-de-atencao-hospitalar-integrar-rede-de>
25. Protocolo clinico Mobilização precoce - Atividade Recente, acessado em março 26, 2026, <https://saudeemnossasmaos.proadi-sus.org.br/www/wp-content/uploads/2025/01/Protocolo-de-mobilizac%CC%A7a%CC%83o-precoce-1.pdf>
26. PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE, acessado em março 26, 2026, https://imip-sistemas.org.br/sistemas/scriptcase_producao_v9/file/doc/redoma/573/IMIP-PC-FSO-004_PROTOCOLO%20DE%20MOBILIZA%C3%87%C3%83O%20PRECOCE.pdf
27. Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva Mobilização Precoce - AMB, acessado em março 26, 2026, https://amb.org.br/files/diretrizes/2021/12/PACIENTES_EM_UNIDADES_DE_TERAPIA_INTENSIVA_MOBILIZA%C3%87%C3%83O_FINAL

2019.pdf

28. Escala de Estado Funcional em Unidade de Terapia Intensiva (Functional Status Score for the Intensive Care Unit - FSS-ICU) – T, acessado em março 26, 2026, <https://www.improvelto.com/wp-content/uploads/2016/08/PORTUGUESE-VERSION-FORMATTED.pdf>
29. MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PACIENTES CRÍTICOS PRÉ-SARCOPÊNICOS SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA PROPOSTA DE PROTOCOLO A PARTIR DE REVISÃO INTEGRATIVA - ISSN 1678-0817 Qualis/DOI, acessado em março 26, 2026, <https://revistaft.com.br/mobilizacao-precoce-em-pacientes-criticos-pre-sarcopenicos-sob-ventilacao-mecanica-proposta-de-protocolo-a-partir-de-revisao-integrativa/>
30. Antimicrobial Stewardship Program: actions and education in Brazilian pediatric intensive care units - PMC, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12364454/>
31. O Papel Estratégico do Farmacêutico no Programa de Stewardship de Antimicrobianos no Âmbito Hospitalar - Brazilian Journal of Biological Sciences, acessado em março 26, 2026, <https://bjbs.com.br/index.php/bjbs/article/download/125/82/487>
32. Diretriz Gerenciamento Antimicrobianos - ANVISA 2023 - Governo Federal, acessado em março 26, 2026, <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/DiretrizGerenciamentoAntimicrobianosANVISA2023FINAL.pdf>
33. Avaliação do perfil de uso de antimicrobianos em uma unidade de terapia intensiva após implementação do Programa Stewardship - RBFHSS, acessado em março 26, 2026, <https://jhphs.org/sbrafh/article/download/551/546/5631>
34. Impact of Antimicrobial Stewardship on Reducing Antimicrobial Resistance - PMC - NIH, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10765068/>
35. Prevention and control of antimicrobial stewardship: a review of evidence - PMC, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7498289/>
36. Clinical and Economic Benefits of Antimicrobial Stewardship Programs

- in Hemodialysis Facilities: A Decision Analytic Model - PMC, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6140563/>
37. Stewardship de antimicrobianos em uma unidade de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19 em um hospital privado - Research, Society and Development, acessado em março 26, 2026, <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/31965/28936/383514>
38. Programa Stewardship de antimicrobianos em Unidade de Terapia Intensiva adulto: Uma revisão integrativa - Research, Society and Development, acessado em março 26, 2026, <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/45883/36531/477419>
39. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/Anvisa no 05/2023 Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão po, acessado em março 26, 2026, <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao>
40. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO - FCECON, acessado em março 26, 2026, <https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/PROTOCOLO-DE-LESAO-POR-PRESSAO.pdf>
41. PROTOCOLO LESÃO POR PRESSÃO - Saude Petrobras, acessado em março 26, 2026, <https://saudepetrobras.com.br/data/files/E5/B1/9F/D0/DC9719109531B619A9B8F9C2/02%20-%20Protocolo%20Lesao%20por%20pressao.pdf>
42. Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP) - Secretaria de Saúde do Distrito Federal, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Seguran%C3%A7a+do+Paciente+%E2%80%93+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Les%C3%A3o+por+Press%C3%A3o.pdf/a167ca09-8703-1d10-45aa-c37455a7f07c?t=1726853369046>
43. Guia de Assistência Nefrológica Hospitalar da Sociedade Brasileira de

- Nefrologia - SBN, acessado em março 26, 2026, <https://sbn.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Clique-aqui-para-acessar-a-guia-na-integra.pdf>
44. Guia de assistência nefrológica hospitalar da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/jbn/a/jjXFsdY8xnWrxsjxpgWCqQS/?format=pdf&lang=pt>
45. Sociedade Brasileira de Nefrologia - SciELO, acessado em março 26, 2026, <https://www.scielo.br/j/jbn/a/jjXFsdY8xnWrxsjxpgWCqQS/?lang=pt>
46. Nefrologia - COSEMS-PB, acessado em março 26, 2026, <https://cosemspb.org/wp-content/uploads/2024/10/Resolucao-CIB-PB-no-195.2024-Implantacao-da-Linha-de-Cuidado-para-Doenca-Renal-Cronica.pdf>
47. Guidelines for hospital nephrology assistance from the Brazilian Society of Nephrology (BSN) - PMC, acessado em março 26, 2026, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12124864/>
48. Eficiência operacional: como conquistar no contexto da saúde - DRG Brasil, acessado em março 26, 2026, <https://www.drqbrasil.com.br/valoremsaude/eficiencia-operacional/>
49. MG-Plano-Estadual-de-Saude-2024-2027_Final.pdf - Conass, acessado em março 26, 2026, https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/05/MG-Plano-Estadual-de-Saude-2024-2027_Final.pdf
50. Nº 08.2024.077/02, acessado em março 26, 2026, https://www.pjf.mg.gov.br/transparencia/convenios/aditivos/2025/maio/adm_direta/pdf/08.2024.077-02.pdf

LINHA DE CUIDADO AO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO: DIRETRIZES E PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

1. Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) com Foco na Senescência

Objetivo: Sistematizar a porta de entrada (Pronto Atendimento) para identificar não apenas a gravidade clínica imediata, mas também as vulnerabilidades intrínsecas ao paciente idoso (senescência e senilidade), garantindo priorização adequada e mitigação de riscos desde o "minuto zero".

Diretrizes de Operacionalização:

- **Triagem Híbrida (Manchester + Rastreo Geriátrico Breve):** Além da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester (ou similar) para queixa principal, o enfermeiro classificador aplicará um rastreo rápido de vulnerabilidade (ex: ferramenta ISAR - *Identification of Seniors At Risk* ou questionário PRISMA-7) para pacientes acima de 60 anos.
- **Sinalização Visual e Sistêmica:** Pacientes identificados com fragilidade geriátrica (pontuação de risco no rastreo) receberão identificação visual específica (ex: pulseira ou selo no prontuário eletrônico) que acionará alertas de cuidado diferenciado para a equipe médica e de enfermagem.
- **Priorização Ambulatorial e de Conforto:** * Idosos frágeis (mesmo classificados como pouco urgentes - verde/azul) terão tempo de espera reduzido ou acomodação em poltronas/macacões adequadas para evitar declínio funcional, lesão por pressão precoce e *delirium* induzido pelo ambiente do PA.
- **Gatilhos de Acionamento da Equipe Multidisciplinar:** A identificação de fatores como confusão mental aguda (suspeita de *delirium*), histórico de quedas recentes ou polifarmácia acionará, diretamente da recepção/triagem, a avaliação precoce pelo Serviço Social, Farmácia Clínica ou Fisioterapia.

2. Protocolo de Segurança Assistencial e Prevenção de Eventos Adversos Geriátricos

Objetivo: Padronizar as ações preventivas e terapêuticas durante a internação nas enfermarias e CTI do Hospital Regional de Conselheiro

Lafaiete, visando bloquear a cascata iatrogênica e prevenir as principais síndromes geriátricas no ambiente hospitalar.

Eixos de Atuação e Sistematização:

A. Prevenção e Manejo do *Delirium*

- **Rastreio:** Aplicação da escala CAM (*Confusion Assessment Method*) ou CAM-ICU (no Centro de Terapia Intensiva) a cada 12 horas pela equipe de enfermagem.
- **Medidas Não Farmacológicas (Prioridade):**
 - Adequação ambiental: luz natural durante o dia, redução de ruídos e luzes à noite.
 - Correção sensorial: garantir o uso contínuo de óculos e aparelhos auditivos pelos pacientes.
 - Presença de acompanhante ou familiar em tempo integral (visita estendida/aberta no CTI).
 - Reorientação temporal diária (relógios e calendários visíveis).

B. Prevenção de Quedas e Declínio Funcional

- **Estratificação de Risco:** Aplicação da Escala de Morse na admissão e reavaliação diária.
- **Mobilização Precoce:** Protocolo conduzido pela Fisioterapia e Enfermagem para retirar o idoso do leito o mais rápido possível (sedestação assistida, deambulação precoce), prevenindo a sarcopenia intra-hospitalar.
- **Adequação Estrutural:** Camas em posição baixa, grades elevadas (com avaliação criteriosa para não gerar contenção que piore o *delirium*), campainhas ao alcance e banheiros com barras de apoio e piso antiderrapante.

C. Prevenção de Lesões por Pressão (LPP)

- **Avaliação:** Aplicação da Escala de Braden na admissão e a cada turno.
- **Condutas:** Mudança de decúbito programada (relógio de reposicionamento), uso de colchões pneumáticos ou de espuma de alta

densidade para pacientes de alto risco, e hidratação rigorosa da pele.

D. Segurança Medicamentosa e Polifarmácia

- **Conciliação Medicamentosa:** Realizada pelo Serviço de Farmácia nas primeiras 24h de internação, integrado ao prontuário eletrônico, com revisão de medicamentos de uso domiciliar. Esta ação atende também ao critério de sistematização do Serviço de Farmácia da proposta.
- **Crítérios de Beers/STOPP-START:** Farmácia Clínica emitirá alertas no prontuário eletrônico sobre prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (ex: benzodiazepínicos, anticolinérgicos).

E. Suporte Nutricional e Prevenção de Broncoaspiração

- **Rastreio:** Avaliação de risco nutricional (ex: NRS-2002 ou MNA) em até 24h da admissão pelo Serviço de Nutrição e Dietética.
- **Avaliação de Disfagia:** Teste do copo d'água conduzido pela enfermagem/fonoaudiologia antes da primeira oferta de dieta via oral para idosos com fatores de risco neurológicos ou fragilidade extrema, prevenindo pneumonias aspirativas.

LINHA DE CUIDADOS INTEGRADOS EM CLÍNICAS CIRÚRGICAS ESPECIALIZADAS NO HOSPITAL REGIONAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

Contextualização e Governança Clínico-Administrativa

A presente proposta técnica consubstancia o modelo operativo e assistencial exigido para a estruturação das Linhas de Cuidados Integrados no Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete (HRCL), em estrita observância ao Edital de Concorrência Presencial N° 06/2026. O escopo central da concessão de uso deste bem público imóvel, localizado na Rodovia MG 129, KM 206, na localidade de Morro das Minas, é a prestação ininterrupta, eficiente e humanizada de serviços ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde, integralmente vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Macrorregião de Saúde Centro Sul de Minas Gerais, que abriga uma população estimada em 770.043 habitantes e engloba quatro microrregiões (Barbacena, Congonhas, Conselheiro Lafaiete e São João Del Rei), apresenta uma demanda reprimida considerável por procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade.

A arquitetura assistencial do HRCL foi projetada para suportar esta carga operacional, distribuindo-se em quatro pavimentos funcionais: o subsolo (abrigoando a Central de Material e Esterilização, Laboratório, Farmácia, Lavanderia e Necrotério); o primeiro pavimento (contendo a Recepção, Pronto Atendimento, Centro de Terapia Intensiva com 20 leitos, Bloco Cirúrgico com 4 salas e o setor de Imagem); o segundo pavimento (dedicado à administração e áreas técnicas); e o terceiro pavimento (destinado às internações com área total de 1.815,50 metros quadrados). A integração destas instalações físicas com as políticas de saúde do Estado de Minas Gerais, notadamente a Política de Atenção Hospitalar Valora Minas e o programa Opera Mais Minas Gerais, formam o alicerce desta proposta. O programa Opera Mais, que já demonstrou capacidade de elevar a produção de cirurgias eletivas em mais de 24% no estado, será o principal vetor financeiro e produtivo para a erradicação das filas cirúrgicas no território. O modelo de gestão proposto adota a metodologia Diagnosis Related Groups (DRG) para o monitoramento da qualidade e do desempenho assistencial, focando na otimização do tempo de permanência

hospitalar e na mitigação de eventos adversos, em consonância com as exigências para a futura obtenção da certificação de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Protocolo 1: Tratamento Cirúrgico da Obesidade

O tratamento cirúrgico da obesidade e das doenças metabólicas constitui o pilar de maior complexidade e integração assistencial desta proposta. A obesidade é uma doença crônica, progressiva e multifatorial que exige uma abordagem sistêmica, transdisciplinar e perene. Em consonância com a Resolução SES/MG nº 10.052, de 04 de abril de 2025, e a Nota Técnica nº 10/SES/SUBRAS-SAPS-DPSPE/2025, o Estado de Minas Gerais estabeleceu diretrizes rigorosas para a estruturação da Linha de Cuidado à Pessoa Adulta com Sobrepeso e Obesidade no SUS. O HRCL assumirá o papel de ápice tecnológico desta rede na Macrorregião Centro Sul, mas sua eficácia dependerá intrinsecamente da integração simbiótica com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Arquitetura da Rede e Fluxo Regional de Regulação

A Linha de Cuidado Integrado não se inicia no centro cirúrgico, mas no território de residência do paciente. O fluxo de captação e preparo dos pacientes com obesidade severa nos 12 municípios da microrregião de Conselheiro Lafaiete e áreas adjacentes exige uma triagem rigorosa. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é responsável por identificar pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, instituir e documentar a falha do tratamento clínico conservador otimizado por um período mínimo de dois anos. Uma vez caracterizada a refratariedade ao tratamento clínico, os pacientes são inseridos no sistema estadual de regulação (SUS-Fácil) com o código de procedimento específico para avaliação em cirurgia bariátrica.

O HRCL recepcionará esta demanda através de seu núcleo de regulação interna. O ambulatório do HRCL, localizado de forma adjacente ao complexo de exames do primeiro pavimento, é o espaço físico onde a jornada de cuidados especializados se materializa. Este ambulatório não funciona como uma unidade isolada, mas como um nó de uma rede integrada, trocando

informações clínicas via prontuário eletrônico unificado com as secretarias municipais de saúde. Esta intercomunicação garante que o paciente continue recebendo suporte da atenção primária para o controle de suas comorbidades basais enquanto realiza o preparo pré-operatório avançado na estrutura hospitalar.

Estruturação do Ambulatório de Preparo e Avaliação Multidisciplinar no HRCL

O tratamento cirúrgico da obesidade não é um evento isolado, mas um processo de transformação metabólica e comportamental. O ambulatório de cirurgia bariátrica do HRCL contará com uma equipe multidisciplinar residente, composta por cirurgiões do aparelho digestivo, médicos endocrinologistas, cardiologistas, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas e assistentes sociais. O fluxo de avaliação pré-operatória será estruturado em fases sequenciais de aptidão, utilizando os consultórios, a sala de acolhimento e o setor de exames propedêuticos do próprio hospital.

A avaliação nutricional é a pedra angular do preparo. A equipe de nutrição do HRCL implementará protocolos de reeducação alimentar e indução de perda de peso pré-operatória (meta de 5% a 10% do peso corporal excedente), o que reduz significativamente o volume do lobo esquerdo do fígado e a gordura visceral, facilitando a ergonomia da cirurgia videolaparoscópica e mitigando riscos anestésicos. Concomitantemente, a avaliação psicológica e psiquiátrica tem a função imperativa de rastrear transtornos de compulsão alimentar periódica, depressão severa não compensada, ideação suicida e dependência química, condições que representam contraindicações relativas ou absolutas ao procedimento operatório. A assistência social avaliará a rede de apoio familiar do paciente, um preditor crítico para a adesão às mudanças de estilo de vida pós-operatórias.

Disciplina Clínica	Escopo da Avaliação no Ambulatório do HRCL	Parâmetros de Liberação para a Cirurgia
---------------------------	---	--

Cirurgia Bariátrica	Avaliação global, definição da técnica cirúrgica, explicação do consentimento informado.	Compreensão dos riscos, adesão ao programa, indicação formal pelo IMC e comorbidades.
Endocrinologia	Otimização do controle glicêmico e lipídico, exclusão de causas endócrinas secundárias de obesidade.	Hemoglobina glicada otimizada, controle de função tireoidiana, laudo de refratariedade clínica.
Cardiologia	Risco cirúrgico (Escore de Lee modificado), ecocardiograma, teste ergométrico.	Liberação cardiovascular formal, ajuste de anti-hipertensivos, suspensão de anticoagulantes pré-cirurgia.
Nutrição	Inquérito alimentar, prescrição de dieta pré-operatória, educação sobre macronutrientes.	Perda de peso prévia documentada, compreensão da dieta restritiva pós-operatória (fases líquida a sólida).
Psicologia/Psiquiatria	Avaliação de transtornos alimentares, cognição, expectativas irreais, psicopatologias graves.	Estabilidade psíquica, ausência de dependência química ativa, suporte familiar adequado documentado.

Indicações Cirúrgicas e Protocolo do Conselho Federal de Medicina

As indicações para a intervenção cirúrgica obedecerão estritamente à Resolução CFM nº 2.429, de 25 de abril de 2025, que normatiza a cirurgia bariátrica e metabólica no Brasil. O protocolo de triagem do HRCL estratificará os pacientes com base na gravidade da doença e no IMC. O tratamento cirúrgico é formalmente indicado para indivíduos com IMC acima de 40 kg/m², independentemente da presença de comorbidades associadas. Para pacientes com IMC entre 35 kg/m² e 40 kg/m², a cirurgia é autorizada na presença de doenças agravadas pela obesidade que não apresentaram melhora com o tratamento clínico, tais como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, apneia obstrutiva do sono severa, dislipidemia grave, esteatose hepática não alcoólica, osteoartrose severa, entre outras.

Destaca-se a incorporação do conceito de cirurgia metabólica no protocolo do HRCL. Pacientes com IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m² portadores de diabetes mellitus tipo 2 com refratariedade ao tratamento clínico otimizado (uso de múltiplas drogas antidiabéticas com ou sem insulina e ausência de controle glicêmico adequado) poderão ser submetidos à cirurgia metabólica.⁹ Esta indicação revolucionária reconhece o impacto endocrinológico das alterações da anatomia gastrointestinal na remissão do diabetes, operando por mecanismos que transcendem a simples perda de peso, como a modulação das incretinas (GLP-1 e GIP).

Execução Cirúrgica: Procedimentos Videolaparoscópicos no HRCL

A infraestrutura do HRCL, dotada de quatro salas cirúrgicas no primeiro pavimento, será equipada com torres de videolaparoscopia de alta definição, pinças de energia ultrassônica e grampeadores lineares cortantes de última geração. A via de acesso laparoscópica será o padrão-ouro institucional, uma vez que a literatura médica demonstra inequivocamente que a cirurgia minimamente invasiva em pacientes com obesidade reduz drasticamente as taxas de infecção de sítio cirúrgico, eventrações (hérnias incisionais), dor pós-operatória e tempo de permanência hospitalar. Duas técnicas cirúrgicas principais, validadas pelo CFM, comporão o arsenal terapêutico do hospital:

A primeira técnica é o Bypass Gástrico em Y de Roux (Fobi-Capella), uma modalidade com componente misto (restritivo e disabsortivo). O procedimento consiste na confecção de um pequeno reservatório gástrico (pouch) com volume aproximado de 15 a 30 mililitros, isolado do restante do estômago. Este pouch é anastomosado a uma alça jejunal (alça alimentar), desviando o trânsito alimentar do estômago excluído, duodeno e porção proximal do jejuno. O contato do alimento com as secreções biliopancreáticas ocorrerá apenas mais distalmente, na anastomose jejuno-jejunal. Esta técnica é o padrão-ouro para pacientes com doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) grave e diabetes mellitus tipo 2 descompensado, proporcionando altas taxas de remissão metabólica a longo prazo.

A segunda técnica padronizada é a Gastrectomia Vertical (Sleeve Gastrectomy), um procedimento estritamente restritivo. Envolve a ressecção longitudinal de aproximadamente 80% do estômago ao longo de sua grande curvatura, tubulizando o órgão e removendo o fundo gástrico. Além da restrição mecânica ao volume alimentar, esta técnica remove a principal área de produção de grelina, hormônio orexígeno, resultando em supressão acentuada do apetite. A Gastrectomia Vertical será a técnica de escolha para pacientes com comorbidades que contraindiquem anestésias prolongadas, pacientes com doença inflamatória intestinal, deficiências vitamínicas preexistentes severas ou aqueles que necessitarão de acesso endoscópico futuro ao duodeno e vias biliares.

Protocolos Pós-Operatórios e Profilaxia de Complicações

O período pós-operatório imediato exige vigilância intensiva. A obesidade severa altera a farmacocinética e a mecânica ventilatória, exigindo monitoramento rigoroso. A transição da sala cirúrgica para a recuperação anestésica (RPA) e, posteriormente, para os leitos de enfermagem no terceiro pavimento obedecerá a critérios do protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). A internação no Centro de Terapia Intensiva (CTI) será reservada exclusivamente para pacientes de altíssimo risco, superobesos (IMC > 50 kg/m²) com disfunção cardiopulmonar severa ou apneia do sono descompensada. A profilaxia do tromboembolismo venoso (TEV) será

agressiva, dada a predisposição pró-trombótica da obesidade. O protocolo institucional determinará o uso de meias elásticas de compressão graduada, compressores pneumáticos intermitentes iniciados ainda no bloco cirúrgico e mantidos até a deambulação plena, associados à administração de heparina de baixo peso molecular (HBPM) profilática ajustada pelo peso corporal, com início no pós-operatório mediato e continuidade domiciliar por até 15 dias após a alta. A deambulação precoce (entre 4 a 6 horas após a cirurgia) é uma diretriz inegociável da equipe de enfermagem.

Etapa do Fluxo Pós-Operatório	Intervenção Protocolar no HRCL	Justificativa Clínica
Bloco Cirúrgico (Extubação)	Extubação em posição semissente ou proclive, uso de CPAP se necessário.	Mitigação do colapso de vias aéreas e atelectasias basal em pacientes obesos.
Enfermaria (1º Dia Pós-Op)	Início de dieta hídrica fracionada estrita (15 a 30 ml a cada 20 minutos). Deambulação assistida.	Teste de tolerância oral, prevenção de fistulas anastomóticas e trombose venosa.
Alta Hospitalar (2º a 3º Dia)	Alta com prescrição de HBPM, protetores gástricos, analgésicos simples e dieta líquida clara.	Desospitalização segura baseada na via oral tolerada e parâmetros vitais estáveis.
Acompanhamento (Crônico)	Consultas ambulatoriais contínuas com a equipe multidisciplinar,	Prevenção de desnutrição proteica, controle do ganho de peso e

	suplementação vitamínica.	monitoramento metabólico.
--	---------------------------	---------------------------

Cuidado Crônico e Cogestão com a Atenção Primária

O compromisso do HRCL não se encerra com a alta hospitalar. A cirurgia bariátrica demanda suplementação vitamínica e mineral vitalícia (foco em ferro, vitamina B12, cálcio, vitamina D, tiamina e ácido fólico), cujo abandono pode resultar em neuropatias severas, anemia refratária e osteoporose secundária. O protocolo prevê retornos ambulatoriais periódicos ao HRCL nos primeiros 24 meses (aos 15 dias, 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses), com avaliações laboratoriais seriadas.

Neste ponto, a Linha de Cuidado Integrado exibe sua maior fortaleza: a contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde. O HRCL enviará sumários de alta e relatórios de seguimento para a UBS de origem do paciente. Os médicos de família e equipes de enfermagem locais serão os responsáveis por monitorar a adesão à suplementação, aplicar injeções de vitamina B12 intramuscular e realizar o acompanhamento de peso mensal, evitando que o paciente de um município distante da microrregião precise viajar ao HRCL apenas para aferições de rotina. Esta integração garante a sustentabilidade do tratamento e consolida o papel do HRCL como coordenador do cuidado especializado em obesidade.

Protocolo 2: Tratamento Cirúrgico da Colecistite

A patologia biliar, em especial a colecistite aguda litiásica, representa uma das causas mais prevalentes de abdome agudo cirúrgico inflamatório nas unidades de pronto atendimento. O HRCL, enquanto referência regional, internaliza um protocolo rigoroso baseado em evidências científicas internacionais, adotando as Diretrizes de Tóquio (Tokyo Guidelines) para o diagnóstico, estratificação de gravidade e definição do momento oportuno da intervenção operatória. A adoção deste protocolo, assemelhado a modelos de excelência como o do Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC), garante a padronização das condutas, reduzindo o tempo de internação e otimizando o giro de leitos no terceiro pavimento da instituição.

Diagnóstico e Estratificação de Gravidade (Critérios de Tóquio)

O fluxo assistencial do paciente com suspeita de colecistite aguda inicia-se na admissão pelo Pronto Atendimento do primeiro pavimento ou via transferência pelo sistema de regulação. O diagnóstico é firmado pela conjunção de três pilares fundamentais estabelecidos pelas Diretrizes de Tóquio: sinais locais de inflamação (como o Sinal de Murphy positivo e dor no quadrante superior direito do abdome), respostas sistêmicas à inflamação (febre, leucocitose significativa ou elevação dos níveis de Proteína C Reativa) e achados conclusivos em exames de imagem. O setor de Imagem do HRCL desempenha papel crítico nesta fase, devendo fornecer ultrassonografias abdominais evidenciando espessamento da parede vesicular igual ou superior a 4 milímetros, distensão do órgão, presença de cálculos impactados no infundíbulo, líquido perivesicular ou o característico sinal do duplo halo.

Confirmado o diagnóstico, a equipe de cirurgia geral estratificará o paciente em três graus de gravidade, o que ditará a urgência da intervenção e a necessidade de suporte intensivo. A precisão nesta classificação evita cirurgias arriscadas em pacientes descompensados e, paralelamente, previne o atraso cirúrgico em pacientes que se beneficiariam de intervenção precoce.

Grau de Gravidade	Achados Clínicos e Laboratoriais (Critérios de Tóquio)	Conduta Terapêutica Padronizada no HRCL
Grau I (Leve)	Inflamação localizada sem disfunção orgânica associada. Sintomas com duração inferior a 7 dias. Pacientes hígidos (ASA I ou II).	Colecistectomia Videolaparoscópica (CVL) precoce. Avaliação pré-anestésica simplificada para agilizar a cirurgia. Alta rápida.
Grau II (Moderado)	Leucocitose severa (> 18.000 cél/mm ³),	CVL de urgência, preferencialmente nas

	<p>massa/plaстрão palpável, sintomas > 72 horas, ou sinais locais de complicação (colecistite gangrenosa, enfisematosa, abscesso perivesicular).</p>	<p>primeiras 24 a 48 horas da admissão. Cobertura antibiótica de amplo espectro para Gram-negativos e anaeróbios.</p>
<p>Grau III (Grave)</p>	<p>Associação com falência orgânica (hipotensão refratária requerendo drogas vasoativas, alteração do nível de consciência, insuficiência respiratória, renal aguda ou disfunção hepática grave).</p>	<p>Admissão imediata no CTI. Estabilização clínica, hidratação agressiva e antibioticoterapia. Se o risco cirúrgico for proibitivo, considerar colecistostomia percutânea de resgate. CVL após recuperação orgânica.</p>

Abordagem Cirúrgica e Antibioticoterapia

O padrão-ouro irrefutável para o tratamento da colecistite aguda no HRCL será a Colecistectomia Videolaparoscópica (CVL). A infraestrutura de quatro salas cirúrgicas no primeiro pavimento permite a rápida alocação destes casos de urgência. A via laparoscópica oferece dissecação magnificada do triângulo de Calot, identificação segura da artéria cística e do ducto cístico (alcançando a "Visão Crítica de Segurança" de Strasberg), o que minimiza o risco devastador de lesões iatrogênicas das vias biliares. A conversão para a cirurgia aberta (laparotomia subcostal direita) não é vista como uma complicação, mas como uma atitude de prudência do cirurgião diante de anatomias obscuras, aderências severas (síndrome de Mirizzi) ou sangramentos incontroláveis.

O manejo antimicrobiano é um componente terapêutico vital e deve ser conduzido com responsabilidade epidemiológica, evitando o desenvolvimento de resistência bacteriana. Em consonância com a Associação Europeia para o Estudo do Fígado e protocolos nacionais de infectologia, a antibioticoterapia empírica deve cobrir primariamente enterobactérias, em especial a *Escherichia coli*, além de garantir proteção contra patógenos anaeróbios como o *Bacteroides spp.* em casos de moderada e alta gravidade. O esquema de primeira linha padronizado para os casos leves e moderados envolverá a associação de Amoxicilina com Clavulanato ou a combinação de Cefalosporinas de terceira geração (como o Ceftriaxone) com Metronidazol. O tempo de manutenção da antibioticoterapia no pós-operatório dependerá estritamente da resposta clínica, resolução da curva térmica e normalização leucocitária, oscilando entre 3 a 7 dias, promovendo a desospitalização precoce e segura para as enfermarias do terceiro pavimento e subsequente alta médica.

Protocolo 3: Tratamento Cirúrgico da Calculose Renal e Ureteral

A urolitíase é uma patologia com alta incidência no estado e representa uma causa frequente de cólicas nefréticas debilitantes, infecções do trato urinário complicadas e perda progressiva da função renal. A estruturação da Linha de Cuidado Urológico no HRCL obedece a um protocolo dinâmico que visa a desobstrução rápida, a erradicação completa dos cálculos e a minimização de danos ao parênquima renal, amparado pelas diretrizes da American Urological Association (AUA) e integrando as mais recentes tecnologias de fragmentação a laser disponíveis no SUS.

Fluxo Regulatório e Diagnóstico

A triagem dos pacientes com suspeita de litíase urinária ocorre frequentemente na rede de urgência dos municípios e deve ser regulada para o HRCL munida de informações clínicas precisas. O protocolo estadual exige que o encaminhamento contenha a descrição pormenorizada dos sintomas (cólica lombar irradiada, hematúria macro ou microscópica), exames laboratoriais atestando a função renal (creatinina sérica atualizada) e imagens conclusivas. A Tomografia Computadorizada de abdome e pelve sem

contraste é o exame padrão-ouro para determinar a carga litiásica (tamanho, número e volume), a topografia exata (cálices renais, pelve, ureter proximal, médio ou distal) e a densidade do cálculo medida em Unidades Hounsfield (UH), variáveis cruciais para a seleção da modalidade operatória ideal. A ultrassonografia de vias urinárias mantém seu papel fundamental, especialmente no diagnóstico de hidronefrose obstrutiva e no acompanhamento de gestantes.

Modalidades Operatórias Avançadas

A urologia moderna no SUS migrou expressivamente de cirurgias abertas altamente mórbidas para abordagens endourológicas minimamente invasivas.¹⁶ O HRCL disporá de instrumentais ópticos de fina espessura e geradores de energia adequados para tratar todo o espectro da litíase urinária. A decisão sobre a via de acesso respeita parâmetros rigorosos estabelecidos pelas diretrizes clínicas:

Características e Topografia do Cálculo	Modalidade Cirúrgica de Eleição no HRCL	Considerações Técnicas e Racionais
Cálculos Ureterais (qualquer segmento)	Ureterolitotripsia Rígida ou Semirrígida a Laser.	Acesso retrógrado via uretra e bexiga. Fragmentação direta da pedra com fibra de Holmium laser. Alta resolutividade e taxa de <i>stone-free</i> elevada.
Cálculos Renais < 20 mm (Cálices Superiores/Médios) ou < 15 mm (Cálice Inferior)	Ureterorenolitotripsia Flexível a Laser (RIRS) ou LEOC.	A flexibilidade do ureteroscópio permite alcançar todos os cálices renais. Pulverização do cálculo (<i>dusting</i>). Rápida recuperação e

		procedimento frequentemente ambulatorial. ¹⁶
Cálculos Renais > 20 mm ou Coraliformes	Nefrolitotripsia Percutânea (NLPC).	Acesso direto ao rim através de uma punção lombar na pele. Uso de energia ultrassônica ou balística para extrair grandes volumes de pedra. Evita múltiplas sessões de RIRS.
Cálculos de Ácido Úrico ou Cistina (Radiotransparentes ou Duros)	RIRS ou NLPC.	A Litotripsia Extracorpórea (LEOC) é contraindicada ou ineficaz para cálculos muito duros (cistina) ou invisíveis à fluoroscopia (ácido úrico). A visão direta endoscópica é imperativa.

A Ureterorenolitotripsia a Laser constitui a espinha dorsal deste protocolo. Realizada no bloco cirúrgico do HRCL sob anestesia geral ou bloqueio espinhal, a intervenção caracteriza-se por sua agilidade e baixíssimo impacto sistêmico. O laser fragmenta a pedra em poeira, que é drenada naturalmente. Ao término do procedimento, é frequentemente locado um cateter ureteral duplo J para garantir a drenagem da urina, prevenindo cólicas secundárias ao edema da mucosa ureteral e facilitando a eliminação de fragmentos residuais. O paciente geralmente recebe alta em menos de 24 horas, retornando ao ambulatório do HRCL semanas depois para a retirada do cateter duplo J sob anestesia local.

Uma premissa inegociável deste protocolo urológico é o manejo rigoroso do risco infeccioso.¹⁵ Intervenções endourológicas em pacientes com urina colonizada podem precipitar quadros de sepse urinária fulminante. A urocultura pré-operatória é mandatória. Em cenários de emergência, onde o paciente apresenta cálculo ureteral obstrutivo associado a febre e leucocitose (pionefrose obstrutiva), o protocolo dita a proibição absoluta da fragmentação do cálculo. Nesses casos, a intervenção limita-se à desobstrução emergencial através do implante de cateter duplo J ou da realização de nefrostomia percutânea (drenagem externa do rim), postergando o tratamento definitivo da litíase até a completa resolução do quadro infeccioso.

Protocolo 4: Tratamento Cirúrgico de Varizes de Membros Inferiores

A Doença Venosa Crônica (DVC) dos membros inferiores impõe uma carga expressiva aos sistemas públicos de saúde. Manifestando-se desde telangiectasias inestéticas até úlceras venosas incapacitantes, estima-se que as varizes acometam entre 20% a 25% da população feminina e 10% a 15% da masculina no Brasil. Fatores de risco endêmicos na população mineira, como multiparidade, obesidade, e jornadas laborais que exigem ortostatismo prolongado, contribuem para a exacerbação da doença. O protocolo estabelecido para o HRCL distancia-se de objetivos puramente estéticos, focando-se no tratamento funcional e profilático, garantindo a cobertura do SUS para procedimentos que efetivamente melhoram a sintomatologia álgica, o edema e previnem complicações tromboembólicas e tróficas.

Avaliação Especializada e Mapeamento Venoso

Os pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde da Macrorregião Centro Sul serão avaliados no ambulatório de cirurgia vascular do HRCL. A avaliação inicial utiliza o exame clínico minucioso e classifica o paciente de acordo com os critérios internacionais da CEAP (Clínica, Etiologia, Anatomia, Fisiopatologia), priorizando os indivíduos em estágios clínicos avançados: C3 (presença de edema crônico de estase venosa), C4 (alterações tróficas da pele e tecido subcutâneo, como dermatite ocre e lipodermatoesclerose), C5 (úlceras venosas cicatrizadas) e C6 (úlceras venosas ativas exsudativas).

O planejamento cirúrgico é indissociável do mapeamento anatômico e hemodinâmico. Todo paciente com indicação operatória será submetido a uma ultrassonografia com Eco-Doppler colorido dos membros inferiores. Este exame, não invasivo e altamente acurado, mapeia as junções safeno-femorais, as junções safeno-poplíteas e as veias perforantes, identificando os pontos exatos de incompetência valvular (refluxo) e mapeando o trajeto dos cordões varicosos que devem ser erradicados, guiando a tática operatória com precisão milimétrica.

Arsenal Terapêutico e Fluxo Cirúrgico

A cirurgia de varizes exige flexibilidade técnica, devendo o cirurgião vascular adaptar o procedimento à anatomia específica da doença de cada paciente. O HRCL ofertará três modalidades terapêuticas principais, com o objetivo de realizar os procedimentos preferencialmente em regime de "Hospital Dia" (Day Clinic), com internação inferior a 12 horas, otimizando as quatro salas cirúrgicas do primeiro pavimento e a Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

Modalidade Terapêutica	Técnica e Princípio Fisiológico	Indicação Clínica Principal no Protocolo HRCL
Safenectomia (Desconexão e Fleboextração)	Incisão na virilha (desconexão safeno-femoral) e no maléolo, seguida da passagem de um fleboextrator para a retirada completa e física da veia safena magna insuficiente.	Insuficiência troncular grave e calibrosa da veia safena magna, associada a veias varicosas significativas e alterações tróficas (C4 a C6).

Flebectomia Ambulatorial (Microcirurgia)	Realização de microincisões escadeadas (1 a 3 mm) ao longo do trajeto das veias tributárias dilatadas e tortuosas, removendo-as com auxílio de agulhas de crochê cirúrgico.	Remoção de pacotes varicosos colaterais proeminentes em membros inferiores, frequentemente associada à safenectomia no mesmo ato operatório.
Escleroterapia Ecoguiada com Espuma	Injeção de agente esclerosante (polidocanol) transformado em espuma diretamente na veia insuficiente, guiada por ultrassom. A substância causa dano endotelial profundo, fibrose e oclusão do vaso.	Pacientes idosos, com alto risco cirúrgico para anestesia raquidiana, presença de úlceras ativas (C6) nas quais incisões cirúrgicas são arriscadas, ou anatomias complexas. Apresenta resultados comparáveis à safenectomia a médio prazo.

O manejo pós-operatório é focado na redução do hematoma cirúrgico e na prevenção de complicações. Imediatamente após a sutura, o membro inferior é submetido a um enfaixamento compressivo rigoroso ou à aplicação de meias elásticas de média ou alta compressão. A deambulação precoce é estimulada ainda nas primeiras horas de recuperação no HRCL, sendo a medida profilática mais eficaz contra a Trombose Venosa Profunda (TVP). O paciente recebe alta com orientações de repouso relativo, elevação dos membros e analgesia simples, retornando ao ambulatório do HRCL após 7 a 14 dias para revisão das feridas operatórias e retirada de suturas.

Protocolo 5: Tratamento Cirúrgico da Fratura de Fêmur

A fratura do terço proximal do fêmur (colo do fêmur e região transtrocantérica) em pacientes idosos constitui uma das emergências ortopédicas de maior gravidade no contexto da saúde pública, cursando com taxas alarmantes de mortalidade em um ano e declínio funcional irreversível se não tratada adequadamente. Em sintonia com as "Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Fratura do Colo do Fêmur em Idosos" e absorvendo experiências bem-sucedidas de instituições de excelência da rede FHEMIG, como o Hospital Regional de Barbacena, o HRCL adota a "janela de ouro de 48 horas". Este preceito temporal determina que a estabilização clínica e o tratamento cirúrgico definitivo devem ocorrer inexoravelmente dentro dos dois primeiros dias após a admissão do paciente. A evidência demonstra que a protelação da cirurgia amplia linearmente a incidência de delírio, infecções do trato urinário, pneumonias nosocomiais, úlceras por pressão por imobilismo prolongado e eventos coronarianos agudos.

Cuidados Clínicos Pré-Operatórios Imediatos

O fluxo de atendimento para a fratura geriátrica do fêmur inicia-se no Pronto Atendimento do HRCL (1º pavimento). Imediatamente após a confirmação radiográfica, a equipe de ortopedia e clínica médica atua em sinergia. A analgesia precoce e potente é imperativa, contudo, as diretrizes proíbem o uso rotineiro de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) devido ao alto risco de sangramento gastrointestinal e injúria renal aguda no idoso frágil. A administração de opioides fortes sistêmicos (como morfina ou fentanil) deve ser judiciosa, dada a propensão à depressão respiratória e confusão mental aguda. A estratégia analgésica de eleição adotada no protocolo do HRCL é a realização precoce de bloqueios anestésicos regionais, como o bloqueio do compartimento da fáscia ilíaca (FIB) guiado por ultrassom, que promove analgesia profunda no quadril e coxa sem os efeitos colaterais sistêmicos dos opioides, facilitando as transferências de leito e o posicionamento para exames.

A profilaxia do Tromboembolismo Venoso (TEV) é rigorosa, visto o alto risco de trombose associado à fratura pélvica/femoral e ao trauma endotelial. A

quimioprofilaxia farmacológica (com Heparina de Baixo Peso Molecular - HBPM ou Heparina Não Fracionada - HNF para pacientes com disfunção renal crônica) é instituída logo na admissão hospitalar, suspensa criteriosamente 12 horas antes do ato anestésico-cirúrgico, e reinstituída 6 a 12 horas no pós-operatório, desde que a hemostasia do sítio cirúrgico esteja assegurada.²⁰ Em pacientes com contraindicações formais aos anticoagulantes (ex: hemorragias ativas ou neurocirurgia recente), a profilaxia mecânica com dispositivos de compressão pneumática intermitente será obrigatoriamente aplicada no leito das enfermarias do 3º pavimento.

Abordagens Cirúrgicas e Reabilitação Interdisciplinar

A tática operatória escolhida pelo cirurgião ortopedista do HRCL será customizada com base no padrão da fratura, densidade óssea e expectativa de vida ativa do paciente. A abordagem operatória por via anterolateral é frequentemente preferida na literatura por preservar a musculatura abduutora e conferir maior estabilidade contra luxações.

Tipo de Fratura Proximal	Abordagem Cirúrgica de Escolha no HRCL	Justificativa Biomecânica
Fratura do Colo Femoral (Não Desviada)	Osteossíntese In Situ.	Fixação percutânea com múltiplos parafusos canulados. Cirurgia rápida, menor sangramento, tenta preservar a vascularização da cabeça femoral nativa.
Fratura do Colo Femoral (Desviada em Idoso)	Artroplastia (Substituição Articular) Parcial ou Total do Quadril.	A fratura desviada interrompe o suprimento sanguíneo da cabeça femoral, resultando em

		necrose avascular inevitável. A colocação de prótese permite sustentação de peso imediata e evita reoperações futuras.
Fratura Transtrocantérica / Subtrocantérica	Fixação Intramedular (Haste Cefalomedular) ou Extramedular (Placa DHS).	São fraturas extra-capsulares com bom suprimento sanguíneo. O dispositivo metálico atua como ponte para a consolidação óssea natural.

A alta do bloco cirúrgico e o manejo pós-operatório nas enfermarias de ortopedia exigem uma equipe interdisciplinar. A imobilização no leito é o inimigo a ser combatido. Fisioterapeutas e enfermeiros atuarão ativamente para que o paciente sente à beira do leito no primeiro dia de pós-operatório e inicie a marcha assistida com andador em até 48 horas. Este programa de reabilitação acelerada reduz o risco de complicações clínicas sistêmicas e assegura o retorno mais rápido possível do idoso ao seu domicílio e ao acompanhamento pelas redes de assistência domiciliar do seu município.

Protocolo 6: Tratamento Cirúrgico da Doença Cardíaca Valvar

As valvopatias, em particular a Estenose Aórtica (estenose da válvula aórtica que impede o fluxo normal de sangue do coração para o corpo), representam uma parcela significativa da insuficiência cardíaca obstrutiva na população idosa. Historicamente, a Troca Valvar Aórtica Cirúrgica (SAVR - Surgical Aortic Valve Replacement), realizada via esternotomia mediana com uso obrigatório de máquina de Circulação Extracorpórea (CEC), consistia na única modalidade terapêutica salvadora de vidas. Este procedimento de alto

impacto fisiológico encontra seu amparo no HRCL, respaldado pela infraestrutura de um Centro de Terapia Intensiva (CTI) moderno no primeiro pavimento e bancos de sangue de apoio.¹ No entanto, acompanhando as evoluções tecnológicas incorporadas pelo Ministério da Saúde e as recentes deliberações técnicas, o HRCL estruturará fluxos para o Implante Percutâneo de Válvula Aórtica (TAVI - Transcatheter Aortic Valve Implantation), revolucionando a assistência ao paciente de alto risco.

O Modelo do "Heart Team" e Exames Pré-Operatórios

A indicação para a correção percutânea via cateter não é aleatória, exigindo discussões clínicas multidisciplinares. O protocolo estipula a criação de um "Heart Team" (Equipe do Coração), grupo formalmente constituído por cardiologistas clínicos, ecocardiografistas, cirurgiões cardiovasculares e hemodinamicistas. Este comitê avaliará os pacientes encaminhados pela regulação ou pelo ambulatório do HRCL, analisando os escores de risco cirúrgico internacionalmente validados (como o STS Score e o EuroSCORE II). A TAVI está formalmente indicada para pacientes com estenose aórtica severa sintomática nos quais a cirurgia aberta convencional apresenta risco inaceitável devido a idade muito avançada, fragilidade biológica extrema (frailty), radioterapia torácica prévia, aorta em porcelana ou disfunções orgânicas limitantes.

O planejamento milimétrico da TAVI depende da propedêutica por imagem avançada. A Angiotomografia de tórax, abdome e pelve com protocolo vascular é o exame obrigatório e decisivo. Realizado no setor de imagem do HRCL, o estudo tomográfico tridimensional define variáveis críticas:

1. **Acessos Vasculares:** Calibre, tortuosidade e calcificação das artérias ilíacas e femorais, determinando se o cateter liberador da válvula passará sem o risco de ruptura arterial.
2. **Morfometria Valvar:** Medição exata do perímetro, área e diâmetros do anel valvar aórtico para a seleção do tamanho da prótese (over-sizing necessário para ancoragem).
3. **Segurança Coronariana:** Medição da altura dos óstios das artérias coronárias esquerda e direita em relação ao plano valvar. Coroas

valvares calcificadas volumosas e óstios baixos aumentam o risco fatal de oclusão coronariana aguda durante a expansão da prótese.

Execução Transcateter e Dinâmica Intraoperatória

O procedimento de TAVI requer habilitação específica. O HRCL garantirá que as equipes operadoras comprovem certificações e treinamentos referendados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV) e pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI). A intervenção, preferencialmente realizada por via arterial transfemoral percutânea, ocorre em salas cirúrgicas providas de arcos em C fixos (Salas Híbridas) de alta qualidade fluoroscópica.

As válvulas implantadas podem ser balão-expansíveis ou autoexpansíveis, montadas sobre *stents* metálicos que esmagam a válvula aórtica calcificada nativa contra a parede da aorta, ancorando a nova bioprótese sem a necessidade de suturas. O procedimento é rápido e frequentemente executado apenas com anestesia local e sedação consciente, evitando a intubação endotraqueal prolongada. No pós-operatório imediato, o paciente é transferido diretamente para os leitos do CTI no mesmo pavimento. A vigilância nas primeiras 48 horas é estrita para complicações hemodinâmicas, sangramentos no sítio de punção femoral e, sobretudo, para a emergência de distúrbios de condução atrioventricular (bloqueio AV total) secundários à compressão mecânica do sistema de condução cardíaco pela estrutura metálica da prótese recém-expandida, condição que pode demandar o implante subsequente de marcapasso definitivo (abrangido pelo Protocolo 7).

Protocolo 7: Tratamento Cirúrgico dos Distúrbios de Condução Cardíaca (Implante de Marcapasso)

O controle das bradiarritmias e da insuficiência cardíaca avançada com dissincronia ventricular encontra no implante de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) sua terapia central. O HRCL aplicará as premissas contidas na Portaria nº 307/2016 do Ministério da Saúde, garantindo a equidade e o racional científico na prescrição e implante de marcapassos antibradicardia e ressinchronizadores cardíacos, sendo

reembolsados e documentados de acordo com as exigências do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

Indicações Clínicas Baseadas em Evidências

O fluxo para a indicação de implante é iniciado nos consultórios de cardiologia ou no Pronto Atendimento do HRCL após a identificação eletrocardiográfica ou por monitorização por Holter de alterações no sistema de condução especializado do coração. As indicações primárias são estritamente categorizadas:

1. **Doença do Nó Sinusal:** Pacientes com resposta cronotrópica inadequada, caracterizada por bradicardia sintomática (frequência cardíaca tipicamente inferior a 40 bpm) acompanhada de tontura, astenia severa, síncope ou pré-síncope, sem reversibilidade a drogas.
2. **Bloqueio Atrioventricular (BAV) Adquirido:** Independentemente de sintomas, pacientes documentados com BAV de 2º grau avançado (tipo Mobitz II) ou BAV de 3º grau (Bloqueio AV Total) possuem indicação absoluta de marcapasso para a redução do risco de morte súbita e eventos isquêmicos. Também estão incluídos bloqueios persistentes após a fase aguda do infarto agudo do miocárdio.
3. **Síncope Neurocardiogênicas Reflexas:** Síndrome do seio carotídeo ou síncope vasovagal recorrente e incapacitante, onde o estudo eletrofisiológico ou teste de inclinação (*tilt test*) corrobora uma resposta predominantemente cardioinibitória (pausa sinusal prolongada).
4. **Terapia de Ressincronização Cardíaca (TRC):** Pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca sistólica avançada e refratária ao tratamento farmacológico máximo, classificados em NYHA III. A indicação exige ecocardiograma atestando Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) \leq 35% associado a Eletrocardiograma demonstrando Bloqueio de Ramo Esquerdo (BRE) com QRS alargado (especialmente \geq 150 milissegundos). A TRC não é recomendada em pacientes com QRS estreito ($<$ 120 ms) devido a comprovações de malefício e aumento de mortalidade nessa coorte.

Procedimento Cirúrgico e Monitoramento

A codificação universal NASPE/BPEG ditará a tecnologia das próteses licitadas e implantadas no HRCL. Dispositivos de câmara única (VVI) estimulam e sentem apenas o ventrículo direito. Contudo, os dispositivos de câmara dupla (DDD), que preservam o sequenciamento fisiológico atrioventricular, serão amplamente priorizados, associando-se ou não ao sensor de biometria para a modulação de frequência (letra R) durante o esforço físico.

O implante cirúrgico dos eletrodos endocavitários realiza-se nas salas de cirurgia do HRCL sob anestesia local infiltrativa e sedação consciente, utilizando a via percutânea da veia subclávia ou cefálica. Sob radioscopia contínua, os eletrodos são fixados ativamente (parafusos) ou passivamente (aletas) no ápice do ventrículo direito e na aurícula do átrio direito. Na TRC, um terceiro eletrodo mais complexo é navegado pelo seio coronariano para estimular a parede lateral do ventrículo esquerdo, ressinchronizando a contração biventricular.

A confecção da loja subcutânea peitoral abriga o gerador metálico, sendo fechada de forma estética. Complicações imediatas como pneumotórax ou perfuração miocárdica são raridades minimizadas pela experiência da equipe, com o pós-operatório cursando na enfermaria padrão ou no CTI e a alta hospitalar concedida em cerca de 24 horas, vinculando o paciente à rotina crônica ambulatorial de avaliação por telemetria do gerador do HRCL.

Protocolo 8: Tratamento Cirúrgico da Catarata e Pterígio

O envelhecimento populacional traz consigo uma escalada nas patologias oftalmológicas degenerativas e actínicas. A cirurgia de catarata e do pterígio figuram entre os procedimentos eletivos de maior volume e impacto positivo na autonomia do paciente. Submetidos às diretrizes de fomento à cirurgia do estado via Opera Mais Minas Gerais, os fluxos do HRCL foram desenhados sob os princípios de altíssima eficiência, segurança e gestão de volume em regime de "Hospital Dia" (Day Clinic).

Fluxo Regulatório e Fast-Track Oftalmológico

A captação destes pacientes é essencialmente oriunda da rede básica. Todos os encaminhamentos para a Oftalmologia devem ser fundamentados e assinados por médicos da rede SUS dos 12 municípios da microrregião e adjacências, não sendo aceitos encaminhamentos não referendados por laudos, garantindo assim que a demanda reprimida real seja adequadamente estratificada.

A avaliação diagnóstica pré-operatória é concentrada no ambulatório especializado do HRCL. O "pacote de cuidados integrados" oftalmológicos assegura que o paciente em preparação seja submetido, no mesmo encontro ou com otimização máxima de idas ao hospital, à consulta especializada, tonometria (medida da pressão intraocular, visando o rastreio de glaucoma oculto), mapeamento de fundo de olho e biometria óptica acurada, sendo este último exame indispensável para o cálculo milimétrico da dioptria da Lente Intraocular (LIO) dobrável que substituirá o cristalino humano opaco.

Etapa do Fluxo "Fast-Track"	Operacionalização Técnica no HRCL	Impacto no Sistema Hospitalar
Preparo e Internação	Ingresso direto no 1º pavimento. Dilatação pupilar seriada na sala de preparo adjacente ao bloco cirúrgico.	Dispensa ocupação de leitos nas enfermarias do 3º pavimento, otimizando o giro.
Técnica Cirúrgica: Catarata	Facoemulsificação ultrassônica sob anestesia tópica com colírios. Incisão valvar corneana auto-selante	Procedimento concluído em minutos com baixíssimo risco anestésico global. Retorno imediato da acuidade visual.

	sem necessidade de suturas.	
Técnica Cirúrgica: Pterígio	Exérese do tecido fibromuscular conjuntival associado ao transplante autólogo de conjuntiva suturado com fios finos.	Superior à técnica histórica de esclera nua, reduzindo as taxas de recidiva actínica do pterígio.
Alta e Contra-referência	Liberação imediata após estabilização vital. Entrega das receitas de colírios antibióticos e corticosteróides.	Alta rotatividade permite a marcação de dezenas de pacientes por turno operatório, esvaziando a fila do Opera Mais.

Protocolo 9: Tratamento Cirúrgico Eletivo das Fraturas de Face

O trauma maxilofacial apresenta alta incidência na macrorregião, intimamente ligado a acidentes automobilísticos, colisões motociclísticas e agressões interpessoais. As fraturas do esqueleto craniofacial ameaçam vias aéreas, a fonação, a visão, a mastigação correta (oclusão dentária) e a harmonia estética, provocando retraimento social expressivo. O Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) é responsável por essa intervenção crítica. Diferente da urgência imediata neurocirúrgica, o manejo cirúrgico do terço médio e inferior da face é, na grande maioria das vezes, uma cirurgia de urgência diferida ou eletiva, planejada cuidadosamente após a regressão do edema traumático agudo e a estabilização neurológica e sistêmica do paciente multitraumatizado.

Diagnóstico, Avaliação por Imagem e Planejamento Virtual

A regulação destes pacientes, via SUS, oriunda das UPA ou ambulatórios regionais, requer clareza clínica. O protocolo do HRCL exige que os pedidos descrevam o tempo de evolução da injúria, a presença de limitação funcional

grave (trismo acentuado), a existência de parestesias no território dos nervos infraorbitário ou alveolar inferior, assimetrias faciais (telecanto, encofitalmia), e alterações drásticas da mordida (oclusão). A propedêutica armada depende absolutamente da Tomografia Computadorizada multislice do maciço facial com reconstruções tridimensionais (3D). Com o tomógrafo posicionado no mesmo andar da emergência do HRCL, o cirurgião avalia o deslocamento dos pilares de força faciais (nasomaxilar, zigomaticomaxilar e pterigomaxilar), o envolvimento de paredes finas da órbita que possam encarcerar a musculatura extraocular causando diplopia, e o desvio dos côndilos e corpo da mandíbula. O planejamento tridimensional virtual aprimora a previsibilidade dos cortes e das adaptações das placas.

Princípios da Redução Anatômica e Fixação Interna Rígida (FIR)

O paradigma da reconstrução de face repousa no axioma: "A redução funcional baseia-se na oclusão dentária correta, e a partir dela, reconstrói-se a anatomia tridimensional". O fluxo operatório bucomaxilofacial exige intubação anestésica meticulosa, compartilhando frequentemente a via aérea com o cirurgião; opta-se rotineiramente por entubações nasotraqueais ou técnicas cirúrgicas de entubação submentoniana para livrar o campo maxilar superior e mandibular das sondas orotraqueais normais.

A via de acesso cirúrgico prioriza incisões ocultas. Para acesso à maxila e corpo mandibular, utilizam-se incisões intraorais no fundo de sulco vestibular. Para órbitas e arcos zigomáticos, incisões subciliares, transconjuntivais, superciliares e, em casos complexos pan-faciais, incisões no couro cabeludo (retalho coronal).

A técnica padrão envolve inicialmente a imobilização temporária dos dentes do paciente (bloqueio intermaxilar) utilizando barras de Erich ou parafusos transalveolares para garantir que o paciente morda em sua oclusão fisiológica pré-trauma. Somente então os traços de fratura são expostos e a Fixação Interna Rígida (FIR) é aplicada. O HRCL utilizará sistemas modernos de osteossíntese compostos por micro e miniplacas de titânio (perfis de 1.5 mm para o terço médio da face e 2.0 a 2.4 mm com características de suporte de carga para ângulos e corpo da mandíbula) fixadas com parafusos

monocorticais de baixo perfil que não necessitam de remoção futura. O pós-operatório hospitalar (enfermaria de 3º pavimento) é caracterizado pelo suporte nutricional específico (dieta líquida estrita nas primeiras semanas com hipercalóricos), profilaxia antimicrobiana prolongada devido à comunicação da fratura com o meio contaminado bucal, bochechos rigorosos com gluconato de clorexidina a 0,12% e suporte para as funções respiratórias caso o edema facial exija cuidados extras de via aérea.

Conclusão Estratégica e Sustentabilidade da Linha de Cuidados

A implementação paralela e harmônica destes nove protocolos cirúrgicos elevará o Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete ao status de âncora tecnológica da Macrorregião de Saúde Centro Sul. A engrenagem que conecta os fluxogramas operacionais baseia-se na transparência da regulação SUS-Fácil, no financiamento híbrido municipal e estadual via fomento dos módulos do Valora Minas e na potencialização de altas médicas resolutivas preconizadas pelas Diretrizes do Opera Mais Minas Gerais.

A gestão contínua destes processos cirúrgicos, consubstanciada nos aditivos do edital 06/2026, demanda não apenas técnica operatória refinada, mas administração hospitalar baseada em valor. A adoção integral da metodologia Diagnosis Related Groups (DRG), explicitada nas obrigações contratuais, auditará se o HRCL consegue traduzir a injeção orçamentária em redução genuína da permanência hospitalar, quedas nas taxas de readmissão precoce e controle meticuloso do desperdício de leitos operatórios. Por fim, as certificações sequenciais de excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA Níveis 1, 2 e 3) ancorarão os processos institucionais, cristalizando ferramentas globais de gestão e garantindo que os resultados clínico-cirúrgicos discutidos nesta proposta não sejam atos episódicos, mas constituam a perenidade cultural de um Sistema Único de Saúde altamente qualificado e estruturado.

Referências citadas

1. Edital Regional de Lafaiete.pdf
2. ivone pinheiro da silva redimensionamento e implementação da linha de cuidado aos usuários do programa, acessado em março 26, 2026,

- <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/32902/IVONE%20PINHEIRO%20DA%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 4.765, 28 DE JUNHO DE 2024 | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=26094-deliberacao-cib-sus-mg-n-4-765-28-de-junho-de-2024?layout=print
 4. Valora Minas | Atos Normativos | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/valora-minas/atos-normativos/>
 5. Opera Mais, Minas Gerais - Secretaria de Estado de Saúde, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/operamais/>
 6. Vida Saudável | Linha De Cuidado à Pessoa Adulta Com Sobrepeso E Obesidade | Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, <https://www.saude.mg.gov.br/vidasaudavel/sobrepesoeobesidade/>
 7. RESOLUÇÃO SES Nº 10.052, 04 DE ABRIL DE 2025., acessado em março 26, 2026, https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=27030-resolucao-ses-n-10-052-04-de-abril-de-2025?layout=print
 8. PREGÃO ELETRÔNICO nº 075/2024 - Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP, acessado em março 26, 2026, <https://pncp.gov.br/pncp-api/v1/orgaos/46522983000127/compras/2024/190/arquivos/1>
 9. CFM Nº 2.429, DE 25 - DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, acessado em março 26, 2026, <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2025/05/resolucao-cfm-n2429-25-abril-2025.pdf>
 10. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 a 2025 CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS 2022, acessado em março 26, 2026, <https://conselheirilafaiete.mg.gov.br/v2/wp-content/uploads/2023/04/Plano-Municipal-de-Saude-2022-a-2025.pdf>
 11. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COLECISTITE AGUDA - Brazilian

- Journal of Implantology and Health Sciences, acessado em março 26, 2026,
<https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/download/3678/3816/8082>
12. Normas de Orientação Clínica da EASL sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento dos cálculos biliares, acessado em março 26, 2026,
https://easl.eu/wp-content/uploads/2016/10/2016-Gallstones_PT.pdf
 13. ATA DE REUNIÃO - projeto milhão - hmdcc - projeto milhão - hmdcc, acessado em março 26, 2026, https://projeto-milhao.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2019/11/PRT_HMDCC_ASS_005-TRATAMENTO-COLECISTITE-AGUDA.pdf
 14. Protocolo de Regulação de Consultas Urológicas na rede SES/DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal, acessado em março 26, 2026,
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Protocolo+de+Regula%C3%A7%C3%A3o+de+Consultas+Urol%C3%B3gicas+na+rede+SES-DF.pdf/870f6c1d-f374-00bd-dcea-62619b48f4bd>
 15. Surgical Management of Kidney and Ureteral Stones: AUA Guideline (2025), acessado em março 26, 2026,
<https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/surgical-management-of-kidney-and-ureteral-stones>
 16. Contagem realiza cirurgias a laser pelo SUS e reduz tempo de recuperação de pacientes com pedras na, acessado em março 26, 2026,
<https://portal.contagem.mg.gov.br/portal/noticias/0/3/81936/contagem-realiza-cirurgias-a-laser-pelo-sus-e-reduz-tempo-de-recuperacao-de-pacientes-com-pedras-nos-rins>
 17. TRATAMENTO DOS CÁLCULOS URINÁRIOS - Urologia UERJ, acessado em março 26, 2026, <https://www.urologiauerj.com.br/livro-uro/capitulo-23.pdf>
 18. Varizes dos Membros Inferiores: Tratamento Cirúrgico - AMB, acessado em março 26, 2026,
[https://amb.org.br/files/BibliotecaAntiga/varizes dos membros inferiores tratamento cirurgico.pdf](https://amb.org.br/files/BibliotecaAntiga/varizes%20dos%20membros%20inferiores%20tratamento%20cirurgico.pdf)
 19. portaria nº 709, de 9 de março de 2017 - Ministério da Saúde, acessado em março 26, 2026,
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0709_10_03_20

17.html

20. TRATAMENTO DE FRATURA DO COLO DO FÊMUR EM IDOSOS, acessado em março 26, 2026, <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/diretrizes-brasileiras-para-o-tratamento-de-fratura-do-colo-do-femur-em-idosos>
21. Fratura do Colo do Fêmur em Idosos (Linha de Cuidado) - Governo Federal, acessado em março 26, 2026, <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/f/fratura-do-colo-do-femur-em-idosos-linha-de-cuidado/view>
22. Protocolo para cirurgia de fratura de fêmur criado pelo Hospital Regional de Barbacena aprimora assistência ao idoso - Fhemig, acessado em março 26, 2026, <https://www.fhemig.mg.gov.br/noticias/2462-protocolo-para-cirurgia-de-fratura-de-femur-criado-pelo-hospital-regional-de-barbacena-aprimora-assistencia-ao-idoso>
23. SECRETARIA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE – COMISSÃO MUNICIPAL DE CARDIOLOGIA PROTOCOLO MUNICIPAL DE IMPLANTE TRANSCATETER DE VA - Fluxos SUS BH, acessado em março 26, 2026, <https://fluxosusbh.pbh.gov.br/anexos/cb2f405426bf022c7f4bd1013ef24ef2bd8b9ef6.pdf>
24. Conass Informa n. 63/2024 – Publicada a Portaria SAES n. 1589 que aprova Regulamento Técnico para a realização do Implante Percutâneo de Válvula Aórtica (TAVI), por via transfemoral, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, acessado em março 26, 2026, <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-63-2024-publicada-a-portaria-saes-n-1589-que-aprova-regulamento-tecnico-para-a-realizacao-do-implante-percutaneo-de-valvula-aortica-tavi-por-via-transfemoral-no-ambito/>
25. PARECER TÉCNICO Nº 36/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 COBERTURA: TROCA VALVAR POR VIA PERCUTÂNEA (TAVI) O Rol de Procedimentos e Event, acessado em março 26, 2026, https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2024/parecer-tecnico-no-36_2024_troca-valvar-por-via-

- percutanea-tavi.pdf
26. Ministério da Saúde, acessado em março 26, 2026, https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/protocolo_uso/protocolouso_marcapassos_cardiacos_implantaveis_ressincronizadores_mar2016.pdf
27. PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA: OFTALMOLOGIA REVISÃO 2024 - Prefeitura Municipal de Ouro Preto, acessado em março 26, 2026, <https://www.ouropreto.mg.gov.br/static/arquivos/PROTOCOLO-OFTALMOLOGIA-REVISADO.pdf>
28. Protocolo de Encaminhamento às Ofertas de Cuidados Integrados em Oftalmologia, acessado em março 26, 2026, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/publicacoes/protocolo-de-encaminhamento-as-ofertas-de-cuidados-integrados-em-ofthalmologia.pdf>
29. PARECER TÉCNICO Nº 18/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 COBERTURA: LENTE INTRAOCULAR – CIRURGIA DE CATARATA O Rol de Procedimentos e Ev, acessado em março 26, 2026, https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2024/parecer-tecnico-no-18_2024_lente-intraocular-cirurgia-de-catarata.pdf
30. DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 5.059, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2024. | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, acessado em março 26, 2026, https://portal-antigo.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=26759-deliberacao-cib-sus-mg-n-5-059-de-26-de-dezembro-de-2024?layout=print
31. Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - TelessaúdeRS, acessado em março 26, 2026, <https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/protocolo-de-cirurgia-e-traumatologia-bucomaxilofacial>
32. Abordagem cirúrgica e manejo das fraturas complexas de face (2024), acessado em março 26, 2026, <https://repositorio.usp.br/item/003263956>
33. MG-Plano-Estadual-de-Saude-2024-2027_Final.pdf - Conass,

acessado em março 26, 2026, https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/05/MG-Plano-Estadual-de-Saude-2024-2027_Final.pdf

34. Governo de Minas promove mutirão com mais de cem cirurgias eletivas em único dia em BH e no interior - Fhemig, acessado em março 26, 2026, <https://www.fhemig.mg.gov.br/sala-de-imprensa/noticias-sala-imprensa/3285-governo-de-minas-promove-mutirao-com-mais-de-cem-cirurgias-eletivas-em-unico-dia-em-bh-e-no-interior>

DECLARAÇÕES

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

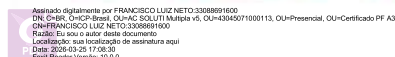
CONCORRÊNCIA PRESENCIAL Nº 06/2026

DECLARAÇÃO DE ACREDITAÇÃO ONA

O **INSTITUTO DE SAÚDE HSVP**, inscrito no CNPJ nº 22.488.241/0001-64, CNES nº 2161575, entidade **filantrópica, sem fins lucrativos**, com sede no município de Mercês/MG, neste ato representada por seu representante legal, **FRANCISCO LUIZ NETO**, CPF nº 330.886.916-00, **DECLARA**, para os devidos fins de direito, atendendo ao solicitado no **Edital de Concorrência Presencial nº 06/2026** da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que se compromete em obter Acreditações ONA, em até 36 meses após o início da operação do hospital.

Mercês , 25 de Março de 2026

FRANCISCO LUIZ NETO:
33088691600



Francisco Luiz Neto – Presidente HSVP

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

CONCORRÊNCIA PRESENCIAL Nº 06/2026

DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO DRG

O **INSTITUTO DE SAÚDE HSVP**, inscrito no CNPJ nº 22.488.241/0001-64, CNES nº 2161575, entidade **filantrópica, sem fins lucrativos**, com sede no município de Mercês/MG, neste ato representada por seu representante legal, **FRANCISCO LUIZ NETO**, CPF nº 330.886.916-00, **DECLARA**, para os devidos fins de direito, atendendo ao solicitado no **Edital de Concorrência Presencial nº 06/2026** da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que se compromete em utilizar a **Metodologia de Diagnosis Related Group (DRG)** para monitoramento da qualidade e desempenho assistenciais, a partir do primeiro ano do início da operação do hospital.

Mercês , 25 de Março de 2026

FRANCISCO LUIZ NETO:
33088691600

Assinado digitalmente por FRANCISCO LUIZ NETO.33088691600
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC SOLUTI Matéria v5, ou=3045071000113, ou=Presencial,
ou=Sistema PP, cn=FRANCISCO LUIZ NETO.33088691600
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2026.03.25 17:03:38
Foxit Reader Versão: 10.0.0

Francisco Luiz Neto – Presidente HSVP

Instituto de Saúde HSVP - HSVP Matriz 22.488.241/0001-64: Rua Carangola, 134 - CEP 36.190-000 - Mercês- MG
Instituto de Saúde HSVP - HSVPJF 22.488.241/0002-45: Rua Delfim Moreira, 62 - CEP 36.010.570 - Juiz de Fora -MG
Instituto de Saúde HSVP - HSVP UPA Norte 22.488.241/0003-26: Av. Pres. JK, 6145 - CEP: 36.090-000 - Juiz de Fora-MG
Instituto de Saúde HSVP - HSVP ANGRA 22.488.241/0005-98: Rua japorangá, 1970 CEP 23.934-055 – Angra dos Reis-RJ

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS

Eu, Jackeline Gabrielle Dias Teixeira, brasileira, advogada, inscrita na OAB/MG sob o nº 134.819, DECLARO, para os devidos fins, especialmente para atendimento ao disposto no item 6.11 do edital e ao artigo 12, inciso IV, da Lei Federal nº 14.133/2021, que:

Os documentos apresentados pela licitante INSTITUTO DE SAÚDE HSVP, inscrita no CNPJ nº 22.488.241/0001-64, no âmbito do processo licitatório Concorrência Presencial nº 06/2026, são autênticos e correspondem fielmente aos seus originais.

Declaro, ainda, que assumo inteira responsabilidade pessoal e profissional pela veracidade e autenticidade dos documentos apresentados, estando ciente das sanções administrativas, civis e penais aplicáveis em caso de falsidade.

Por ser verdade, firmo a presente.

Belo Horizonte/MG, 27 de março de 2026.

JACKELINE
GABRIELLE DIAS
TEIXEIRA:06732137654
7654

Assinado de forma digital
por JACKELINE GABRIELLE
DIAS
TEIXEIRA:06732137654
Dados: 2026.03.27
01:32:00 -03'00'

Jackeline Gabrielle Dias Teixeira
OAB/MG 134.819

TERMO DE ENCERRAMENTO ENVELOPE 02

CONCORRÊNCIA PRESENCIAL Nº 06/2026 PROCESSO Nº 1321127-06/2026

O INSTITUTO DE SAÚDE HSVP inscrito no CNPJ sob o nº22.488.241/0001-64, por intermédio de seu representante legal, DECLARA, para os devidos fins, que a presente **PROPOSTA TÉCNICA** foi devidamente elaborada em estrita observância às disposições do edital e de seus anexos, especialmente ao **ANEXO I.F – Diretrizes para Elaboração e Julgamento da Proposta Técnica**.

Declara, ainda, que a documentação apresentada contempla integralmente os critérios exigidos, conforme discriminado abaixo:

✓ CRITÉRIO I – EXPERIÊNCIA E QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Foram devidamente apresentados documentos comprobatórios relativos aos seguintes subcritérios:

- **1.1** – Experiência em prestação de serviços hospitalares e/ou gestão hospitalar no SUS
- **1.2** – Experiência em gestão de unidade de saúde com atividade hospitalar de média e/ou alta complexidade
- **1.3** – Experiência em gestão de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
- **1.4** – Experiência em gestão de unidade hospitalar com serviços de alta complexidade
- **1.5** – Experiência em gestão de unidade hospitalar com serviços de urgência e emergência porta aberta
- **1.6** – Experiência em gestão de unidade hospitalar com serviços de urgência e emergência porta referenciada
- **1.7** – Experiência em gestão de programas de Residência nos últimos três anos
- **1.8** – Experiência em gestão de unidade com certificação de hospital de ensino
- **1.9** – Experiência na utilização do sistema DRG (mínimo de 1 ano)
- **1.11** – Comprovação de acreditação ONA nível 2
- **1.13** – Certificação ISO 9001

✓ CRITÉRIO II – PROPOSTA TÉCNICA PARA OPERACIONALIZAÇÃO

Apresentada a **Proposta Técnica para operacionalização do Hospital Regional de Conselheiro Lafaiete**, contendo:

- Modelo de gestão assistencial
- Organização dos serviços hospitalares
- Estrutura operacional e administrativa
- Compatibilidade integral com o Perfil Assistencial previsto no edital

✓ DECLARAÇÕES COMPLEMENTARES

Foram igualmente apresentadas:

- Declaração de Acreditação ONA
- Declaração de Utilização do sistema DRG
- Declaração de Autenticidade dos Documentos

✓ DECLARAÇÃO FINAL

A PROPONENTE declara que:

- Todas as informações prestadas são **verdadeiras e fidedignas**;
- A proposta atende **integralmente aos requisitos do edital**;
- Assume total responsabilidade pela execução do objeto, nos termos apresentados;
- Está ciente de que a omissão ou falsidade de informações poderá ensejar as sanções legais cabíveis, nos termos da Lei nº 14.133/2021.

Por ser a expressão da verdade, firma o presente.

Belo Horizonte/MG, 27 de março de 2026.

JACKELINE
GABRIELLE DIAS
TEIXEIRA:0673213
7654

Assinado de forma digital
por JACKELINE GABRIELLE
DIAS
TEIXEIRA
Dados: 2026.03.27 02:10:12
-03'00'

Jackeline Gabrielle Dias Teixeira
Procuradora
OAB/MG 134.819



INSTITUTO
DE SAÚDE
HSVP