Edital de Chamamento Público nº 09/2024 – SAÚDE

Proposta de Trabalho para Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme **INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO PROCESSO: 202400010033097**

Proponente: CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA-CGI

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE 17
2. IDENTIFICAÇÃO DA PROPOSTA 19
3. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO 20
4. DESCRIÇÃO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS 22
5. PROPOSTA DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL – POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS 23
5.1. Premissas que serão adotadas pela Policlínica de Quirinópolis: 24
5.2. Atendimento Humanizado e Personalizado 25
5.3. Gestão Baseada em Indicadores de Qualidade 26
5.4. Integração com a Atenção Primária 26
5.5. Inovação Tecnológica 26
5.6. Gestão de Recursos e Eficiência Operacional 27
5.7. Sustentabilidade e Responsabilidade Ambiental 27
5.8. Valorização da Equipe 27
5.9. Parcerias Acadêmicas e Pesquisa 28
5.10. Engajamento com a Comunidade 28
6. DESCRIÇÃO DO MODELO GERENCIAL PROPOSTO PELO CGI 28
7. ÁREA ATIVIDADE 33
7.1. Implantação de Fluxos 34
7.1.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas 34
7.1.2. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Semicríticas 37
7.1.2.1. Estrutura do Atendimento Ambulatorial 41
7.1.2.1.1. Primeira Consulta 41
7.1.2.1.2. Interconsulta 42
7.1.2.1.3. Consultas Subsequentemente (Retornos) 42
7.1.2.2. Agenda e Regulação 43
7.1.2.3. Especialidades Médicas e Faixas Etárias – Detalhamento e Fluxo de Atendimento 43
7.1.2.4. Procedimentos Ambulatoriais na Policlínica Estadual de Quirinópolis 57
7.1.2.5. Categorias Multiprofissionais Mínimas para Compor as Equipes da Unidade 79
Responsabilidades: 82
7.1.2.5.1 Processos Terapêuticos e Sessões 85

7.1.2.5.2.Ajuste de Especialidades 86
7.1.2.5.3.Processos Terapêuticos Realizados pela Equipe Multiprofissional 87
7.1.2.5.4.Consulta de Enfermagem 87
7.1.2.6. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) 88
7.1.2.6.1.Fluxo de Atendimento no SADT 91
7.1.2.6.2.Procedimento Operacional Padrão (POP) – Setor de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) da Policlínica Estadual de Quirinópolis 91
7.1.2.6.3.POP dos Exames oferecidos pelo Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) da Policlínica Estadual de Quirinópolis. 94
7.1.3. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Críticas 180
7.1.3.1. Do laboratório de Análises Clínicas 183
7.1.3.1.1.Procedimento Operacional Padrão (POP) – Laboratório de Análises Clínicas da Policlínica Estadual de Quirinópolis 184
7.1.3.2. Da Hemodiálise 187
7.1.4. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Não críticas 189
7.1.4.1.1.Procedimento Operacional Padrão (POP) – Áreas Não Críticas da Policlínica Estadual de Quirinópolis 193
7.1.4.1.2.Recepção e Portaria da Policlínica Estadual de Quirinópolis..... 195
7.1.4.1.3.Procedimento Operacional Padrão (POP) – Recepção e Portaria da Policlínica Estadual de Quirinópolis 198
7.1.5. Fluxo Operacional nas Áreas Externas 202
7.1.6. Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos 213
7.1.7. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados e roupas..... 229
7.1.8. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados na Central de Material e Esterilização (CME) 238
7.1.9. Fluxo unidirecional de Resíduos de Saúde 242
7.1.9.1. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) – Policlínica Estadual de Quirinópolis 243
7.1.9.2. Manual de Normas e Rotinas – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Policlínica Estadual de Quirinópolis 252
7.2. Implantação da Gestão 257
7.2.1. Implantação da Logística de Suprimentos 257
7.2.2. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Setor de Gestão de Compras e Suprimentos da Policlínica Estadual de Quirinópolis 260
7.2.3. Descrição Detalhada das Atividades 268

7.2.4. Atualização das Listas de Insumos Hospitalares Padronizados 269
7.2.5. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Aquisição de Insumos e Contratação de Serviços – Contas a Pagar/Financeiro 271
7.2.6. Da Qualificação e Avaliação do Fornecedor 280
7.2.6.1. Critérios de Avaliação para Qualificação e Avaliação de Fornecedores 285
7.2.6.2. Pontuação Atribuída a Cada Critério de Avaliação dos Fornecedores 287
7.2.7. Manutenção do Cadastro de Fornecedores Qualificados 289
7.3. Proposta para Regimento Interno da Unidade 309
7.4. Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem 334
7.5. Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário 348
7.5.1. Proposta para Regimento do Corpo Clínico 357
7.6. Implantação de Processos 365
7.6.1. Proposta de manual de protocolos assistenciais 365
7.6.2. Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o faturamento de procedimentos 367
7.6.3. Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio. 375
7.6.4. Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira 387
7.7. Incremento de Atividades 392
7.7.1. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais 392
7.7.1.1. Proposta de Implementação da Estrutura de Controle Interno para a Gestão de Unidades de Saúde no Centro de Gestão Integrada (CGI) 392
7.7.1.2. Proposta Da Excelência Da Gestão (MEG) 395
7.7.1.3. Proposta Detalhada de Implantação do Centro Especializado em Odontologia (CEO) - Centro de Gestão Integrada (CGI) Policlínica Estadual de Quirinópolis 407
7.7.1.4. Proposta Detalhada para Operacionalização da Terapia Renal Substitutiva (TRS) Centro de Gestão Integrada (CGI) Policlínica Estadual de Quirinópolis 411
7.7.1.5. Proposta Completa para Transporte Gratuito de Pacientes para Tratamento Dialítico na Policlínica Estadual de Quirinópolis 414
7.7.1.6. Proposta para Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) 417
7.7.1.7. Proposta Detalhada e Ampliada para Situações de Urgência/Emergência na Policlínica Estadual – Unidade Quirinópolis 423
7.7.1.8. Proposta Detalhada de Comunicação para a Policlínica Estadual de Quirinópolis - Unidade Quirinópolis 426

7.7.1.9. Proposta de Gestão para Comunicação e Transparência da Policlínica Estadual de Quirinópolis 428
7.7.1.10. Proposta Detalhada para Gerenciamento e Atendimento da Policlínica Estadual de Quirinópolis 431
7.7.1.11. Telessaúde nas Policlínicas 440
7.7.1.12. Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas 450
7.7.1.13. Programa de Reabilitação Física e Funcional 453
7.7.1.14. Programa de Apoio Psicológico e Saúde Mental 456
7.7.1.15. Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nas Policlínicas 460
7.7.1.16. Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial 461
7.7.1.17. Serviço de Assistência Especializada (SAE) 469
7.7.1.17.. Medicamentos e Logística de Dispensação 470
8. ÁREA QUALIDADE 473
8.1. Qualidade Objetiva 473
8.1.1. Comissão de Ética Médica 473
8.1.1.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 473
8.1.1.2. Proposta de Regimento Interno 475
8.1.1.3. Cronograma De Atividades Anual 480
8.1.2. Comissão de Ética Multiprofissional 483
8.1.2.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 483
8.1.2.2. Proposta de Regimento Interno 485
8.1.2.3. Cronograma De Atividades Anual 489
8.1.3. Comissão de Biossegurança 491
8.1.3.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 491
8.1.3.2. Proposta de Regimento Interno 494
8.1.3.3. Cronograma De Atividades Anual 496
8.1.4. Comissão de Controle de Infecção relacionada a assistência em saúde - CCIRAS499
8.1.4.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 499
8.1.4.2. Proposta de Regimento Interno 500
8.1.4.3. Cronograma De Atividades Anual 507
8.1.5. Comissão de Analise e Revisão de Prontuários 511
8.1.5.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 511
8.1.5.2. Proposta de Regimento Interno 513
8.1.5.3. Cronograma De Atividades Anual 516

8.1.6. Comissão De Acidentes Com Material Biológico- CAMB 520
8.1.6.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 520
8.1.6.2. Regimento Interno da (CAMB) 521
8.1.6.3. Cronograma De Atividades Anual 524
8.1.7. Comissão interna de prevenção de acidente -CIPA 527
8.1.7.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 527
8.1.7.2. Proposta de Regimento Interno 529
8.1.7.3. Cronograma De Atividades Anual 535
8.1.8. Comissão de Gerenciamento de Resíduos 539
8.1.8.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 539
8.1.8.2. Proposta de Regimento Interno 541
8.1.8.3. Cronograma De Atividades Anual 545
8.1.9. Comissão de Farmácia e Terapêutica 547
8.1.9.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 547
8.1.9.2. Proposta de Regimento Interno 552
8.1.9.3. Cronograma De Atividades Anual 561
8.1.10. Comissão de Proteção Radiológica 566
8.1.10.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 566
8.1.10.2. Proposta de Regimento Interno 566
8.1.10.3. Cronograma De Atividades Anual 569
8.1.11. Comitê de Compliance 572
8.1.11.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 572
8.1.11.2. Proposta de Regimento Interno 573
8.1.11.3. Cronograma De Atividades Anual 580
8.1.12. Comissão de Ética em Pesquisa Científica 582
8.1.12.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 582
8.1.12.2. Proposta de Regimento Interno 584
8.1.12.3. Cronograma De Atividades Anual 592
8.1.13. Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente 595
8.1.13.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 595
8.1.13.2. Proposta de Regimento Interno 597
8.1.13.3. Cronograma De Atividades Anual 601
8.1.14. Serviço especializado em engenharia de segurança em medicina do trabalho - SESMT 604
8.1.14.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade) 604

8.1.14.2.Proposta de Regimento Interno 605
8.1.15. Outras Comissões 610
8.1.15.1.Comissão De Análise de Contratos Terceirizado..... 610
8.1.15.1.1 Proposta de Constituição (membros, finalidade) 610
8.1.15.1.2.Proposta de Regimento Interno 611
8.1.15.1.3.Cronograma De Atividades Anual..... 620
8.1.16. Fluxos das Comissões, Núcleos e Comitês..... 622
8.2. Qualidade Subjetiva..... 623
8.2.1. Acolhimento 623
8.2.1.1. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica..... 626
8.2.1.2. Proposta para Implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica..... 637
8.2.1.2.1 Fase 1 do processo de acolhimento..... 639
8.2.1.2.2.Fase 2 do Processo de Acolhimento 655
8.2.1.2.3.Fase 3 do Processo de Acolhimento 656
8.2.1.2.4 Fase 4 do Processo de Acolhimento..... 656
8.2.1.2.5 Fase 5 do Processo de Acolhimento..... 658
8.2.1.2.6 Fase 6 do Processo de acolhimento..... 662
8.2.1.2.7 Fase 7 do Processo de acolhimento..... 667
8.2.2. Atendimento 671
8.2.3. Proposta de Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário 671
8.2.4. Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação..... 674
8.2.4.1. Sistema de Atenção ao Cliente – SAC/OUVIDORIA 675
8.2.4.2. Indicadores de Qualidade no Serviço de Ouvido..... 678
8.2.4.3. Proposta de Formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa 684
8.2.5.Proposta para Implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária . 686
9. QUALIDADE TÉCNICA 690
9.1. Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 690
9.1.1. Experiência da CGI em Saúde ou de seus Gestores na Gestão de Hospitais por Quantidade igual a Superior a 200 leitos 690
9.1.2. Experiência da CGI em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos 690

9.1.3. Experiência da CGI em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos 690
9.1.4. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de gestão de Policlínica/AME/CLINICA ESPECIALIZADA OU SIMILAR..... 691
9.1.5. Certificado de Entidades Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular 691
9.1.6. Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission Internationale, Qmentun da Canadá Accreditation Internacional ou outras entidades e instituições Acreditadas reconhecidas obtidos da gestão do CGIS 691
9.2. Estrutura da Direção 691
9.2.1. Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 691
9.2.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e coordenações 694
9.3. Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Interdisciplinar..... 694
9.3.1. Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada. 694
9.3.1.1. Protocolo para Consulta em Cardiologia: Cardiopatia Isquêmica..... 695
9.3.1.2. Protocolo para Consulta em Cardiologia: Insuficiência Cardíaca 697
9.3.1.3. Protocolo para Consulta em Cardiologia: Síncope ou Perda Transitória de Consciência 700
9.3.1.4. Protocolo para Consulta em Cardiologia: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 702
9.3.1.5. Protocolo para Consulta em Cardiologia: Valvopatias..... 703
9.3.1.6. Protocolo para Consulta em Cardiologia: Pericardites 705
9.3.1.7. Protocolo para Consulta em Cardiologia: Doença de Chagas..... 707
9.3.1.8. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Acne Grau 3 709
9.3.1.9. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Câncer de Pele..... 710
9.3.1.10. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Melasma..... 712
9.3.1.11. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Buloses 713
9.3.1.12. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Discromias..... 715
9.3.1.13. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Erisipela Bolhosa..... 717
9.3.1.14. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Dermatite de Contato 719
9.3.1.15. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Farmacodermias 721
9.3.1.16. Protocolo para Consulta em Dermatologia: Herpes Zoster 723

9.3.1.17.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Lesões Dermatológicas Relacionadas ao Lúpus 724
9.3.1.18.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Hanseníase 727
9.3.1.19.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Câncer de Pele Não Melanoma / Ceratoses Actínicas 729
9.3.1.20.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Dermatoses Eritemato-Escamosas 731
9.3.1.21.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Dermatite Atópica 733
9.3.1.22.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Eczemas (Seborreico, de Contato, Disidrótico, e de Estase)..... 735
9.3.1.23.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Micoses 737
9.3.1.24.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Psoríase..... 739
9.3.1.25.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Alopecia 741
9.3.1.26.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Urticária 744
9.3.1.27.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Prurido 746
9.3.1.28.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso 748
9.3.1.29.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Rosácea..... 750
9.3.1.30.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Leishmaniose Tegumentar..... 752
9.3.1.31.Protocolo para Consulta em Dermatologia: Vitiligo..... 754
9.3.1.32.Protocolo para Consulta em Endocrinologia: Bócio Multinodular 757
9.3.1.33.Protocolo para Consulta em Endocrinologia: Diabetes Mellitus 759
9.3.1.34.Protocolo para Consulta em Endocrinologia: Hipertireoidismo 761
9.3.1.35.Protocolo para Consulta em Endocrinologia: Hipotireoidismo 764
9.3.1.36.Protocolo para Consulta em Endocrinologia: Nódulo de Tireoide 766
9.3.1.37.Protocolo para Consulta em Endocrinologia: Pessoas Transgêneras ou com Incongruência de Gênero 769
9.3.1.38.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Pancreatite Crônica 771
9.3.1.39.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Hepatopatias 774
9.3.1.40.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) 777
9.3.1.41.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Constipação Crônica 780
9.3.1.42.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Suspeita de Cirrose ou Alteração Laboratorial Hepática 783

9.3.1.43.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Alteração em Exames de Imagem Hepática 785
9.3.1.44.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Esteatose Hepática..... 788
9.3.1.45.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Hepatite B 791
9.3.1.46.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Hepatite C 793
9.3.1.47.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Alteração em Endoscopia Digestiva Alta 796
9.3.1.48.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Dispepsia..... 799
9.3.1.49.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) 802
9.3.1.50.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Suspeita de Neoplasia Gastrointestinal 805
9.3.1.51.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Alteração de Hábito Intestinal 808
9.3.1.52.Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: Dor Abdominal 811
9.3.1.53.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Alterações no Resultado de Exame Preventivo do Câncer Cervicouterino (Papanicolau) 814
9.3.1.54.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Sangramento Uterino Anormal (SUA) 816
9.3.1.55.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Massa Anexial 819
9.3.1.56.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Miomatose Uterina (Leiomiomas) .. 822
9.3.1.57.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Anormalidades da Estática Pélvica (Prolapso de Órgãos Pélvicos) 825
9.3.1.58.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Incontinência Urinária 828
9.3.1.59.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Dor Pélvica Crônica e Endometriose.... 831
9.3.1.60.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Climatério 834
9.3.1.61.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Suspeita de Neoplasia de Endométrio 837
9.3.1.62.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Suspeita de Neoplasia do Colo do Útero 840
9.3.1.63.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Amenorreia..... 842
9.3.1.64.Protocolo para Consulta em Ginecologia: Condiloma Acuminado / Verrugas Virais (HPV) 846

9.3.1.65.Protocolo para Consulta em Hematologia: Citopenias (Bicitopenia / Pancitopenia) 849
9.3.1.66.Protocolo para Consulta em Hematologia: Anemia 852
9.3.1.67.Protocolo para Consulta em Hematologia: Policitemia 855
9.3.1.68.Protocolo para Consulta em Hematologia: Trombocitopenia 857
9.3.1.69.Protocolo para Consulta em Hematologia: Trombocitose 861
9.3.1.70.Protocolo para Consulta em Hematologia: Leucopenia 864
9.3.1.71.Protocolo para Consulta em Hematologia: Leucocitose 867
9.3.1.72.Protocolo para Consulta em Hematologia: Distúrbios Hemorrágicos 870
9.3.1.73.Protocolo para Consulta em Hematologia: Trombofilias 873
9.3.1.74.Protocolo para Consulta em Hematologia: Linfadenomegalia Periférica e Esplenomegalia 876
9.3.1.75.Protocolo para Consulta em Hematologia: Hiperferritinemia 879
9.3.1.76.Protocolo para Consulta em Mastologia: Exame de Rastreamento de Mama . 882
9.3.1.77.Protocolo para Consulta em Mastologia: Alterações Benignas da Mama 886
9.3.1.78.Protocolo para Consulta em Mastologia: Ginecomastia 888
9.3.1.79.Protocolo para Consulta em Nefrologia: Diabetes Mellitus 891
9.3.1.80.Protocolo para Consulta em Nefrologia: Doença Renal Crônica (DRC) 895
9.3.1.81.Protocolo para Consulta em Nefrologia: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 898
9.3.1.82.Protocolo para Consulta em Nefrologia: Infecção Urinária Recorrente 902
9.3.1.83.Protocolo para Consulta em Nefrologia: Litíase Renal (Cálculos Renais) 905
9.3.1.84.Protocolo para Consulta em Neurologia: Miopatia 908
9.3.1.85.Protocolo para Consulta em Neurologia: Lesões com Características de Neoplasia 912
9.3.1.86.Protocolo para Consulta em Neurologia: Hidrocefalia 915
9.3.1.87.Protocolo para Consulta em Neurologia: Microcefalia 918
9.3.1.88.Protocolo para Consulta em Neurologia: Atraso de Desenvolvimento Neuropsicomotor (ADNPM) 921
9.3.1.89.Protocolo para Consulta em Neurologia: Atraso de Desenvolvimento do Crânio / Alteração na Marcha de Origem Neurológica 924
9.3.1.90.Protocolo para Consulta em Neurologia: Paralisia Facial Periférica 927
9.3.1.91.Protocolo para Consulta em Neurologia: Cefaleia 930
9.3.1.92.Protocolo para Consulta em Neurologia: Demências 933
9.3.1.93.Protocolo para Consulta em Neurologia: Convulsão e Epilepsia 937

9.3.1.94.Protocolo para Consulta em Neurologia: Síncope e Perda Transitória de Consciência (PTC) 940
9.3.1.95.Protocolo para Consulta em Neurologia: Tremor e Síndromes Parkinsonianas943
9.3.1.96.Protocolo para Consulta em Neurologia: Acidente Vascular Cerebral (AVC)... 947
9.3.1.97.Protocolo para Consulta em Neurologia: Distúrbios do Movimento (Ataxia e Coreias) 950
9.3.1.98.Protocolo para Consulta em Neurologia: Neuropatias Diabéticas Polineuropáticas 953
9.3.1.99.Protocolo para Consulta em Neurologia: Vertigem 956
9.3.1.100.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Hipertensão em Gestante 960
9.3.1.101.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Diabetes em Gestante 962
9.3.1.102.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Anemias em Gestante 966
9.3.1.103.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Gestação com Abortamento Recorrente 972
9.3.1.104.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Hepatite B e C em Gestantes 975
9.3.1.105.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: HIV em Gestante 978
9.3.1.106.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Toxoplasmose em Gestante 981
9.3.1.107.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Condiloma Acuminado (Verrugas Genitais) e Verrugas Virais na Gestação 985
9.3.1.108.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Sífilis em Gestante 987
9.3.1.109.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Alterações Ecográficas em Gestante 990
9.3.1.110.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Isoimunização RH na Gestação 993
9.3.1.111.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Condições Clínicas de Risco à Gestação Atual 996
9.3.1.112.Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Condições Clínicas de Risco em Gestação Prévia 1000

9.3.1.113.Protocolo para Consulta em Oftalmologia: Distúrbios de Acomodação e Retração Ocular 1004
9.3.1.114.Protocolo para Consulta em Oftalmologia: Cataratas em Adulto 1006
9.3.1.115.Protocolo para Consulta em Oftalmologia: Retinopatia e Outras Doenças da Retina 1009
9.3.1.116.Protocolo para Consulta em Oftalmologia: Estrabismo 1012
9.3.1.117.Protocolo para Consulta em Oftalmologia – Oculoplástica: Pálpebras, Vias Lacrimais e Órbita 1015
9.3.1.118.Protocolo para Consulta em Oftalmologia: Glaucoma 1018
9.3.1.119.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor Lombar e Alterações em Exames de Imagem da Coluna Lombar..... 1025
9.3.1.120.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor Cervical e Alterações em Exames de Imagem da Coluna Cervical 1027
9.3.1.121.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Osteoartrite (Artrose) 1030
9.3.1.122.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Bursite e Tendinite 1033
9.3.1.123.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Problemas de Mão e Punho..... 1036
9.3.1.124.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor no Joelho 1039
9.3.1.125 Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor no Ombro..... 1042
9.3.1.126.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor no Quadril..... 1045
9.3.1.127.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Patologias do Pé e Tornozelo 1048
9.3.1.128.Protocolo para Consulta em Ortopedia: Fraturas de Quadril..... 1052
9.3.1.129.Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Vertigem..... 1055
9.3.1.130.Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Obstrução Nasal..... 1057
9.3.1.131.Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Rinossinusite 1060
9.3.1.132.Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono 1063
9.3.1.133.Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Otite..... 1066
9.3.1.134.Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Disfonia Persistente com Sinais de Alarme (Disfagia, Emagrecimento ou Astenia)..... 1072
9.3.1.135.Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Disfagia 1075

9.3.1.136.Protocolo para Consulta em Pneumologia: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) 1081
9.3.1.137.Protocolo para Consulta em Pneumologia: Alterações em Exames Complementares 1087
9.3.1.138.Protocolo para Consulta em Pneumologia: Tosse Crônica e Dispneia Após Investigação Inconclusiva na Atenção Básica e Ausência de Resposta ao Tratamento 1090
9.3.1.139.Protocolo para Consulta em Pneumologia: Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) 1093
9.3.1.140.Protocolo para Consulta em Pneumologia: Tabagismo com Falência de Tratamento na Atenção Básica e Ausência de Comorbidade Psiquiátrica 1096
9.3.1.141.Protocolo para Consulta em Reumatologia: Artrite Reumatoide..... 1099
9.3.1.142 Protocolo para Consulta em Reumatologia: Artrite Psoriásica 1102
9.3.1.143.Protocolo para Consulta em Reumatologia: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) 1105
9.3.1.144.Protocolo para Consulta em Ortopedia ou Reumatologia: Dor Lombar com Alterações em Exames de Coluna Lombar 1108
9.3.1.145.Protocolo para Consulta em Reumatologia ou Ortopedia: Osteoartrite..... 1111
9.3.1.146 Protocolo para Consulta em Reumatologia: Fibromialgia 1114
9.3.1.147 Protocolo para Consulta em Urologia: Lesões no Pênis..... 1116
9.3.1.148.Protocolo para Consulta em Urologia: Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)..... 1119
9.3.1.149.Protocolo para Consulta em Urologia: Patologias Escrotais Benignas 1122
9.3.1.150.Protocolo para Consulta em Urologia: Incontinência Urinária sem Resposta ao Tratamento Clínico 1125
9.3.1.151.Protocolo para Consulta em Urologia: Disfunção Sexual Masculina 1128
9.3.1.152.Protocolo para Consulta em Urologia: Infecção Urinária 1131
9.3.1.153.Protocolo para Consulta em Urologia ou Dermatologia: Verrugas Virais (Condiloma Acuminado e Outras Verrugas) 1133
9.3.1.154 Rotinas Operacionais Detalhadas para Consultas Médicas..... 1136
9.3.2. Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica 1144

9.3.3. Protocolos assistenciais de atenção não médica, por nível de qualificação dos profissionais, e rotinas operacionais para serviços compatíveis com o perfil da unidade licitada. 1144
9.3.3.1. Protocolo para Consulta Não Médica em Odontologia: 1145
9.3.3.2. Protocolo para Consulta Não Médica em Nutrição 1149
9.3.3.3. Protocolo para Consulta Não Médica em Fonoaudiologia 1155
9.3.3.4. Protocolo para Consulta Não Médica em Enfermagem 1166
9.3.3.5. Rotinas Operacionais das Consultas Não Médicas 1170
9.4. Implementação e Funcionamento de Outros Serviços 1174
9.4.1. Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 1174
9.4.2. Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima 1182
9.4.2.1. Manual de Funcionamento da Equipe Multiprofissional da Policlínica Estadual de Quirinópolis 1183
9.4.3. Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima 1199
9.4.4. Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na Policlínica 1203
9.4.5. Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial 1215
9.4.6.Instrução para funcionamento do Serviço de Farmácia com especificação de estrutura, normas, e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 1218
9.4.7. Protocolo de funcionamento da unidade móvel de prevenção do câncer (carreta da prevenção) 1221
9.4.7.1. Ciência E Tecnologia 1224
9.4.7.1.1.Convênio de cooperação técnica com entidades de Ensino para desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos 1224
9.4.7.1.2.Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência ambulatorial 1225
9.4.7.1.3.Apresentação de projeto em Educação Permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da Unidade Ambulatorial 1231
9.5. Política de Recursos Humanos 1234
9.5.1. Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações. 1234

9.5.1. Apresentação de plano de cargos e salários 1238
9.5.2. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção 1238
9.5.3. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho. 1246
9.6. Metodologia De Projetos 1250
9.7. Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis 1250
9.8. Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação..... 1254

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE

Entidade: Centro de Gestão Integrada - CGI		**CNPJ:** nº 22.579.469/0001-60
Endereço: Rua 10, nº 85, Quadra 31, Lote 1E,		
Bairro: Setor Marechal Rondon	**Cidade:** Goiânia/GO	**CEP:** 74.560-390
E-mail contato@cgi.org.br	**Site:** https://cgibrasil.org.br/	**Telefone:** 62 99439-2826
Nome do Responsável: Josanne Marquez Gonzaga de Castro Alcântara		**CPF:** 001.053.961-17

QUEM SOMOS:

O CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, fundado em 13 de abril de 2015, através da Assembleia Geral realizada na cidade de Goiânia, Goiás, é uma pessoa jurídica de direito privado, entidade sem fins lucrativos, possui sua matriz em Goiânia, portador do CNPJ 22.579.496/0001-60 sediada na Rua 10, nº 85, Quadra 31, Lote 1E, Setor Marechal Rondon, Goiânia – Goiás – CEP 74.560-390 e, tem por finalidade estatutária a realização de atividades a benefício da sociedade brasileira, às organizações privadas e às administrações públicas, federais, estaduais e municipais, com a prestação de serviços e desenvolvimento de programas, através de sua estrutura ou em parceria;

Formado por uma equipe multidisciplinar composta por Especialistas, Mestres, Doutores e PhD's, o CGI busca constantemente aperfeiçoar os recursos de administração com profissionais altamente capacitados para diagnosticar, desenvolver e implantar as melhores práticas e ferramentas de gestão e operacionalização das atividades, desenvolvendo sistemas de gestão e controle, buscando sempre a inovação.

Mantemos canal direto com Tribunal de Contas do Estado (TCE) para atualização em nossas práticas de Prestação de Contas, Controle Interno, Gestão de Contratos e Prevenção a Corrupção. Exerce sua atividade de gestão em serviços especializados no âmbito da saúde, da

educação, tecnologia e outras áreas de serviços que beneficiam a sociedade, contando com um serviço de Compliance atuante e presente nos cumprimentos de normas e preceitos legais.

Somos uma entidade sem finalidades lucrativas, com atuação nacional, nas áreas da saúde, meio ambiente, educação, cultura e assistência social.

VISÃO

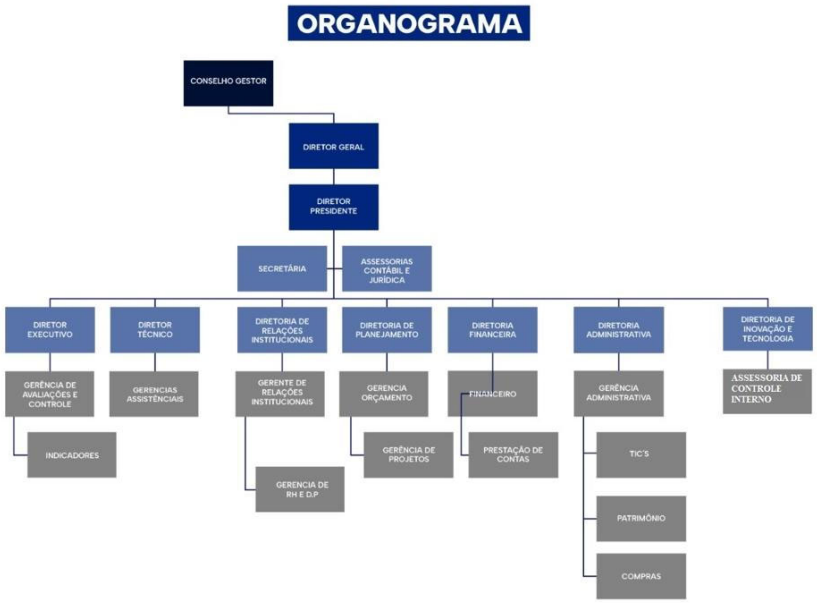
Ser uma referência em nossa área de atuação, e ser reconhecida como instituição inovadora, que luta para construção de uma sociedade que integre segurança e direitos civis, justiça e liberdade, desenvolvimento e meio ambiente, modernidade e diversidade cultural de forma sustentável e capaz de preparar os cidadãos conscientizando-os com valores humanos, éticos e socialmente comprometidos.

MISSÃO

Nossa missão é promover saúde e educação e viabilizar a inclusão social com o conhecimento, desenvolvimento respeitoso e harmônico dos aspectos físicos, afetivos e cognitivos do ser humano, tornando-os ativos na construção da história.

VALORES

- Ética;
- Transparência;
- Excelência em gestão;
- Valorização do trabalhador;
- Humanização;
- Satisfação do usuário.



IDENTIFICAÇÃO DA PROPOSTA

Proposta **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 09/2024-SES/GO PROCESSO: 202400010033097**
Abrangência territorial MUNICÍPIO DE QUIRINÓPOLIS - GO.
Grupo populacional atendido Água Limpa, Aloândia, Bom Jesus de Goiás, Buriti Alegre, Cachoeira Dourada, Goiatuba, Gouvelândia, Inaciolândia, Itumbiara, Joviânia, Morrinhos, Panamá, Anhanguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbaíba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos, Urutaí, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Caldazinha, Cezarina, Cristianópolis, Cromínia, Edealina, Edéia, Hidrolândia, Indiara, Jandaia, Leopoldo de Bulhões, Mairipotaba, Orizona, Piracanjuba, Pontalina, Professor Jamil, São Miguel do Passa Quatro, Senador Canedo, Silvânia, Varjão, Vianópolis e Vicentinópolis
Valor global **R$ 83.773.485,00 (oitenta e três milhões setecentos e setenta e três mil e quatrocentos e oitenta e cinco reais)**
Duração **36** (trinta e seis) meses

3. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) tem causado um impacto significativo na qualidade de vida da população e nos custos com a saúde pública. Essas condições, que incluem hipertensão, diabetes, doenças respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares, exigem um cuidado contínuo e compartilhado entre diferentes níveis de atenção à saúde.

A transição do modelo de saúde tradicional para um sistema que atende às condições crônicas de forma eficiente e integrada é fundamental para melhorar os indicadores de saúde e reduzir as internações evitáveis. Nesse contexto, é essencial que as unidades de atenção ambulatorial especializada (AAE) desempenhem um papel estratégico, em consonância com a atenção primária e outros níveis de cuidado.

O município de Quirinópolis , com uma população que enfrenta desafios epidemiológicos relacionados às DCNTs, necessita de uma unidade de saúde bem estruturada, com serviços especializados que complementem as atividades das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e contribuam para a estratificação e o manejo adequadas a essas condições. A proposta de gestão tem como objetivo garantir a oferta contínua e de qualidade desses serviços por meio de uma CGI (OS), conforme as diretrizes da SAIS/SES-GO.

Desta forma o **Centro de Gestão Integrada - CGI** irá:

- Gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde da unidade ambulatorial de Quirinópolis , garantindo o atendimento especializado em regime de 12 horas diárias.
- Oferecer serviços especializados para o manejo de doenças crônicas não recomendadas, em conformidade com as linhas de cuidado prioritárias definidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.
- Capacitar os profissionais de saúde, promovendo a adoção de práticas de cuidado contínuo e integrando o cuidado com as equipes de atenção primária.
- Implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase em mudanças de hábitos e estilo de vida que impactam positivamente na saúde da população.

Conforme os dados epidemiológicos, as DCNTs representam uma maior carga de morbidade no município de Quirinópolis , com destaque para hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. A ausência de uma atenção contínua e especializada para essas condições tem

sobrecarregado o sistema de urgência e emergência, além de gerar altas taxas de internacionalização.

A unidade ambulatorial de saúde será fundamental para garantir o atendimento adequado a essas condições, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e para a redução dos custos hospitalares.

O **Centro de Gestão Integrada - CGI**, como CGI, compromete-se a:

- Garantir a operacionalização plena da unidade de saúde, com a contratação e capacitação de profissionais especializados.
- Implementar um sistema de gestão eficiente, com fluxos de atendimento claros e integrados às redes de atenção à saúde.
- Utilização de tecnologias de informação para o monitoramento contínuo de pacientes com DCNTs, permitindo uma gestão eficiente dos recursos e a melhoria dos indicadores de saúde.
- Trabalhar em parceria com as equipes da atenção primária, promovendo a estratificação adequada dos casos e garantindo a continuidade do cuidado.
- Aplicar as melhores práticas de governança em saúde, em conformidade com a legislação vigente, incluindo a Lei Estadual nº 15.503/2005 e a Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás.

A unidade ambulatorial de Quirinópolis será equipada com serviços especializados nas seguintes áreas:

Anestesiologia; Angiologia/Cirurgia Vascular ≥ 12 anos; Cardiologia ≥ 12 anos; Colo Proctologia ≥ 12 anos; Clínico Geral – linha do cuidado** todas as idades ; Dermatologia todas as idades; Endocrinologia ≥ 12 anos; Gastroenterologia ≥ 12 anos; Ginecologia ≥ 12 anos; Hematologia ≥ 12 anos; Infectologia ≥ 12 anos; Mastologia ≥ 12 anos; Nefrologia Todas as idades; Neurologia ≥ 12 anos; Obstetrícia (pré-natal de alto risco) ≥ 10 anos; Oftalmologia todas as idades; Ortopedia/Traumatologia todas as idades; Otorrinolaringologia todas as idades ; Pediatria ≥ 29 dias a 12 anos; Pneumologia ≥ 12 anos; Psiquiatria ≥ 12 anos; Reumatologia ≥ 12 anos; Urologia ≥ 12 anos.

Os principais indicadores de sucesso da gestão do **Centro de Gestão Integrada - CGI** incluem:

- Redução das internações por complicações das DCNTs.
- Aumento no número de pacientes com condições crônicas de acompanhamento contínuo.

- Satisfação dos usuários com os serviços prestados.
- Eficiência na utilização de recursos e na oferta de serviços especializados.

O contrato de gestão será de 36 meses, com possibilidade de prorrogação, a contar dos dados de sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás. O projeto será implementado em fases, conforme descrito no cronograma de trabalho anexo.

O **Centro de Gestão Integrada - CGI**, com vasta experiência na gestão de unidades de saúde, está preparado para assumir a gestão da unidade ambulatorial de Quirinópolis , contribuindo de forma significativa para a melhoria da saúde da população e para a organização das redes de atenção à saúde, especialmente no que consulte o manejo das condições crônicas.

4. DESCRIÇÃO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS

A Policlínica Estadual de Quirinópolis na sua concepção, está definida como uma unidade ambulatorial de alta resolutividade em diagnóstico e orientação terapêutica para diferentes especialidades médicas, apta a realizar procedimentos de média complexidade, por meio de serviços de atendimento especializado em consultas médicas e multiprofissionais, procedimentos clínicos e cirúrgicos ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico.

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE: POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS

Endereço: Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, Quirinópolis – Goiás - CEP 75.860-000. Tipo de Unidade: POLICLÍNICA ESTADUAL DA REGIÃO SUDOESTE – QUIRINÓPOLIS. Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás Funcionamento: Segunda a sexta-feira, 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, sendo os usuários devidamente referenciados pela Regulação Estadual. Salienta-se que, em caso de realização de terapia renal substitutiva, o funcionamento poderá se dar também em outros turnos e/ou dias da semana, de acordo com autorização da SES-GO.

A unidade possui: 15 Consultório médicos; 07 Consultório equipe Multidisciplinar, 01 Sala de Pequenos procedimentos; 13 Salas para exames; 01 Posto de coleta; 01 Laboratório; 01 Central de Abastecimento Farmacêutico; 01Farmácia Ambulatorial para dispensação; 01 Sala de Injetáveis; 01 Sala de Cuidado Farmacêutico; Hemodiálise 07 poltronas; 01 Sala de gesso; 01 Sala de fisioterapia; 03 Sala de estabilização.

A Policlínica de Quirinópolis atenderá os pacientes da Macrorregião Sudoeste de Goiás encaminhados prioritariamente pelas Unidades Básicas de Saúde, ou de acordo com pactuação regional.

A Unidade dispõe: de 22 consultórios, sendo para especialidades médicas e não médicas, 13 salas para realização de exames, posto de coleta do laboratório, farmácia, posto de enfermagem, central de esterilização de materiais, hemodiálise, além de recepções e salas destinadas à área administrativa.

A policlínica está localizada na Macrorregião de Saúde Sudoeste é composta por 55 municípios, quais sejam: Água Limpa, Aloândia, Bom Jesus de Goiás, Buriti Alegre, Cachoeira Dourada, Goiatuba, Gouvelândia, Inaciolândia, Itumbiara, Joviânia, Morrinhos, Panamá, Anhanguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbaíba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos, Urutaí, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Caldazinha, Cezarina, Cristianópolis, Cromínia, Edealina, Edéia, Hidrolândia, Indiara, Jandaia, Leopoldo de Bulhões, Mairipotaba, Orizona, Piracanjuba, Pontalina, Professor Jamil, São Miguel do Passa Quatro, Senador Canedo, Silvânia, Varjão, Vianópolis e Vicentinópolis

A policlínica estadual da região Sudoeste - Quirinópolis, como áreas de atuação:

a) Atendimento Ambulatorial – consultas médicas;

b) Atendimento Ambulatorial – Consultas não médicas, incluindo processos terapêuticos de média duração (sessões/tratamentos);

c) Pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais – intervenções cirúrgicas ambulatoriais;

d) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo – SADT – exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico;

e) Serviço de hemodiálise – 07 poltronas

5. PROPOSTA DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL – POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS

A Policlínica Estadual de Quirinópolis se posiciona como um centro de referência em atendimento ambulatorial especializado, com foco na alta resolutividade, acolhimento humanizado e eficiência operacional. A proposta de atendimento ambulatorial visa integrar o

cuidado médico e multiprofissional com tecnologias avançadas, alinhando-se às diretrizes do SUS e às necessidades da população.

A Policlínica tem como meta implementar um modelo de cuidado que integre atenção especializada, multidisciplinaridade, inovação tecnológica e gestão sustentável, promovendo um atendimento eficiente e de alta qualidade, desde a primeira consulta até o acompanhamento contínuo.

O principal objetivo da Policlínica é proporcionar um atendimento ambulatorial especializado e humanizado, que atenda às necessidades de saúde da população da REGIÃO SUDOESTE , com ênfase na rapidez e qualidade do diagnóstico, acompanhamento contínuo e tratamento eficiente. A unidade tem como meta diminuir o tempo de espera por consultas especializadas e procedimentos diagnósticos, ao mesmo tempo em que contribui para a diminuição das filas nas emergências hospitalares.

A proposta da Policlínica visa não apenas melhorar o acesso da população a consultas e exames especializados, mas também reduzir a demanda por atendimentos hospitalares de urgência. Ao tratar de maneira eficaz e precoce as condições de saúde de média complexidade, a Policlínica ajudará a evitar complicações e internações desnecessárias, contribuindo para a sustentabilidade da rede pública de saúde.

A gestão da Policlínica estará focada na obtenção de certificações de qualidade em saúde, com base em indicadores de desempenho que avaliam a eficiência, segurança e satisfação dos pacientes. A unidade também buscará habilitações junto ao Ministério da Saúde, conforme o perfil de atendimento ofertado, garantindo que a Policlínica esteja apta a participar de programas e receber recursos federais para a expansão de serviços.

5.1.Premissas que serão adotadas pela Policlínica de Quirinópolis:

Alta Resolutividade: Sempre que possível, o atendimento na Policlínica deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia. Para tanto, a Policlínica deve observar as seguintes diretrizes:

I. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.
II. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Policlínica e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado.

III. A Policlínica será informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação etc.) a qualquer tempo.

IV. A Policlínica será estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

A Unidade funcionará de segunda à sexta-feira, no mínimo 12 horas diárias, das 07h00 às 19h00, e integra a Rede Estadual de Policlínicas de Goiás, sendo responsável pelo atendimento de média complexidade em Apoio Diagnóstico e orientação terapêutica.

Os serviços obedecerão às Políticas Nacional e Estadual de Referência de Média Complexidade, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde - MS e pela SES/GO e tem como objetivo principal o apoio às necessidades da Atenção Básica.

Missão

A missão da Policlínica Estadual de Quirinópolis é promover a assistência ambulatorial humanizada e de excelência, buscando mudanças na cultura de atendimento, respeitando a dignidade humana e integrando- se às políticas públicas de saúde.

Visão

Manter e implementar a qualidade dos serviços prestados e do ambiente organizacional, assim como alcançar a ampliação da capacidade operacional da instituição.

Valores

Ética, Competência, Promoção Humana e Responsabilidade Social.

5.2.Atendimento Humanizado e Personalizado

O atendimento na Policlínica será baseado em princípios de humanização, com foco no cuidado centrado no paciente:

- Plano de Cuidado Individualizado (PCI): Cada paciente receberá um Plano de Cuidado Individualizado, que será constantemente atualizado e ajustado conforme a evolução clínica.
- Acolhimento Humanizado: Serão criados espaços de convivência confortáveis e áreas de espera interativas, além de serviços de apoio psicológico para pacientes e familiares, garantindo um ambiente humanizado e acolhedor.

5.3.Gestão Baseada em Indicadores de Qualidade

A Policlínica terá uma gestão baseada em indicadores de desempenho e qualidade, monitorando a eficiência e os resultados em tempo real:

- Painel de Indicadores em Tempo Real: Será criado um painel de indicadores, acessível tanto pela gestão da Policlínica quanto pela Secretaria de Saúde, que incluirá dados sobre tempo de espera, resolutividade e satisfação dos pacientes.
- Feedback Digital Imediato: Após cada consulta ou processo terapêutico, os pacientes poderão avaliar o atendimento por meio de dispositivos digitais, fornecendo feedback imediato, que será utilizado para melhorias contínuas nos serviços.

5.4.Integração com a Atenção Primária

A integração com a Atenção Primária será um posto-chave para garantir a continuidade do cuidado entre a Policlínica e as Unidades de Saúde da Família (USF) da região:

- Portal de Comunicação Direta: Será desenvolvido um portal de comunicação integrada entre a Policlínica e as USFs, permitindo o compartilhamento de prontuários eletrônicos e outras informações clínicas em tempo real. Isso facilitará a continuidade do cuidado e o encaminhamento assertivo de pacientes para a Policlínica.
- Capacitação da Equipe de Atenção Primária: A Policlínica atuará como centro de referência para a capacitação contínua das equipes da Atenção Primária, oferecendo workshops e treinamentos regulares sobre o manejo de doenças crônicas e protocolos clínicos.
- Tele consultoria: Ferramentas de tele consultoria permitirão que os profissionais da Atenção Primária consultem especialistas da Policlínica, reduzindo a necessidade de encaminhamentos e promovendo a resolutividade na atenção básica.

5.5.Inovação Tecnológica

A modernização tecnológica será uma das principais ferramentas para aumentar a eficiência do atendimento e ampliar o acesso da população aos serviços especializados:

- Telemedicina Expandida: Após a primeira consulta presencial, retornos e interconsultas poderão ser realizados por telemedicina, quando clinicamente viável. Isso permitirá que pacientes em áreas remotas tenham acesso contínuo aos especialistas.
- Inteligência Artificial (IA) na Triagem: Um sistema de IA será implementado para realizar a triagem preliminar dos pacientes, garantindo que aqueles com maior necessidade sejam atendidos com prioridade.
- Sistema de Agendamento Online: A Policlínica oferecerá um sistema de agendamento online, integrado ao PEU, permitindo que os pacientes ou seus responsáveis agendem suas consultas e processos terapêuticos de forma rápida e eficiente.

5.6.Gestão de Recursos e Eficiência Operacional

A Policlínica adotará práticas modernas de gestão de recursos, garantindo que o uso de insumos e materiais seja eficiente:

- Sistema de Controle de Estoques Automatizado: Um sistema automatizado será responsável pelo controle de estoques, garantindo que os insumos estejam sempre disponíveis e evitando interrupções nos serviços.
- Parcerias Estratégicas com Fornecedores: A Policlínica firmará parcerias estratégicas com fornecedores, garantindo a aquisição ágil de insumos e equipamentos com condições financeiras favoráveis.

5.7.Sustentabilidade e Responsabilidade Ambiental

A Policlínica implementará práticas sustentáveis em todas as suas operações, minimizando o impacto ambiental:

- Gestão de Resíduos Sólidos: Um Núcleo de Gerenciamento de Resíduos será responsável pelo descarte seguro de resíduos biológicos e químicos, conforme as normas ambientais.
- Eficiência Energética e Uso de Recursos Naturais: A Policlínica adotará medidas de eficiência energética, como a instalação de iluminação LED e o reaproveitamento de água da chuva para áreas externas, contribuindo para a sustentabilidade e a economia financeira a longo prazo.

5.8.Valorização da Equipe

A valorização e o cuidado com a equipe de profissionais de saúde serão pilares importantes da gestão da Policlínica:

- Programa de Capacitação Contínua: A Policlínica oferecerá capacitação contínua para sua equipe, com programas de incentivo e participação em cursos e especializações.
- Cuidado com a Saúde Mental dos Profissionais: Será implementado um programa de apoio psicológico para os profissionais da saúde, prevenindo o burnout e promovendo um ambiente de trabalho saudável e motivador.

5.9.Parcerias Acadêmicas e Pesquisa

A Policlínica será um centro de ensino e pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento científico e inovação em saúde:

- Parcerias com Universidades e Centros de Pesquisa: A Policlínica firmará parcerias com universidades, oferecendo programas de estágio, residência multiprofissional e participação em projetos de pesquisa.
- Participação em Pesquisas Clínicas: A Policlínica participará de pesquisas clínicas voltadas para a inovação no atendimento ambulatorial e na melhoria de diagnósticos de doenças crônicas.

5.10. Engajamento com a Comunidade

O engajamento com a comunidade será essencial para promover a saúde de maneira ampla e integrada:

- Ações Comunitárias de Saúde: A Policlínica realizará mutirões de saúde e programas de vacinação, além de palestras educacionais em escolas e centros comunitários, fortalecendo a prevenção de doenças e promovendo o bem-estar.
- Apoio a Pacientes Crônicos: Serão formados grupos de apoio para pacientes crônicos, com orientação contínua e suporte emocional, promovendo a adesão ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida.

6. DESCRIÇÃO DO MODELO GERENCIAL PROPOSTO PELO CGI

CGI de Saúde (OSS) é uma instituição do setor privado, sem fins lucrativos, que se apresenta como parceira formal com o Estado e pretende atender o Princípio da Complementariedade de modo a participar da consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua lei orgânica - Lei nº 8080/90.

Missão do CGI: Atuar como CGI, com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos de relevância, que privilegiem o ser humano, sua coparticipação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas e práticas de gestão, contribuindo com construção de uma sociedade justa, fraterna, participativa e solidária.

São princípios do CGI:

- O respeito como base de todos os relacionamentos. Isso implica o reconhecimento à existência do outro e a defesa da dignidade da pessoa humana. A justiça, cujo significado é igualdade na diferença, defesa do exercício dos direitos de todas as naturezas por todos os indivíduos e segmentos da sociedade.
- A solidariedade, sinônimo de empenho na promoção de ações favorecedoras do crescimento e realização de todos e cada um.

Para podermos cumprir nossa missão e viabilizar a construção da visão de futuro definida, nossas atitudes e comportamentos se nortearão e apoiarão na disseminação e na prática dos seguintes valores:

- A honestidade e a retidão na condução de nossos negócios.
- A responsabilidade na realização de ações de efetivo benefício coletivo.
- A busca da excelência, expressa na qualidade social de nossos produtos e serviços.
- A ousadia para analisar as tendências de futuro e transformar as ideias consideradas viáveis em fatos e dinâmicos.
- O compromisso com a busca da verdade e a defesa rigorosa de sua presença nas relações internas e externas de trabalho.
- O Comprometimento na realização do trabalho com profissionalismo e transparência, respeitando procedimentos definidos pela organização e regulamentados em lei e na sociedade.
- A humildade e a coragem no enfrentamento dos desafios.
- A integridade na construção e preservação do nosso patrimônio e de nossa imagem na sociedade.
- A clareza e a precisão na divulgação de informações, sem prejuízo da confidencialidade, e o empenho na criação de estruturas e canais de comunicação que favoreçam e promovam a livre circulação de informações.

Estratégia para implantação para o Modelo de Gestão

Promover a atenção ambulatorial nas especialidades fixadas em termo de referência de modo que atenda à demanda referenciada.

Também com o apoio da SMS, serão implementados estudos para o aprimoramento do atendimento ambulatorial de Fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e outras especialidades não medicas que venham a ampliar a reabilitação e ou reinserção dos usuários da unidade.

No âmbito psicossocial, serão implantados: Atendimento Psicossocial a Vítimas de Violência Sexual-VVS e Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA, com os respectivos procedimentos específicos para o diagnóstico e tratamento completo.

São, ainda, estratégias do CGI para a implantação do modelo proposto:

- Garantir a atenção nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção Estadual e com a Gestão Municipal.
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população.
- Dispor de recursos humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva.
- Definir um eixo de organização do cotidiano dos colaboradores.
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização e acolhimento dos usuários. a organização da atenção programada com base em riscos.
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico das agendas.
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário.
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho.
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que eles se capacitem, e fiquem mais resolutos.
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos.
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população.
- Adequar às propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde.

- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da aplicação de uma linha da base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

INSTRUMENTOS PARA CONTROLE DE GESTÃO

O CGI ressalva a existência de instrumentos de controle de gestão, sob os quais suas atividades e gestão encontram-se monitoradas, acompanhadas e controladas cotidianamente.

São exemplos de instrumentos de controle da gestão:

- Auditoria de processos pelo Serviço de Avaliação e Controle de Processos.
- Auditoria de processos pelo Sistema de Gestão da Qualidade – Norma ONA.
- Auditoria Interna.
- Inventários patrimoniais.
- Conselho Fiscal.

Propõe-se ainda, aliado às ferramentas e instrumentos de modernização gerencial e controle, a elaboração de documentação das atividades e processos da rede como um Sistema de Gestão da Qualidade, especificamente para Instituição, que deverá incluir:

- Declarações documentadas da política da qualidade e dos objetivos da Qualidade.
- Documentos necessários à empresa para assegurar a efetiva operação e o controle de seus processos, de acordo com o macrofluxo de processos da Instituição.
- Registros requeridos pelos requisitos da Norma Técnica da ONA (I, II e III) e outros requeridos pelos processos da SES-GO.

INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO/INFORMAÇÃO COM O GESTOR ESTADUAL

O CGI, em conformidade ao Contrato de Gestão estabelecido, encaminhará ao gestor estadual relatórios semestrais relativos à produção, índices de desempenho, de qualidade, incluído demonstrativos financeiros e contábeis dos recursos públicos repassados com a periodicidade solicitada pelo gestor, mantendo o compromisso de prestar toda e qualquer informação, mantendo o acesso público da sociedade em geral de todas as informações referente ao contrato de gestão através da Internet.

O CGI sempre estará à disposição para prestação de contas e informações que se fizerem necessárias em qualquer instante e periodicidade, a fim de garantir total transparência no relacionamento entre as vias definidas no Contrato de Gestão.

LIMITES E RESPONSABILIDADES A SEREM ASSUMIDAS PELO CGI

O CGI no cumprimento de seus deveres e obrigações se submete, além das regras contidas no Contrato de Gestão, aos seguintes instrumentos legais:

- Decreto de qualificação, onde é disposto sobre a qualificação do CGI como CGI.
- Lei Federal 8.666/93, que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, naquilo que lhe couber, e
- Determinações oficializadas pela Controladoria Geral do Estado.

DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A regulação assistencial deve buscar a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços.

A ação regulatória em saúde refere-se ao conjunto de atividades que visa organizar, orientar e controlar o fluxo de atendimento dos serviços de saúde de acordo com as necessidades da população e a capacidade instalada do sistema. Seu objetivo é garantir o uso eficiente e equitativo dos recursos de saúde disponíveis, garantindo que os pacientes tenham acesso aos cuidados adequados no tempo correto e com a qualidade ordinária.

A regulação assistencial envolve a gestão da oferta e demanda de serviços, sendo responsável por garantir que o sistema de saúde funcione de maneira coordenada e racionalizada, minimizando desequilíbrios entre as necessidades dos pacientes e os recursos disponíveis. Esta função regulatória abrange desde o encaminhamento de pacientes para consultas e exames até a solicitação de internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos.

A principal finalidade da ação regulatória é otimizar a alocação de recursos e garantir que o cuidado em saúde seja oferecido de forma equânime e ordenada, com base em critérios clínicos bem definidas e na gravidade do caso. Isso significa que os hospitais buscam evitar a sobrecarga de serviços específicos, como de alta complexidade, e promover o uso racional das redes de atenção primária e secundária.

Entre seus objetivos, destacam-se:

- Garantir o acesso oportuno aos serviços de saúde, priorizando os casos mais urgentes e complexos.
- Promover a equidade no atendimento, garantindo que todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica ou local de residência, tenham acesso aos mesmos padrões de atendimento.

- Evitar o desperdício de recursos para garantir que cada paciente seja encaminhado para o serviço ou nível de atenção mais adequado à sua condição de saúde.
- Assegurar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo a adequação dos procedimentos às necessidades clínicas e aos protocolos instalados.

Na gestão pública, a ação regulatória desempenha um papel central na organização dos sistemas de saúde, particularmente em contextos com recursos limitados. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação assistencial é fundamental para a coordenação entre os diferentes níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) para o equilíbrio entre demanda e oferta de serviços. A regulação é operacionalizada por meio de Centrais de Regulação que coordenam os fluxos de pacientes, garantindo que eles sejam direcionados para as unidades de saúde específicas, de acordo com a disponibilidade e necessidade.

Esses centros regulares desde consultas e exames até internações e cirurgias, utilizando sistemas podem ser informatizados que rastreiam e priorizam conforme demandas. Em termos práticos, a aplicabilidade da ação regulatória inclui:

- Gestão de filas: Controle a espera por procedimentos médicos, garantindo que uma ordem de prioridade seja respeitada.
- Encaminhamento de pacientes: Defina para onde o paciente será encaminhado, considerando a capacidade dos serviços e a complexidade do caso.
- Controle de procedimentos: Autoriza ou nega procedimentos médicos e necessários com base em protocolos clínicos e na adequação do pedido.
- Integração entre serviços: Facilita o trânsito dos pacientes entre os diferentes níveis de atenção, garantindo continuidade do atendimento.

A ação regulatória, quando bem renovada, traz numerosos benefícios e impactos positivos para a gestão pública e o sistema de saúde como um todo. Esses incluem: Redução de filas e tempo de espera: A regulação bem estruturada organiza as filas de atendimento, priorizando casos urgentes e distribuindo a demanda de forma equitativa entre os serviços de saúde disponíveis.

Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso.

7. ÁREA ATIVIDADE

7.1.Implantação de Fluxos

7.1.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas

Visando disciplinar o fluxo de profissionais, fornecedores, visitantes e alunos nas dependências da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ,** e locais administrados, as normas e os procedimentos administrativos aqui explanados aplicam-se a todos os departamentos estruturais pertencentes à Administração, devendo estes serem os responsáveis pela sua aplicabilidade.

A gestão eficiente dos fluxos operacionais em uma unidade de saúde, como a Policlínica Estadual de Quirinópolis, é essencial para garantir tanto a segurança quanto a qualidade dos serviços oferecidos. O controle adequado da circulação de profissionais, fornecedores, visitantes e alunos dentro das instalações contribui diretamente para a organização, redução de riscos e otimização dos processos assistenciais e administrativos.

O objetivo central dos fluxos operacionais é disciplinar e organizar o trânsito de pessoas e materiais nas áreas internas e externas da unidade, de forma que não haja interferências nos processos críticos de atendimento e suporte ao paciente. Com fluxos bem definidos, busca-se evitar interrupções nas atividades assistenciais, minimizar a exposição aos riscos sanitários e garantir que os procedimentos de segurança sejam cumpridos rigorosamente.

Esses fluxos não são apenas instrumentos de logística, mas elementos estratégicos que, quando bem aplicados, refletem diretamente na qualidade do serviço oferecido e na experiência do paciente. Além disso, é indicado para a segurança de todos os envolvidos, garantindo que áreas confidenciais e restritas sejam devidamente controladas e acessadas apenas por pessoas autorizadas.

A RDC nº 50 – Resolução da Diretoria Colegiada, discrimina que as circulações externas e internas do Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus fluxos (acessos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, tudo isso em conformidade com a NBR-9050 da ABNT. Deste modo é possível entender as áreas de circulação de unidades de saúde em 03 principais dimensionamentos:

a) Áreas restritas;

b) Áreas internas;

c) Áreas externas.

Ressalta-se o entendimento conceitual do que se trata cada uma:

- Áreas restritas: Trata-se dos ambientes onde existe aumentado risco de infecção, locais onde se realizam procedimento de risco, havendo ou não pacientes, ou ainda, onde se encontram pacientes imunodeprimidos.
- Áreas internas: são os ambientes gerais da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , onde circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores.

Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

- Pacientes externos: O paciente externo é aquela cuja entrada se dá pela recepção da Policlínica de POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS . Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda.
- Acompanhantes: fluxos contemplados por familiares ou amigos que acompanham o paciente durante sua permanência na unidade de saúde, especialmente, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.
- Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atuam, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple todo a Policlínica.

I. Áreas Externas: São as áreas que se destinam aos tipos de serviços a serem prestados, bem como a população usuária que demandam uso do estacionamento na Policlínica. São eles:

   a. paciente externo sendo transportado (paciente de hemodiálise), aquele que chega ou parte de automóvel, ônibus ou de ambulância;
   b. profissionais: aqueles que atuam na unidade e contarão com vaga exclusiva.
   c. entrega de insumos e materiais na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS
   d. remoção de resíduos.

Sobre os elementos "c" à "d" mencionados acima, vale o seu detalhamento da seguinte forma:

- Insumos e materiais: São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material utilizado em exames e procedimentos, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas da Policlínica verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve sempre ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e a Central de Material Esterilizado.
- Remoção de resíduos e materiais contaminados: São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na própria fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários.

De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes)

As normas e procedimentos descritos aplicam-se a todos os departamentos estruturais da Policlínica, sob a responsabilidade da Administração Central e, no caso da Unidade Quirinópolis, sob a gestão do Centro de Gestão Integrada (CGI). As regras visam, de forma padronizada, a disciplinar o fluxo de:

- Profissionais de Saúde: Como médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais da área, que devem ter acesso facilitado e desobstruído às áreas assistenciais de acordo com suas funções e a demanda de atendimento.
- Fornecedores: Cuja entrada e saída devem ser organizadas para não interferir no andamento dos serviços, garantindo que materiais e insumos sejam entregues de maneira segura e eficiente.

- Visitantes: Que precisam ser controlados de forma rigorosa para que o acesso às áreas restritas seja limitado e monitorado, preservando a privacidade e segurança dos pacientes.
- Alunos e Estagiários: Que, em unidades de ensino, têm acesso controlado às áreas assistenciais, sendo monitorados e supervisionados por profissionais treinados.

Devido às peculiaridades de uma unidade Ambulatorial, como a Policlínica, os fluxos operacionais devem ser constantemente ajustados para atender melhor às demandas variáveis da população e a dinâmica interna da instituição. A complexidade dos serviços de saúde exige que esses fluxos sejam flexíveis, permitindo uma rápida adaptação em situações emergenciais ou em períodos de maior demanda. Os ajustes operacionais podem incluir:

- Redefinição de rotas para evitar o cruzamento entre áreas limpas e sujas, preservando a segurança sanitária.
- Ajuste de horários de entrega e circulação de insumos para que não coincida com horários de pico no atendimento aos pacientes.
- Revisão periódica das normas de segurança para garantir que estejam sempre atualizados em conformidade com os protocolos mais recentes e os requisitos de gestão de risco.

A organização dos fluxos operacionais tem impactos diretos na segurança e na qualidade dos serviços prestados, sendo uma ferramenta essencial na gestão de uma unidade de saúde pública. Entre os principais benefícios, destacam-se: Segurança Assistencial: A gestão adequada da circulação em áreas restritas garante que os pacientes sejam protegidos de infecções hospitalares, minimizando o risco de contaminação cruzada entre diferentes áreas da unidade, como centro cirúrgica, unidades de terapia intensiva e infelizmente de internação.

Devido às peculiaridades de uma Unidade ambulatorial, tais medidas são sugestivas e serão ajustadas para melhor atender a demanda da população durante a gestão da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** através da gestão do CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA – CGI.

7.1.2. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Semicríticas

As áreas semicríticas da Policlínica são espaços onde os pacientes recebem cuidados de saúde que, embora de menor complexidade do que nas áreas críticas, ainda exigem um elevado controle de assepsia e rigor nos procedimentos operacionais. Essas áreas incluem:

- Ambulatórios: Espaço para consultas médicas de rotina e acompanhamento de pacientes. O risco de infecção é baixo, mas a circulação de pacientes deve ser controlada.

- Sala de Estabilização: Local utilizado para atendimento emergencial de pacientes que necessitam de monitoramento contínuo, estabilização clínica ou acompanhamento temporário. Pacientes estabilizados podem ser transferidos para áreas críticas ou liberados após melhora.
- Salas de Pequenas Cirurgias: Ambientes equipados para a realização de procedimentos cirúrgicos de menor complexidade, como excisões de lesões, biópsias e correções de pequenas cicatrizes. Esses locais exigem cuidados rigorosos com a assepsia e o controle de infecção.
- Sala de Curativos: Espaço para troca e aplicação de curativos em feridas e lesões que demandam cuidados regulares. Devido ao contato direto com feridas abertas, o ambiente deve ser cuidadosamente higienizado entre os atendimentos.
- Sala de Procedimentos: Locais onde são realizados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, como punções, exames invasivos de baixa complexidade, e pequenos tratamentos.
- Sala de Exames: Utilizadas para exames clínicos e laboratoriais, onde o paciente é submetido a avaliações diagnósticas diversas. O fluxo de pacientes deve ser organizado para evitar congestionamentos e riscos de contaminação.
- Banheiros: Utilizados por pacientes e profissionais, devem ser mantidos em alta rotatividade de limpeza, especialmente nas áreas de maior fluxo de pessoas, como as salas de procedimentos.

Controle de Acesso e Circulação

Nas áreas semicríticas, o controle de circulação é fundamental para minimizar os riscos de contaminação e garantir um ambiente seguro para os pacientes e a equipe de saúde:

- O acesso a essas áreas será restrito aos profissionais de saúde e pacientes em atendimento. Visitantes devem ser autorizados de acordo com normas específicas e em horários controlados.
- Todo o pessoal que circula nessas áreas deve estar devidamente identificado com crachás visíveis, e todos devem seguir as normas de vestimenta e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).
- Pacientes em áreas semicríticas devem ser movimentados de forma organizada e com controle de tempo. Sempre que possível, devem evitar cruzar áreas críticas ou de alto risco. Pacientes em isolamento ou com potencial de infecção devem seguir fluxos completamente separados.

Higienização e Assepsia

A limpeza e desinfecção das áreas semicríticas devem seguir protocolos rigorosos para garantir que todos os ambientes estejam livres de contaminação entre os atendimentos.

- Limpeza entre Procedimentos: Salas de curativos, pequenas cirurgias e procedimentos devem ser higienizadas após cada atendimento, com foco especial nas superfícies de contato frequente, como mesas, cadeiras e instrumentos médicos.
- Troca de EPIs: Profissionais devem trocar luvas, aventais e máscaras entre cada atendimento, evitando a transmissão de patógenos de um paciente para outro.
- Desinfecção Regular: Banheiros, ambulatórios e áreas de circulação devem ser desinfectados várias vezes ao dia, de acordo com o fluxo de pacientes e profissionais.

Transporte de Pacientes

Pacientes que necessitam de transporte entre as áreas semicríticas devem seguir rotas seguras e evitar a circulação por áreas de maior risco ou congestionamento:

- Pacientes devem ser movimentados em rotas designadas para evitar cruzamentos com outras áreas, especialmente as críticas. Cadeiras de rodas e macas utilizadas para transporte devem ser higienizadas antes e depois de cada uso.
- Pacientes que exigem isolamento por risco de infecção devem seguir rotas exclusivas, garantindo a segregação completa das áreas comuns.

Circulação de Materiais e Insumos

A gestão adequada de materiais e insumos nas áreas semicríticas é essencial para garantir que todos os procedimentos possam ser realizados com segurança e eficiência:

- Os materiais utilizados nas salas de curativos, pequenas cirurgias e exames devem ser regularmente reabastecidos e controlados quanto à validade e condição de uso.
- O descarte de materiais biológicos e resíduos perigosos deve seguir protocolos rigorosos, com recipientes específicos para resíduos infectantes. A retirada desses resíduos deve ocorrer regularmente, garantindo que as áreas semicríticas não acumulem material biológico.

Cuidados de Segurança

Seguir as normas de segurança é essencial para minimizar riscos de contaminação e garantir que pacientes e profissionais estejam protegidos.

- Todos os pacientes atendidos nas áreas semicríticas devem ser monitorados para sinais de infecção. Os profissionais devem seguir normas rígidas de desinfecção e cuidado com a manipulação de materiais biológicos.
- A equipe de controle de infecções deve revisar regularmente as taxas de infecção em pacientes atendidos nessas áreas e ajustar os protocolos conforme necessário para prevenir surtos.

Indicadores de Qualidade

Os indicadores de qualidade ajudam a monitorar e melhorar os processos dentro das áreas semicríticas:

- Taxa de Infecção: Acompanhamento contínuo da taxa de infecção entre pacientes atendidos nas áreas semicríticas, com especial atenção para procedimentos invasivos.
- Eficiência da Higienização: Avaliação contínua da eficácia dos protocolos de limpeza, com revisão periódica das técnicas e produtos utilizados.
- Satisfação do Paciente: Coleta regular de feedback dos pacientes quanto à organização, tempo de espera e qualidade do atendimento nas áreas semicríticas.
- Tempo de Atendimento: Monitoramento do tempo médio de atendimento em cada área para garantir que os pacientes sejam atendidos com agilidade e eficiência.

Cuidados Especiais

Em algumas situações, cuidados específicos devem ser aplicados nas áreas semicríticas:

- Devem ser aplicados fluxos separados para pacientes com doenças infecciosas ou que necessitam de isolamento, com protocolos de assepsia mais rigorosos.
- Pacientes pediátricos, idosos ou com condições de saúde mais delicadas devem ser atendidos com maior atenção, com fluxos ajustados para suas necessidades.

Ambulatório

A Constituição Brasileira consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Constituição também estabelece que as ações e serviços de saúde devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização e mando único em cada esfera.

O Sistema Único de Saúde – SUS deve ser capaz de promover e otimizar o atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar à população, por meio de assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população, prestado pela rede pública e contratada/conveniada.

Assim, o Ambulatório da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS será um dos instrumentos de implementação do Sistema Único de Saúde. O atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial inclui a prevenção, tratamento e vigilância à saúde da comunidade de forma programada e continuada.

O Ambulatório da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS deverá atender aos usuários egressos encaminhados de forma referenciada, por meio do Complexo Regulador Municipal e Estadual para as especialidades previamente definidas, respeitando o limite da capacidade operacional do Ambulatório.

Horário de funcionamento:

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira, nas especialidades médicas: Obstetrícia e Pediatria. e, também as especialidades não médicas: Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Odontologia. Entretanto é necessário ressaltar que o foco para o atendimento na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , descrito neste Edital.

O atendimento ambulatorial compreende: primeira consulta, interconsulta, consultas subsequentes (retornos) e procedimentos terapêuticos realizados por profissionais não médicos.

a) Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do usuário a um profissional de determinada especialidade, por uma determinada patologia.

b) Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que refere ao atendimento médico quanto ao não médico.

c) As demais consultas deste cliente (retorno) serão consideradas consultas subsequentes, mesmo que atendido por outro profissional que não o inicial, desde que dentro da mesma especialidade.

7.1.2.1. Estrutura do Atendimento Ambulatorial

7.1.2.1.1. Primeira Consulta

A primeira consulta será o ponto inicial para pacientes encaminhados pela Regulação Estadual. Esse atendimento será essencial para a avaliação inicial e definição de um Plano de Cuidado Individualizado (PCI):

- Anamnese Completa e Diagnóstico Inicial: A consulta incluirá uma anamnese detalhada, seguida de exames clínicos para avaliação do quadro geral do paciente.
- Plano de Cuidado Individualizado (PCI): O Plano de Cuidado Individualizado (PCI) será desenvolvido logo após a primeira consulta, contendo o cronograma de consultas subsequentes, tratamentos e exames. O PCI será revisado e atualizado conforme a evolução do quadro clínico do paciente.
- Prontuário Eletrônico Único (PEU): As informações coletadas durante a primeira consulta serão armazenadas no Prontuário Eletrônico Único (PEU), permitindo que todos os profissionais envolvidos no atendimento tenham acesso ao histórico do paciente de maneira integrada.

7.1.2.1.2. Interconsulta

A interconsulta será um processo interno, onde o paciente será encaminhado a um segundo especialista dentro da mesma linha de cuidado, sem necessidade de novo encaminhamento externo.

- Colaboração entre Especialidades: A interconsulta promoverá a integração entre especialidades, facilitando a troca de informações entre os profissionais envolvidos, garantindo resolutividade rápida e diagnósticos precisos.
- Teleconsultoria e Segunda Opinião: Através de ferramentas de teleconsultoria, os profissionais poderão consultar especialistas da Policlínica sobre casos complexos, evitando encaminhamentos desnecessários e fortalecendo a resolutividade da atenção básica.

7.1.2.1.3. Consultas Subsequentemente (Retornos)

As consultas subsequentes serão realizadas para garantir o acompanhamento contínuo e ajustes no plano terapêutico conforme necessário.

- Agendamento Automatizado: O sistema de agendamento será automatizado e integrado ao PEU, garantindo que os retornos sejam programados de maneira organizada e eficiente.

- Telemedicina para Retornos: Quando clinicamente adequado, os retornos poderão ser realizados por telemedicina, ampliando o acesso dos pacientes aos serviços e otimizando o tempo dos profissionais.

7.1.2.2. Agenda e Regulação

A organização da agenda de consultas médicas e multiprofissionais será gerida de forma integrada com a Regulação Estadual, garantindo que os serviços da Policlínica atendam às necessidades de saúde da região e respeitem a capacidade operacional do ambulatório.

- Agenda de Consultas:

A agenda de consultas médicas e multiprofissionais será apresentada à Regulação Estadual, de acordo com os serviços definidos pela SES-GO. Isso garantirá que as consultas sejam agendadas de maneira organizada, respeitando as capacidades operacionais da Policlínica.

Para fins de acompanhamento de metas e resultados, serão consideradas apenas as consultas efetivamente realizadas, e não apenas as consultas agendadas. Isso permitirá uma visão mais precisa da eficiência da unidade.

- Encaminhamento e Consultas de Egressos:

Além dos pacientes encaminhados pela Regulação Estadual, a Policlínica também atenderá pacientes egressos da própria unidade. Isso garantirá continuidade no atendimento e acompanhamento eficaz dos pacientes que já passaram pela unidade. Esses pacientes egressos terão prioridade no agendamento de consultas subsequentes, garantindo que o acompanhamento do tratamento seja contínuo e resolutivo.

7.1.2.3. Especialidades Médicas e Faixas Etárias – Detalhamento e Fluxo de Atendimento

ESPECIALIDADES	DETALHAMENTO E FLUXO DE ATENDIMENTO
Anestesiologia	• Faixa etária: Todas as idades. • Serviços: O serviço de anestesiologia será responsável por todos os procedimentos que envolvem anestesia para cirurgias e exames complexos. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Pré-Anestésica: Todo paciente que necessitar de anestesia passará por uma avaliação prévia, onde serão revisados o

	histórico clínico, exames laboratoriais e os riscos anestésicos. ○ Sala de Procedimento: A anestesia será administrada por profissionais especializados, com monitoramento contínuo dos sinais vitais durante o procedimento. ○ Pós-Procedimento: Após o procedimento, o paciente será encaminhado para a sala de recuperação anestésica, com monitoramento intensivo até a estabilização completa, visando alta segura e eficaz.
Angiologia/Cirurgia Vascular	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Avaliação e tratamento de condições vasculares, como varizes, insuficiência venosa e doenças arteriais. • Fluxo de Atendimento: ○ Primeira Consulta: Avaliação clínica inicial com exames diagnósticos, como ultrassonografia Doppler, realizados na própria Policlínica para rapidez no diagnóstico. ○ Discussão do Tratamento: Equipes multidisciplinares, como cardiologistas e angiologistas, se reúnem para definir o melhor plano terapêutico. ○ Acompanhamento Regular: Consultas periódicas para avaliar a evolução do tratamento, ajustando as terapias conforme necessário e monitorando a circulação periférica com exames complementares.
Cardiologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Tratamento de doenças cardíacas, como insuficiência cardíaca, arritmias e hipertensão. • Fluxo de Atendimento: ○ Avaliação Inicial: Na consulta inicial, o cardiologista realiza uma avaliação detalhada do

	histórico do paciente e solicita exames como eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma e teste ergométrico, que podem ser feitos no mesmo local. ○ Plano de Acompanhamento: Baseado nos resultados, será definido um plano de tratamento com ajustes contínuos nas consultas subsequentes. O acompanhamento será individualizado, com monitoramento de indicadores de saúde cardiovascular, como pressão arterial e níveis de colesterol. ○ Acompanhamento de Pacientes Crônicos: Os pacientes com doenças crônicas receberão suporte contínuo de uma equipe multiprofissional, incluindo nutricionistas e educadores físicos, com foco em modificar o estilo de vida e prevenir complicações.
Coloproctologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Tratamento de doenças intestinais e anorretais, como hemorroidas, fissuras anais e câncer colorretal. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial: Realização de anamnese detalhada e exame físico. Exames como colonoscopia e retossigmoidoscopia podem ser solicitados e realizados no mesmo local. ○ Procedimento Ambulatorial: Pequenas cirurgias ou biópsias são realizadas em ambiente ambulatorial equipado, com o suporte necessário para recuperação segura. ○ Monitoramento e Prevenção: Acompanhamento regular para prevenir recidivas e detectar precocemente alterações malignas no trato intestinal.

Clínico Geral – Linha do Cuidado	• Faixa etária: Todas as idades.
	• Serviços: O Clínico Geral será a porta de entrada para o atendimento integral, triando os pacientes e gerenciando o acompanhamento de condições crônicas.
	• Fluxo de Atendimento:
	  ○ Consulta Inicial: Avaliação do quadro clínico, histórico de saúde e solicitação de exames laboratoriais e de imagem. Casos mais complexos são encaminhados para especialidades dentro da Policlínica.
	  ○ Encaminhamento Rápido: O Clínico Geral é responsável por gerir o fluxo de encaminhamentos para outras especialidades, otimizando o tempo de atendimento e garantindo continuidade do cuidado.
	  ○ Monitoramento de Pacientes Crônicos: Os pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes) terão consultas regulares para ajustar o tratamento e prevenir complicações, com suporte contínuo da equipe multiprofissional.

Dermatologia	• Faixa etária: Todas as idades.
	• Serviços: Tratamento de doenças de pele, cabelo e unhas, com foco em doenças crônicas como psoríase, acne e câncer de pele.
	• Fluxo de Atendimento:
	  ○ Consulta Inicial: O paciente passará por uma avaliação dermatológica completa. Exames de imagem (dermatoscopia) e biópsias podem ser realizados no local para maior agilidade no diagnóstico.
	  ○ Tratamento Ambulatorial: Lesões superficiais, verrugas e neoplasias podem ser tratadas ambulatorialmente, com procedimentos como crioterapia, eletrocoagulação e excisões de pele.

	○ Acompanhamento Preventivo: Pacientes com histórico de câncer de pele ou doenças autoimunes receberão monitoramento contínuo para detectar alterações precoces, garantindo a rápida intervenção.
Endocrinologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Tratamento de doenças hormonais, como diabetes e disfunções da tireoide. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial e Exames: Na primeira consulta, será realizada a coleta de exames laboratoriais e hormonais. Exames como ultrassonografia da tireoide e glicemia capilar também podem ser realizados de forma rápida no mesmo local. ○ Acompanhamento Regular: Pacientes com diabetes, obesidade e distúrbios hormonais terão acompanhamento contínuo, com revisão de exames periódicos e ajustes no tratamento medicamentoso. ○ Educação em Saúde: Acompanhamento por educadores em diabetes e nutricionistas para controlar peso, alimentação e melhorar o estilo de vida, com foco em prevenção de complicações a longo prazo.
Gastroenterologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças digestivas, como gastrite, refluxo gastroesofágico e doenças inflamatórias intestinais. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial: A avaliação incluirá exames laboratoriais, ultrassonografia abdominal e endoscopia digestiva alta, realizados de forma ágil para diagnóstico precoce. ○ Tratamento: Medicamentos e terapias dietéticas serão prescritos com base nos achados dos

	exames. Procedimentos mais complexos, como biópsias intestinais, poderão ser realizados na unidade. ○ Acompanhamento Preventivo: Pacientes com doenças crônicas do sistema digestivo serão monitorados para ajustar tratamentos e evitar complicações.
Ginecologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Atendimento especializado para saúde feminina, com foco em prevenção de cânceres ginecológicos, saúde reprodutiva e tratamento hormonal. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Ginecológica Completa: Realização de exame clínico, Papanicolau, e ultrassonografia pélvica e mamária para detectar possíveis anormalidades. ○ Prevenção e Planejamento Familiar: Atendimento preventivo com foco em orientação para uso de contraceptivos e planejamento familiar, além de tratamento de condições como síndrome dos ovários policísticos e distúrbios menstruais. ○ Acompanhamento de Gestação e Saúde Reprodutiva: Para gestantes, será oferecido acompanhamento regular com monitoramento fetal e prevenção de complicações durante a gravidez.
Hematologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças do sangue, como anemia, leucemia e doenças de coagulação. • Fluxo de Atendimento:

	○ Consulta Inicial: A avaliação incluirá hemograma completo, exames de coagulação e, em casos mais graves, biópsias de medula óssea. ○ Tratamento e Monitoramento: Terapias específicas serão iniciadas rapidamente, incluindo infusões de sangue ou plaquetas, dependendo da necessidade clínica do paciente. ○ Acompanhamento Contínuo: Pacientes com condições crônicas ou malignas serão monitorados regularmente com exames laboratoriais frequentes e consultas periódicas.
Infectologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de infecções crônicas e agudas, como HIV, hepatites virais e outras doenças infecciosas emergentes. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial: Avaliação clínica, com solicitação de exames laboratoriais, sorologias e culturas, quando necessário. Exames rápidos para HIV, hepatites e sífilis serão disponibilizados no próprio local, agilizando o diagnóstico. ○ Tratamento: Medicamentos antivirais e antibióticos são iniciados conforme o resultado dos exames. O tratamento será monitorado por equipe multidisciplinar para garantir adesão e controle da infecção. ○ Acompanhamento: Pacientes com infecções crônicas receberão acompanhamento regular, com consultas para monitoramento de carga viral e resposta ao tratamento. ○ Integração Multidisciplinar: Pacientes com condições crônicas, como HIV, terão acompanhamento contínuo por especialistas e suporte psicossocial para garantir adesão ao tratamento.

Mastologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos.
	• Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças mamárias, incluindo detecção precoce e tratamento de câncer de mama.
	• Fluxo de Atendimento:
	  ○ Consulta Inicial: Exame clínico das mamas, solicitação de mamografia e ultrassonografia mamária para avaliação de nódulos ou outras alterações.
	  ○ Exames e Biópsias: Se necessário, biópsias mamárias podem ser realizadas no próprio ambulatório para investigação de lesões suspeitas.
	  ○ Acompanhamento Preventivo: Pacientes com histórico familiar de câncer de mama ou com fatores de risco serão acompanhadas regularmente para prevenção e detecção precoce de alterações.
	  ○ Fluxo Rápido para Casos Oncológicos: Casos que demandem tratamento oncológico serão encaminhados com agilidade para centros especializados, assegurando um rápido início do tratamento.

Nefrologia	• Faixa etária: Todas as idades. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças renais, como insuficiência renal crônica e aguda, infecções urinárias e distúrbios eletrolíticos. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial: Exames laboratoriais e de imagem (ultrassonografia renal) serão realizados para diagnóstico de doenças renais. Pacientes com doença renal crônica serão orientados a seguir um plano de controle nutricional e medicamentoso.

	○ Tratamento Preventivo e Acompanhamento: Para pacientes com insuficiência renal crônica, haverá consultas regulares para monitoramento da função renal e prevenção de progressão da doença. ○ Hemodiálise e Monitoramento: Pacientes em estágio avançado terão suporte de hemodiálise e acompanhamento regular para garantir a estabilidade clínica.
Neurologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças neurológicas, como epilepsia, esclerose múltipla, AVC e neuropatias. • Fluxo de Atendimento: ○ Avaliação Clínica e Exames Neurológicos: O neurologista realizará a avaliação clínica inicial e exames complementares, como ressonância magnética e eletroencefalograma, para diagnóstico. ○ Tratamento Terapêutico: Após o diagnóstico, os pacientes iniciam tratamento medicamentoso ou de reabilitação, conforme necessário. ○ Acompanhamento Contínuo: Pacientes com condições crônicas neurológicas, como epilepsia ou doenças degenerativas, terão consultas regulares para ajustar a medicação e monitorar a evolução da doença. ○ Reabilitação Neurológica: Pacientes que sofreram AVC ou traumas neurológicos terão acesso a fisioterapia e acompanhamento multiprofissional para recuperação.
Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco)	• Faixa etária: ≥ 10 anos. • Serviços: Acompanhamento de gestantes de alto risco, com foco na prevenção de complicações e monitoramento da saúde da mãe e do bebê.

	• Fluxo de Atendimento:
	  ○ Consulta Inicial: Avaliação clínica detalhada da gestante, com exames laboratoriais e ultrassonografia para monitorar a saúde do feto.
	  ○ Monitoramento Frequente: Gestantes de alto risco terão consultas frequentes com obstetras especializados, acompanhando sinais vitais maternos e desenvolvimento fetal.
	  ○ Acompanhamento Multidisciplinar: Em casos de condições como diabetes gestacional, hipertensão ou risco de parto prematuro, a gestante será acompanhada por uma equipe multidisciplinar, incluindo endocrinologistas e nutricionistas.
	  ○ Prevenção de Complicações: Realização de exames de rastreamento, como doppler fetal e cardiotocografia, para detecção precoce de possíveis complicações.

Oftalmologia	• Faixa etária: Todas as idades.
	• Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças oculares, como catarata, glaucoma e erros refrativos.
	• Fluxo de Atendimento:
	  ○ Consulta Inicial: Avaliação oftalmológica completa, com exames de acuidade visual, mapeamento de retina e tonometria para detecção de glaucoma.
	  ○ Procedimentos Ambulatoriais: Pequenos procedimentos, como remoção de corpo estranho ou correção de erro refrativo, poderão ser realizados na unidade.
	  ○ Acompanhamento de Doenças Crônicas: Pacientes com glaucoma ou catarata serão acompanhados regularmente para ajustes no tratamento e prevenção de complicações.

	○ Triagem para Cirurgias: Casos que demandem intervenções cirúrgicas, como cirurgias de catarata, serão triados para encaminhamento rápido.
Ortopedia/Traumatologia	• Faixa etária: Todas as idades. • Serviços: Tratamento de lesões musculoesqueléticas, fraturas, entorses e doenças crônicas como osteoporose e artrite. • Fluxo de Atendimento: ○ Primeira Consulta e Exames: Avaliação inicial com exames de imagem, como raio-X, tomografia ou ressonância magnética, para diagnóstico de fraturas ou doenças degenerativas. ○ Tratamento e Procedimentos: Realização de procedimentos ambulatoriais, como imobilizações, infiltrações articulares e pequenas cirurgias. ○ Fisioterapia e Reabilitação: Pacientes pós-trauma ou pós-cirurgia serão encaminhados para fisioterapia, com foco na reabilitação funcional e recuperação motora. ○ Acompanhamento Contínuo: Pacientes com doenças crônicas, como artrite, terão acompanhamento regular para controle da dor e melhora da qualidade de vida.
Otorrinolaringologia	• Faixa etária: Todas as idades. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças do ouvido, nariz e garganta, como sinusite, otite e distúrbios do sono. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial: Avaliação clínica e exames complementares, como audiometria e nasofibroscopia.

	○ Tratamento Ambulatorial: Pequenas cirurgias, como remoção de amígdalas, cauterização nasal e drenagem de abscessos, serão realizadas no ambulatório. ○ Acompanhamento de Doenças Crônicas: Pacientes com condições como sinusite crônica, apneia do sono ou zumbido terão acompanhamento regular para controle dos sintomas.
Pediatria	• Faixa etária: De 29 dias a 12 anos. • Serviços: Acompanhamento do desenvolvimento infantil, diagnóstico e tratamento de doenças comuns na infância, como infecções respiratórias, doenças virais e problemas nutricionais. • Fluxo de Atendimento: ○ Avaliação Inicial e Exames: Consulta pediátrica com avaliação de crescimento e desenvolvimento, vacinação e exames laboratoriais conforme necessário. ○ Tratamento de Doenças Agudas: Para crianças com infecções respiratórias, diarreias e outros problemas agudos, o atendimento será rápido, com foco na recuperação imediata. ○ Acompanhamento Preventivo: Consultas regulares para monitoramento do desenvolvimento físico e cognitivo, além de avaliação nutricional e orientação alimentar. ○ Encaminhamento para Especialidades: Em caso de doenças crônicas ou complexas, como asma ou distúrbios do desenvolvimento, o pediatra fará o encaminhamento para especialistas, garantindo a continuidade do cuidado.
Pneumologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos.

	• Serviços: Tratamento de doenças respiratórias, como asma, bronquite, DPOC e doenças pulmonares infecciosas.
	• Fluxo de Atendimento:
	  ○ Consulta Inicial: Avaliação clínica e solicitação de exames complementares, como espirometria e raio-X de tórax, para avaliação da função pulmonar.
	  ○ Tratamento: Pacientes com asma ou DPOC receberão tratamento medicamentoso, com acompanhamento regular para ajuste das medicações.
	  ○ Acompanhamento Contínuo: Pacientes com doenças respiratórias crônicas terão consultas regulares para monitoramento da função pulmonar e controle das crises.
	  ○ Educação em Saúde: Acompanhamento de pacientes com DPOC incluirá orientação sobre cessação do tabagismo e exercícios respiratórios para melhorar a função pulmonar.

Psiquiatria	• Faixa etária: ≥ 12 anos.
	• Serviços: Tratamento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia e transtornos de humor.
	• Fluxo de Atendimento:
	  ○ Avaliação Inicial: Consulta psiquiátrica inicial com anamnese detalhada, avaliação de histórico familiar e exames complementares para diagnóstico diferencial.
	  ○ Tratamento: Início de terapias medicamentosas e psicoterapias em conjunto com psicólogos, conforme o plano de tratamento.
	  ○ Acompanhamento Contínuo: Pacientes com transtornos mentais terão consultas regulares

	para ajuste de medicações e avaliação da resposta ao tratamento. ○ Suporte Psicossocial: Em casos de crises, o paciente terá acesso a uma equipe de intervenção rápida para controle de episódios agudos.
Reumatologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças reumáticas, como artrite reumatoide, lúpus e outras doenças autoimunes. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial e Exames: Exames laboratoriais, como fator reumatoide e anticorpos antinucleares (ANA), serão solicitados na avaliação inicial. ○ Tratamento: Terapia medicamentosa será iniciada com anti-inflamatórios, imunossupressores ou biológicos, conforme necessário. ○ Acompanhamento Contínuo: Pacientes com doenças crônicas terão consultas regulares para ajuste de medicações e acompanhamento da evolução da doença. ○ Reabilitação Funcional: Pacientes com doenças reumáticas terão suporte de fisioterapia para manutenção da mobilidade e redução da dor.
Urologia	• Faixa etária: ≥ 12 anos. • Serviços: Diagnóstico e tratamento de doenças do trato urinário e do sistema reprodutor masculino, como infecções, cálculos renais e disfunções sexuais. • Fluxo de Atendimento: ○ Consulta Inicial e Exames: Exames laboratoriais e de imagem (ultrassonografia renal e vesical) serão realizados na avaliação inicial.

- Tratamento Ambulatorial: Pequenas cirurgias, como ressecção de cálculos renais e correção de disfunções urinárias, serão realizadas na unidade.
- Acompanhamento Contínuo: Pacientes com doenças crônicas, como hiperplasia prostática benigna, serão monitorados regularmente com exames de controle.
- Educação em Saúde: Orientação para prevenção de infecções urinárias e suporte para pacientes com disfunções sexuais, promovendo qualidade de vida e bem-estar.

7.1.2.4. Procedimentos Ambulatoriais na Policlínica Estadual de Quirinópolis

Os procedimentos ambulatoriais são parte fundamental do atendimento oferecido pela Policlínica, pois são procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que não necessitam de internação hospitalar, incluem uma gama de intervenções cirúrgicas e clínicas de menor complexidade que podem ser realizados com anestesia local ou troncular, ou seja, sem necessidade de anestesia geral ou de presença de médico anestesista. Esses procedimentos são realizados em consultório ou sala específica de procedimentos, e por serem menos invasivos, dispensam cuidados pós-operatórios intensivos. A recuperação é rápida, e o paciente pode retornar para casa no mesmo dia.

I. Tipos de Procedimentos Ambulatoriais

a) Procedimentos Diagnósticos

i. **Biópsia de Lesões**: Realização de biópsias de lesões cutâneas ou de tecidos subcutâneos, com a remoção de uma pequena amostra para análise histopatológica. Esse procedimento é comum para avaliação de lesões suspeitas de malignidade ou inflamação crônica.
   a. Indicação: A biópsia é indicada para a análise de lesões cutâneas ou subcutâneas que apresentem alterações suspeitas, como crescimento irregular, mudanças de cor ou sangramento.

b. Procedimento: Realiza-se a remoção parcial ou total da lesão com anestesia local. A amostra retirada é enviada para análise histopatológica para confirmação diagnóstica.
c. Pós-Operatório: O paciente é orientado a manter o local da biópsia limpo e protegido até a cicatrização completa. Os resultados da biópsia são discutidos em consulta subsequente, e, dependendo do diagnóstico, pode ser necessário tratamento adicional.

POP - Biópsia de Lesões

Objetivo

Garantir uma biópsia segura para diagnóstico preciso, minimizando o risco de complicações.

Materiais Necessários

- Bisturi descartável
- Campo estéril
- Anestesia local
- Curativo

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Confirmar o local da lesão e a necessidade de biópsia.
  - Realizar assepsia da área e aplicar anestesia local.
- Execução:
  - Realizar a incisão e remover uma amostra da lesão.
  - Enviar a amostra para análise histopatológica.
- Pós-Procedimento:
  - Curativo estéril e orientações sobre cuidados domiciliares.
  - Agendar retorno para discutir os resultados.

Cuidados de Segurança

- Uso adequado de técnica estéril.
- Monitoramento do local da biópsia para sinais de infecção.

ii. **Biópsia de Linfonodos**: Realizada em casos de linfadenopatias persistentes ou suspeita de doenças malignas.

a. Indicação: Utilizada em casos de linfadenopatias de etiologia incerta, especialmente quando há suspeita de malignidade, infecção crônica ou distúrbios imunológicos.
b. Procedimento: Realiza-se a remoção parcial ou total do linfonodo com anestesia local ou sedação leve, dependendo da localização do linfonodo. A amostra é enviada para análise histopatológica.
c. Pós-Operatório: O paciente é orientado a monitorar o local da biópsia para sinais de complicação, como sangramento ou infecção. O retorno é agendado para discutir os resultados da biópsia e, se necessário, iniciar o tratamento adequado. biópsia de linfonodos é um procedimento essencial para investigar linfadenopatias persistentes ou suspeitas de doenças malignas, como linfomas ou metástases. A coleta de uma amostra de linfonodo permite a análise histopatológica, que é fundamental para o diagnóstico preciso e o planejamento do tratamento adequado.

POP - Biópsia de Linfonodos

Objetivo

Realizar a biópsia de linfonodos de maneira segura, garantindo um diagnóstico preciso e minimizando complicações.

Materiais Necessários

- Campo cirúrgico estéril
- Bisturi descartável
- Pinças hemostáticas
- Suturas
- Recipiente estéril para a amostra
- Solução antisséptica
- Curativo estéril
- Anestesia local ou geral, conforme indicado

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Avaliação clínica e indicação da biópsia com confirmação da necessidade.
  - Assepsia rigorosa da área e aplicação de anestesia local ou geral.
- Execução:
  - Realizar incisão sobre o local do linfonodo.

- Remover parcial ou totalmente o linfonodo afetado.
- Colocar a amostra em recipiente estéril para análise histopatológica.

- Pós-Procedimento:
  - Aplicar curativo estéril e fornecer orientações sobre os cuidados domiciliares.
  - Agendar consulta de retorno para discussão dos resultados da biópsia e possíveis tratamentos.

Cuidados de Segurança

- Uso de técnica estéril rigorosa durante todo o procedimento.
- Monitorar sinais de infecção ou complicações no local da biópsia.

b) Procedimentos Cirúrgicos Terapêuticos

ii. **Ressecção de Lesões Cutâneas**: A remoção cirúrgica de lesões benignas, como cistos, nevos (pintas) ou queratoses, e lesões malignas ou pré-malignas, como carcinomas basocelulares.

a. Indicação: A ressecção de lesões cutâneas é indicada para a remoção de nevos (pintas), cistos, queratoses ou outras lesões benignas que possam causar desconforto estético ou funcional.
b. Procedimento: Realizado com anestesia local, a lesão é removida cirurgicamente utilizando bisturi, respeitando margens de segurança adequadas para garantir a total remoção.
c. Pós-Operatório: O paciente recebe alta no mesmo dia, com orientações sobre cuidados com o curativo e restrições leves de atividades físicas. A cicatrização geralmente ocorre em 7 a 14 dias, e os pontos são removidos em consulta subsequente, se necessário.

POP - Ressecção de Lesões Cutâneas

Objetivo

Garantir a segurança e eficiência no procedimento de remoção de lesões cutâneas benignas ou malignas, minimizando o risco de infecção e complicações.

Materiais Necessários

- Bisturi descartável
- Anestésico local (lidocaína 2% com epinefrina)
- Campo estéril
- Seringa e agulha para aplicação de anestesia

- Pinças, tesouras, e porta-agulha estéreis
- Fios de sutura (nylon 4-0 ou 5-0)
- Curativo estéril

Procedimento

- Pré-Procedimento:
    - Confirmar o consentimento informado do paciente.
    - Realizar assepsia da área a ser operada com solução de clorexidina.
    - Colocar campos estéreis ao redor da área de incisão.
- Execução:
    - Infiltrar o anestésico local ao redor da lesão.
    - Realizar a incisão com bisturi, respeitando as margens de segurança.
    - Remover a lesão com pinça e bisturi, evitando traumas aos tecidos adjacentes.
    - Sutura com fio de nylon adequado, dependendo da localização da lesão.
- Pós-Procedimento:
    - Aplicar curativo estéril na área.
    - Orientar o paciente sobre os cuidados domiciliares e o uso de antibióticos, se necessário.
    - Agendar consulta de revisão para remoção de pontos em 7 a 14 dias.

Cuidados de Segurança

- Realizar a identificação correta da lesão antes da ressecção.
- Uso rigoroso de técnica estéril para evitar infecções.
- Monitorar o paciente para possíveis reações alérgicas ao anestésico.

iii. **Exérese de Tumores de Pele:** Retirada de tumores cutâneos, como melanoma ou outros tumores malignos, com margens de segurança para evitar recidiva.

a. Indicação: Indicado para a remoção de tumores malignos, como carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e, em alguns casos, melanoma em estágio inicial.
b. Procedimento: Utiliza-se anestesia local, e a ressecção é realizada com margens de segurança maiores para garantir a remoção completa do tumor, minimizando o risco de recidiva.
c. Pós-Operatório: O paciente deve realizar acompanhamento periódico para monitorar a cicatrização e garantir que não haja sinais de recidiva. Em casos de

melanoma, exames complementares podem ser solicitados para avaliar a disseminação.

POP - Ressecção de Tumores de Pele

Objetivo

Remover tumores de pele, com ênfase em segurança e respeito às margens oncológicas para prevenir recidiva.

Materiais Necessários

- Equipamentos cirúrgicos estéreis (bisturi, tesouras, pinças)
- Anestésico local
- Campo estéril
- Fios de sutura específicos (nylon 4-0 ou 5-0)
- Solução de clorexidina para assepsia
- Curativos

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Avaliar a extensão do tumor e definir as margens de segurança para ressecção.
  - Assepsia rigorosa com clorexidina e posicionamento de campo estéril.
- Execução:
  - Anestesia local na área ao redor do tumor.
  - Ressecção do tumor com margens de segurança adequadas (geralmente 1 cm de tecido normal ao redor).
  - Sutura da ferida, garantindo a mínima tensão sobre os bordos.
- Pós-Procedimento:
  - Curativo estéril.
  - Encaminhar a amostra para análise histopatológica.
  - Orientar o paciente sobre cuidados pós-operatórios e o agendamento de retorno.

iv. **Correção de Pequenas Cicatrizes:** Procedimentos que visam corrigir cicatrizes hipertróficas ou queloides, utilizando técnicas de ressecção e sutura plástica.

a. Indicação: Pacientes que apresentam cicatrizes hipertróficas, queloides ou cicatrizes com má formação, frequentemente buscam a correção estética ou funcional dessas cicatrizes.

b. Procedimento: A correção da cicatriz envolve a remoção cirúrgica da área afetada, seguida de uma sutura plástica que minimiza a visibilidade da nova cicatriz.
c. Pós-Operatório: O paciente deve seguir rigorosamente as instruções de cuidados com a cicatriz, incluindo o uso de pomadas cicatrizantes e, em alguns casos, compressão com faixas de silicone. O acompanhamento inclui revisão periódica para evitar recidivas ou formação de queloides.

POP - Correção de Pequenas Cicatrizes

Objetivo

Corrigir cicatrizes hipertróficas ou queloides, promovendo resultados estéticos melhores e minimizando o risco de infecção.

Materiais Necessários

- Kit de cirurgia menor (bisturi, tesouras, pinças)
- Fio de sutura estético (nylon 6-0 ou 7-0)
- Campo estéril
- Solução antisséptica
- Curativos adesivos

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Avaliar a cicatriz e confirmar o planejamento cirúrgico.
  - Realizar assepsia com clorexidina e delimitar a área com campo estéril.
- Execução:
  - Aplicar anestesia local.
  - Remover a cicatriz com bisturi, garantindo a remoção completa.
  - Sutura plástica fina com fios adequados, evitando tensão excessiva.
- Pós-Procedimento:
  - Aplicar curativo adequado.
  - Orientar o uso de pomadas cicatrizantes e proteção solar rigorosa.
  - Acompanhamento em 7 a 10 dias para remoção de pontos e avaliação da cicatrização.

Cuidados de Segurança

- Garantir que a sutura seja realizada com mínima tensão para evitar cicatrização inadequada.
- Técnicas estéreis rigorosas para prevenir infecções.
- Assegurar a remoção completa do tumor.
- Técnica estéril para evitar infecções.
- Cuidados com a hemostasia para evitar sangramentos excessivos.

v. **Eletrocoagulação de Verrugas:** Uso de eletrocauterização para remover verrugas virais, principalmente as causadas pelo papilomavírus humano (HPV), garantindo o controle das recidivas.
   a. Indicação: Esse procedimento é indicado para a remoção de verrugas, especialmente as causadas pelo papilomavírus humano (HPV), comuns em áreas como mãos, pés e genitais.
   b. Procedimento: A eletrocoagulação é realizada com um dispositivo que utiliza corrente elétrica de alta frequência para destruir o tecido da verruga, promovendo a remoção sem necessidade de cortes.
   c. Pós-Operatório: O paciente deve manter o local limpo e evitar fricção ou exposição excessiva à água. A cicatrização ocorre rapidamente, geralmente em 7 a 10 dias, e o risco de recidiva é baixo quando o procedimento é feito adequadamente.

POP - Eletrocoagulação de Verrugas

Objetivo

Remover verrugas de forma segura e eficaz, utilizando eletrocoagulação para evitar a recidiva e promover rápida cicatrização.

Materiais Necessários

Eletrocautério

- Anestésico local
- Campo estéril
- Curativos

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Realizar assepsia da área com clorexidina.
  - Aplicar anestesia local.
- Execução:

- Utilizar o eletrocautério para destruir o tecido da verruga, aplicando calor de maneira controlada.
- Garantir que toda a verruga seja removida e que a área esteja hemostasiada.

- Pós-Procedimento:
  - Aplicar curativo protetor.
  - Orientar o paciente sobre a higienização e cuidados com o local.
  - Retorno em 7 dias para acompanhamento da cicatrização.

Cuidados de Segurança

- Uso adequado do eletrocautério para evitar queimaduras em tecidos adjacentes.
- Assepsia rigorosa e monitoramento de possíveis complicações.

vi. **Pterígio: Remoção** cirúrgica do pterígio, um tecido fibrovascular que cresce sobre a córnea, comum em pacientes expostos a radiação UV ou ambientes secos. O procedimento é ambulatorial e requer cuidados pós-operatórios simples.

a. Indicação: O pterígio é uma condição oftalmológica onde ocorre o crescimento de tecido fibrovascular sobre a córnea, afetando a visão e causando irritação ocular.
b. Procedimento: A cirurgia para remover o pterígio é realizada sob anestesia local com sedação leve. O tecido é removido e, em alguns casos, uma conjuntiva adjacente é usada para enxertar a área operada, minimizando a chance de recidiva.
c. Pós-Operatório: O paciente deve utilizar colírios antibióticos e anti-inflamatórios no pós-operatório, além de evitar exposição ao sol sem proteção adequada. O acompanhamento regular é essencial para detectar e tratar possíveis complicações.

POP - Cirurgia de Pterígio

Objetivo

Remover o pterígio de forma segura, preservando a saúde ocular e prevenindo recidivas.

Materiais Necessários

- Kit cirúrgico oftalmológico
- Solução salina estéril
- Anestesia local com sedação leve
- Curativos oculares

- Colírios antibióticos

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Confirmar o diagnóstico e obter consentimento informado.
  - Realizar assepsia da região ocular com solução antisséptica.
- Execução:
  - Aplicar anestesia local e sedação leve.
  - Remover o pterígio e, se necessário, realizar enxerto conjuntival para cobrir a área exposta.
  - Suturar com fio de nylon 10-0 (quando aplicável).
- Pós-Procedimento:
  - Aplicar curativo ocular e orientar o uso de colírios antibióticos e anti-inflamatórios.
  - Acompanhamento diário para monitoramento da recuperação.

- Cuidados de Segurança
- Prevenção de infecções oculares rigorosa.
- Monitoramento de complicações pós-operatórias, como infecção e recidiva.

vii. Vasectomia: Um procedimento de esterilização masculina, realizado com anestesia local, onde os canais deferentes são seccionados para interromper o fluxo de espermatozoides.

a. Indicação: A vasectomia é um procedimento de esterilização masculina permanente, indicado para homens que desejam evitar a paternidade futura de maneira definitiva.
b. Procedimento: Realizado com anestesia local, o médico corta e sela os canais deferentes, interrompendo o fluxo de espermatozoides. O procedimento dura aproximadamente 30 minutos.
c. Pós-Operatório: O paciente deve evitar atividades físicas intensas por cerca de 7 dias. É importante realizar exames subsequentes para garantir a ausência de espermatozoides no sêmen. A fertilidade não cessa imediatamente após o procedimento, sendo necessário o uso de contracepção até confirmação laboratorial.

POP - Vasectomia

Objetivo

Realizar a vasectomia de maneira segura, proporcionando esterilização permanente com mínima dor e risco de complicações.

Materiais Necessários

- Kit cirúrgico menor (bisturi, pinças, tesouras)
- Anestesia local
- Campo estéril
- Solução antisséptica
- Curativos

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Confirmar o consentimento informado e discutir a natureza permanente do procedimento.
  - Assepsia da região escrotal e aplicação de campos estéreis.
- Execução:
  - Anestesia local aplicada na área escrotal.
  - Seccionar os canais deferentes e realizar a cauterização ou ligadura para interromper o fluxo de espermatozoides.
  - Fechar a incisão com sutura absorvível ou adesivos cirúrgicos.
- Pós-Procedimento:
  - Aplicar curativo e orientar repouso e uso de compressas frias.
  - Orientar o paciente a realizar exames de controle para confirmar a ausência de espermatozoides após o procedimento.

Cuidados de Segurança

- Técnica estéril rigorosa para prevenir infecções.
- Monitorar o paciente para sinais de complicações, como dor intensa ou infecção.

viii. Exérese de Lipoma: Remoção de tumores subcutâneos benignos, como lipomas, que são massas de gordura indolores, porém incômodas ou desfigurantes.

a. Indicação: A exérese de lipoma é indicada para a remoção de tumores benignos compostos por tecido adiposo, que podem causar desconforto ou dor devido à compressão de estruturas vizinhas.

b. Procedimento: Com anestesia local, o lipoma é removido através de uma pequena incisão. A recuperação é rápida e o procedimento é simples, com baixo risco de complicações.
c. Pós-Operatório: O paciente deve manter o local da incisão protegido e limpo, e evitar esforços físicos nos primeiros dias. A revisão acontece em até 10 dias para remoção de pontos e avaliação da cicatrização.

POP - Exérese de Lipoma

Objetivo

Remover o lipoma de forma segura, garantindo uma rápida recuperação.

Materiais Necessários

- Kit cirúrgico menor
- Anestesia local
- Campo estéril
- •Curativo

Procedimento

- Pré-Procedimento:
  - Confirmar o diagnóstico de lipoma.
  - Assepsia da área com clorexidina.
- Execução:
  - Aplicação de anestesia local.
  - Remover o lipoma por exérese cirúrgica, suturar o local e aplicar curativo.
- Pós-Procedimento:
  - Curativo estéril.
  - Acompanhamento para monitorar a cicatrização.

Cuidados de Segurança

- Técnica estéril e cuidados pós-operatórios para evitar infecção e hematomas.

II. Fluxo de Atendimento para Procedimentos Ambulatoriais

O fluxo de atendimento para os procedimentos ambulatoriais na Policlínica é estruturado de forma a maximizar a eficiência e a segurança, desde a preparação do paciente até o seu acompanhamento pós-operatório.

a) Consulta Inicial e Avaliação

- Consulta com o Especialista: O paciente é avaliado inicialmente por um médico especializado na área correspondente ao procedimento. Exames clínicos e laboratoriais são realizados conforme a necessidade.
- Avaliação de Risco Cirúrgico: Em casos de pacientes com comorbidades, uma avaliação de risco é realizada para garantir a segurança do procedimento, especialmente no caso de doenças crônicas como diabetes ou hipertensão.

b) Preparo para o Procedimento

- Consentimento Informado: Antes de qualquer procedimento, o paciente é informado sobre os riscos, benefícios e alternativas terapêuticas. Um termo de consentimento é assinado.
- Anestesia Local ou Troncular: A maioria dos procedimentos é realizada sob anestesia local, bloqueando apenas a região onde o procedimento será realizado. Em alguns casos, como no pterígio, pode ser usada anestesia troncular.

c) Realização do Procedimento

- Local e Equipamento: Os procedimentos são realizados em salas de procedimentos específicas, devidamente equipadas com instrumentos cirúrgicos esterilizados, monitoramento básico e suporte de enfermagem.
- Técnicas Minimamente Invasivas: Sempre que possível, utilizam-se técnicas minimamente invasivas, que garantem menores cortes e, portanto, recuperação mais rápida e menor risco de infecções.

d) Pós-Procedimento e Alta

- Monitoramento Imediato: Após o término do procedimento, o paciente é monitorado por um breve período para assegurar que os sinais vitais estão estáveis e que não há complicações imediatas, como sangramentos.
- Orientações de Cuidados: O paciente recebe instruções detalhadas sobre cuidados domiciliares, como uso de medicamentos analgésicos, antibióticos (quando necessário), e cuidados com o local operado, como curativos e restrições físicas.
- Alta no Mesmo Dia: Após o monitoramento e as orientações, o paciente recebe alta e pode retornar para casa, com seguimento programado para revisão.
-

e) Acompanhamento Pós-Procedimento

- Consultas de Retorno: O paciente será revisitado para acompanhamento do processo de cicatrização e para avaliar a necessidade de retirar pontos ou ajustar o tratamento. Em casos de biópsias, os resultados são discutidos nas consultas subsequentes.
- Monitoramento de Complicações: Embora os procedimentos sejam de baixo risco, o paciente é orientado a retornar à unidade em caso de complicações, como infecções, febre, dor intensa ou sangramento.

III. Segurança e Protocolos

A Policlínica segue rígidos protocolos de segurança e higiene, assegurando que todos os procedimentos ambulatoriais sejam realizados dentro das normas sanitárias vigentes. O controle de infecções é rigoroso, e todo o ambiente é preparado para atender os pacientes com o máximo de segurança e mínimo risco.

- Controle de Infecções: As salas de procedimento são rigorosamente esterilizadas, e todo o equipamento utilizado segue os protocolos de desinfecção e esterilização adequados.
- Monitoramento de Pacientes: Todos os pacientes são monitorados por enfermeiros capacitados, que acompanham os sinais vitais e garantem que qualquer alteração seja rapidamente identificada e tratada.
- Treinamento Continuado: A equipe médica e de enfermagem é treinada regularmente em protocolos de segurança e primeiros socorros, assegurando que todos os procedimentos sejam realizados de acordo com os mais altos padrões de qualidade.

POP - Emergências Médicas Durante Procedimentos Ambulatoriais

Objetivo

Estabelecer diretrizes para a identificação e o manejo de emergências médicas que possam ocorrer durante a realização de procedimentos ambulatoriais, garantindo a segurança do paciente e a rápida intervenção da equipe.

Definições

Emergências médicas durante procedimentos ambulatoriais podem incluir, mas não se limitam a:

- Reação alérgica ao anestésico (como choque anafilático)
- Hemorragia excessiva
- Hipotensão ou hipertensão severa

- Dor intensa ou intolerável
- Convulsões
- Desmaios ou síncope vasovagal

Materiais Necessários

- Kit de emergência com:
- Adrenalina 1:1000
- Antihistamínicos (como difenidramina)
- Corticosteroides
- Vasopressores (como dopamina)
- Soro fisiológico 0,9% e equipo para infusão intravenosa
- Desfibrilador externo automático (DEA)
- Máscara de oxigênio e ressuscitador manual (Ambu)
- Equipamento para controle de hemorragia (compressas, pinças hemostáticas)
- Glucometro
- Monitor cardíaco portátil (opcional)

Procedimento

a) Avaliação Inicial e Prevenção

- Triagem prévia: Realizar uma triagem completa antes do procedimento, verificando alergias conhecidas, doenças pré-existentes e medicações em uso.
- Preparação de equipe e ambiente: Assegurar que a equipe esteja treinada em suporte básico de vida (SBV) e que o kit de emergência esteja disponível e em local de fácil acesso.

b) Identificação e Manejo de Emergências

1. Reação Alérgica/Choque Anafilático:

- Sinais e sintomas: Urticária, dificuldade respiratória, inchaço (angioedema), hipotensão.
- Ação imediata:
    - Interromper o procedimento imediatamente.
    - Administrar adrenalina 0,3-0,5 mg IM (intramuscular) imediatamente.
    - Administrar oxigênio suplementar.
    - Se necessário, iniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e chamar serviços de emergência.

2. Hemorragia Excessiva:

- Sinais e sintomas: Sangramento contínuo ou pulsátil que não cessa com compressão.
- Ação imediata:
    - Aplicar compressão direta na área do sangramento.
    - Utilizar pinças hemostáticas ou cauterização, se possível.
    - Administrar fluido intravenoso (soro fisiológico) para manter a pressão arterial.

3. Hipotensão ou Hipertensão Severas:

- Sinais e sintomas: Tontura, visão turva, desmaio iminente (hipotensão); cefaleia intensa, náusea (hipertensão).
- Ação imediata:
    - Hipotensão: Colocar o paciente em posição de Trendelemburg (deitado com os pés elevados). Administrar soro fisiológico IV.
    - Hipertensão: Interromper o procedimento, acalmar o paciente e administrar medicamentos anti-hipertensivos (se disponíveis e indicados).

4. Convulsões:

- Sinais e sintomas: Perda de consciência, tremores ou movimentos descoordenados.
- Ação imediata:
    - Proteger a cabeça do paciente para evitar lesões.
    - Não tentar abrir a boca à força.
    - Administrar oxigênio e, se necessário, chamar emergência.

5. Síncope ou Desmaio:

- Sinais e sintomas: Perda temporária de consciência, palidez.
- Ação imediata:
    - Colocar o paciente em posição supina com as pernas elevadas.
    - Administrar oxigênio se necessário e verificar sinais vitais.

c) Pós-Emergência

- Monitorar o paciente até a chegada de atendimento avançado (em casos graves).
- Documentar o evento em prontuário e elaborar um relatório detalhado do ocorrido.
- Revisar os protocolos e realizar um debriefing com a equipe após o evento.

Cuidados de Segurança

- Verificar periodicamente o funcionamento do kit de emergência e do desfibrilador.
- Treinar regularmente a equipe em suporte básico de vida e emergências médicas.

POP - Controle de Infecção em Procedimentos Ambulatoriais

Objetivo

Estabelecer diretrizes para prevenir infecções associadas aos procedimentos ambulatoriais, garantindo que todas as etapas – desde a preparação até o término do procedimento – sejam realizadas em condições assépticas, protegendo a saúde do paciente e da equipe.

Definições

Controle de infecção inclui a prevenção de contaminação através de técnicas assépticas, manuseio correto de equipamentos e descarte adequado de resíduos contaminados.

Materiais Necessários

- Luvas estéreis e de procedimento
- Máscaras cirúrgicas
- Protetores oculares ou face shield (se necessário)
- Campos cirúrgicos estéreis
- Clorexidina ou álcool 70% para assepsia de pele
- Materiais estéreis para o procedimento (bisturi, pinças, tesouras)
- Equipamento para esterilização (autoclave ou solução desinfetante adequada)
- Recipientes de descarte de resíduos e materiais perfurocortantes
- Jalecos e toucas descartáveis

Procedimento

a) Preparação do Ambiente

- Limpeza da sala de procedimentos: Antes e após cada procedimento, a sala deve ser limpa com desinfetantes hospitalares adequados.
- Equipamentos estéreis: Garantir que todos os instrumentos tenham sido devidamente esterilizados em autoclave antes do uso. Manter os instrumentos estéreis em bandejas seladas até o momento do uso.

b) Preparação do Paciente

- Higienização das mãos da equipe: Todos os profissionais envolvidos no procedimento devem realizar a higienização adequada das mãos com sabão antisséptico ou álcool gel 70%.
- Antissepsia da pele: A área do procedimento deve ser limpa com solução de clorexidina ou álcool 70%, respeitando o tempo de ação mínimo de 30 segundos.

c) Uso de EPIs pela Equipe

- Luvas estéreis: Devem ser usadas durante todo o procedimento, e trocadas imediatamente em caso de rompimento ou contaminação.
- Máscaras e protetores: O uso de máscaras cirúrgicas e, se necessário, protetores oculares é obrigatório durante procedimentos que envolvam exposição a fluidos corporais.

d) Realização do Procedimento

- Garantir que todos os materiais usados estejam dentro do prazo de validade e esterilizados.
- Minimizar a exposição de feridas abertas ao ambiente durante o procedimento.
- Se houver troca de instrumento ou contato com superfícies não estéreis, trocar as luvas e realizar nova assepsia.
-

e) Pós-Procedimento e Descarte de Materiais

- Descarte de resíduos contaminados: Todos os resíduos (luvas, gaze, agulhas, bisturi) devem ser descartados em recipientes adequados para material infectante e perfurocortante.
- Desinfecção do ambiente: Após cada procedimento, as superfícies e áreas de contato devem ser desinfetadas com solução germicida.

f) Monitoramento Pós-Procedimento

- Verificar sinais de infecção nos pacientes em consultas de acompanhamento, como vermelhidão, calor local, secreção purulenta ou febre.
- Orientar os pacientes quanto aos sinais de infecção e instruí-los a buscar atendimento se quaisquer sintomas surgirem.

Cuidados de Segurança

- Esterilizar todos os equipamentos reutilizáveis em autoclave após o uso.
- Garantir a higienização contínua das mãos pela equipe durante todo o procedimento.
- Manter a conformidade com as normas sanitárias vigentes e garantir que os EPIs sejam utilizados corretamente.

POP - Controle de Qualidade dos Instrumentos Cirúrgicos

Objetivo

Garantir que todos os instrumentos utilizados nos procedimentos ambulatoriais estejam devidamente esterilizados, em condições de uso e rastreados para assegurar a integridade do processo de esterilização.

Materiais Necessários

- Autoclave ou sistema de esterilização química.
- Indicadores químicos e biológicos de esterilização.
- Instrumentos cirúrgicos (bisturi, pinças, tesouras, etc.).
- Bandejas estéreis.
- Campo estéril.

Procedimento

a) Inspeção Inicial dos Instrumentos

- Antes de cada procedimento, todos os instrumentos devem ser inspecionados quanto a:
- Integridade: Verificar se há desgaste, fraturas ou partes soltas nos instrumentos.
- Funcionamento: Testar o mecanismo de pinças, tesouras e outros instrumentos articulados para garantir que estejam funcionando adequadamente.

b) Processo de Esterilização

- Limpeza Prévia: Após cada uso, os instrumentos devem ser limpos com solução detergente enzimática para remoção de matéria orgânica e contaminantes visíveis.
- Esterilização em Autoclave: Os instrumentos devem ser embalados adequadamente em pacotes ou bandejas estéreis, acompanhados de indicadores químicos de esterilização. O ciclo de esterilização deve ser monitorado com indicadores biológicos uma vez por semana.

c) Armazenamento

- Os instrumentos esterilizados devem ser armazenados em local seco e livre de contaminação, com controle de umidade e temperatura.
- Garantir que as embalagens esterilizadas estejam devidamente etiquetadas com a data de esterilização e a data de validade.

d) Rastreamento

- Registro: Manter um registro do ciclo de esterilização de cada lote de instrumentos, incluindo o número de ciclo, data, e os resultados dos testes com indicadores químicos e biológicos.
-

4. Cuidados de Segurança

- Nunca usar instrumentos com embalagens danificadas ou que tenham excedido o prazo de validade de esterilização.
- Garantir que todos os instrumentos cirúrgicos tenham passado por ciclos de esterilização completos antes de serem reutilizados.

POP - Acompanhamento Pós-Procedimento

Objetivo

Estabelecer um protocolo de acompanhamento pós-procedimento, incluindo monitoramento de cicatrização, detecção de complicações e realização de consultas de retorno.

Materiais Necessários

- Sistema de agendamento de consultas.
- Equipamento de curativo estéril.
- Fichas de acompanhamento clínico do paciente.

3. Procedimento

a) Primeira Revisão

- Tempo de Revisão: A primeira consulta de revisão deve ser agendada em 7 a 10 dias após o procedimento ambulatorial.
- Avaliação da Cicatrização: Verificar o local da cirurgia quanto a sinais de infecção, como vermelhidão, calor, secreção purulenta ou dor intensa.
- Remoção de Pontos: Se aplicável, realizar a remoção dos pontos na primeira consulta de revisão.

b) Segunda Revisão (se necessário)

- Para pacientes com cicatrização lenta ou com histórico de complicações, agendar uma segunda revisão em 2 a 3 semanas após o procedimento.

c) Orientações ao Paciente

- Orientar o paciente sobre os cuidados domiciliares, como troca de curativos, uso de pomadas cicatrizantes, e sinais de alerta para complicações.
- Disponibilizar um número de contato para emergências e dúvidas entre as revisões.

Cuidados de Segurança

- Registrar toda a evolução clínica do paciente no prontuário, incluindo a evolução da cicatrização e quaisquer complicações identificadas durante as revisões.

POP - Setor Ambulatorial

Objetivo

Definir e padronizar as atividades realizadas no setor ambulatorial da Policlínica Estadual de Quirinópolis, garantindo um atendimento de qualidade, eficiente e seguro para os pacientes.

Abrangência

Este POP aplica-se a todas as atividades do setor ambulatorial, envolvendo os profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, equipe administrativa e equipe de apoio.

Responsabilidades

- Coordenador do Ambulatório: Responsável por supervisionar o funcionamento do setor, assegurar o cumprimento dos protocolos, gerenciar a equipe e intermediar a comunicação entre os setores.
- Médicos e profissionais de saúde: Responsáveis por atender os pacientes conforme as diretrizes da unidade, registrar as informações no prontuário eletrônico e seguir os protocolos médicos.
- Recepcionistas: Realizar a triagem dos pacientes, garantir a organização dos agendamentos e auxiliar no direcionamento dos pacientes.
- Equipe de Enfermagem: Auxiliar nos exames, preparar os pacientes, realizar triagens de sinais vitais e dar suporte durante os atendimentos médicos.

Fluxo de Atendimento

- Recepção e Triagem
    - Recepção do Paciente: O paciente deve ser recebido pela recepção com a coleta dos dados pessoais e conferência de agendamento.
    - Triagem de Enfermagem: O paciente deve passar pela triagem, onde são verificados sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca), peso, altura e queixas iniciais.
- Atendimento Médico

- O paciente será encaminhado ao consultório da especialidade para a consulta médica.
- Durante a consulta, o médico deve preencher todas as informações no prontuário eletrônico, solicitar exames laboratoriais ou de imagem, quando necessário, e definir a conduta clínica.

- Solicitação e Realização de Exames
  - Exames Solicitados: Exames laboratoriais e de imagem solicitados durante o atendimento devem ser agendados pela recepção, conforme a disponibilidade do serviço.
  - Resultados dos Exames: O paciente será notificado pela recepção sobre a retirada dos resultados e será agendado retorno conforme orientação do médico.
- Retorno do Paciente: Após a realização dos exames, o paciente retornará para avaliação médica com os resultados, onde será feita a conclusão diagnóstica e o plano terapêutico será definido.

Gestão de Agendamento

- O agendamento de consultas e exames será realizado por meio de sistema informatizado, de modo a garantir o controle de atendimentos e evitar sobrecargas no fluxo de trabalho.
- Prioridades de agendamento (ex.: casos de urgência, pacientes preferenciais, retornos).

Gestão de Documentação

- O prontuário eletrônico será atualizado em tempo real e deve ser completo, contendo todas as informações do paciente (anamnese, diagnóstico, exames solicitados, medicamentos prescritos).
- Documentação física e digital deve ser arquivada de acordo com as normas de confidencialidade e segurança da informação.

Orientações e Educação em Saúde

- Todos os pacientes devem receber orientações sobre os cuidados de saúde específicos de sua condição.
- O ambulatório deve promover campanhas periódicas de educação em saúde, abordando temas relevantes para a população atendida.

Indicadores de Qualidade

- Tempo Médio de Espera: Monitorar o tempo de espera dos pacientes desde a chegada até o atendimento.
- Índice de Satisfação do Paciente: Aplicar pesquisas de satisfação para avaliar a qualidade do atendimento.
- Taxa de Absenteísmo: Monitorar a ausência de pacientes em consultas e exames, propondo ações para redução.

Normas de Segurança

Todos os profissionais devem seguir as normas de segurança do trabalho e biossegurança, utilizando equipamentos de proteção individual (EPIs) e seguindo os protocolos de higiene.

O descarte de resíduos de saúde deve seguir as regulamentações da Anvisa.

Treinamentos

Realizar treinamentos periódicos com a equipe para atualização dos protocolos e melhoria contínua dos serviços.

7.1.2.5. Categorias Multiprofissionais Mínimas para Compor as Equipes da Unidade

A equipe multiprofissional da Policlínica é uma estrutura integrada que possibilita um cuidado completo ao paciente. Cada profissional desempenha um papel essencial, colaborando com os demais para garantir um atendimento eficiente, humanizado e de alta resolutividade. Os atendimentos multiprofissionais e os processos terapêuticos são contabilizados e monitorados via sistema digital, o que permite uma gestão precisa e eficiente dos recursos e da capacidade operacional da unidade.

A equipe multiprofissional da Policlínica é parte essencial para garantir um atendimento integral e de alta qualidade aos pacientes. Com base em uma abordagem interdisciplinar, cada profissional contribuirá para o cuidado contínuo dos pacientes, atuando em sinergia com as especialidades médicas. A seguir, descrevo o papel, a atuação e o fluxo de trabalho de cada um dos profissionais.

ESPECIALIDADES	DETALHAMENTO E FLUXO DE ATENDIMENTO
Assistente Social	O assistente social é um elo importante entre os pacientes, suas famílias e os serviços sociais disponíveis, garantindo que os direitos

	dos usuários sejam assegurados e que o acesso aos cuidados de saúde seja facilitado. Responsabilidades: • Acolhimento Social: Receber os pacientes e seus familiares, identificando possíveis vulnerabilidades sociais e situações de risco. • Encaminhamentos: Facilitar o acesso aos serviços sociais e de saúde pública, como programas de assistência, direitos previdenciários e outros benefícios. • Apoio em situações de vulnerabilidade: Fornecer suporte para famílias em situação de risco, como pacientes com doenças crônicas, crianças em risco social, ou vítimas de violência doméstica. Fluxo de Atendimento: • Triagem Inicial: Na triagem dos pacientes, o assistente social participará ativamente na identificação de fatores sociais que possam influenciar o tratamento, como precariedade econômica, ausência de suporte familiar ou dificuldade de acesso a tratamentos. • Atendimento Personalizado: Após a triagem, o profissional faz atendimentos individualizados, criando um plano de intervenção social que inclui a articulação com redes de apoio, serviços sociais e unidades de saúde. • Intervenções em Saúde: O assistente social atuará em conjunto com as equipes médicas e multiprofissionais, garantindo que os fatores sociais sejam considerados no tratamento e que os pacientes tenham acesso completo aos serviços de saúde.
Enfermeiro	O enfermeiro é um dos pilares do cuidado clínico na Policlínica, sendo responsável por administrar os cuidados diários, promover a educação em saúde e supervisionar a equipe de enfermagem. Responsabilidades: • Consultas de Enfermagem: Realizar anamnese, exame físico e diagnóstico de enfermagem, atuando na gestão e no

	acompanhamento de pacientes com condições crônicas e agudas. • Administração de Tratamentos: Aplicar e supervisionar a administração de medicações, vacinas, e realizar procedimentos como curativos e coletas de exames. • Educação em Saúde: Promover orientações sobre cuidados domiciliares, uso de medicações e prevenção de doenças, garantindo que os pacientes e suas famílias estejam bem informados. • Supervisão: Coordenar e supervisionar os técnicos de enfermagem, garantindo que os protocolos e diretrizes da unidade sejam seguidos. Fluxo de Atendimento: • Consulta de Enfermagem: Na consulta, o enfermeiro realiza a anamnese e o exame físico. Com base nesses dados, ele desenvolve um plano de cuidados que pode incluir tratamentos, encaminhamentos para outras especialidades e monitoramento do paciente ao longo do tempo. • Acompanhamento de Pacientes Crônicos: Para pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, o enfermeiro é responsável por consultas de seguimento, ajustando os cuidados de acordo com a evolução da doença e mantendo o paciente orientado quanto ao tratamento. • Supervisão e Monitoramento: O enfermeiro também supervisionará a equipe de técnicos de enfermagem, garantindo a segurança dos procedimentos realizados na unidade e a execução dos planos de tratamento.
Farmacêutico	O farmacêutico desempenha um papel crucial na gestão de medicamentos, oferecendo orientação técnica à equipe multiprofissional e garantindo a correta dispensação de medicações aos pacientes. Responsabilidades: • Dispensação de Medicamentos: Garantir a entrega de medicamentos aos pacientes de forma correta, explicando dosagens e possíveis interações medicamentosas.

	• Orientação Terapêutica: Apoiar a equipe multiprofissional na escolha dos melhores tratamentos farmacológicos, fornecendo orientações sobre interações medicamentosas e efeitos colaterais. • Gestão de Estoque: Controlar os estoques de medicamentos e insumos, assegurando que não haja falta ou vencimento de medicamentos na unidade. • Acompanhamento Farmacoterapêutico: Acompanhar pacientes em tratamentos medicamentosos complexos, ajustando doses ou medicações de acordo com o plano terapêutico. Fluxo de Atendimento: • Consulta com Pacientes: O farmacêutico realiza orientações individuais aos pacientes, explicando como tomar os medicamentos corretamente e monitorando o uso das medicações. • Gestão de Medicação: O farmacêutico coordena o fornecimento de medicamentos a partir do plano de tratamento estabelecido pelos médicos, assegurando que haja continuidade no tratamento e ajustando a medicação conforme necessário. • Acompanhamento de Casos Complexos: Pacientes que fazem uso de polifarmácia ou que estão sob regimes terapêuticos complexos serão acompanhados pelo farmacêutico, que irá monitorar a eficácia e segurança dos medicamentos.
Fisioterapeuta	O fisioterapeuta é fundamental para a recuperação física dos pacientes, atuando no tratamento de lesões, doenças crônicas e na reabilitação pós-cirúrgica. Responsabilidades: • Avaliação e Diagnóstico Funcional: Realizar avaliações fisioterapêuticas para identificar limitações funcionais, dor, ou perda de mobilidade. • Execução de Sessões de Fisioterapia: Desenvolver e aplicar programas de reabilitação física, que podem incluir exercícios terapêuticos, eletroterapia e técnicas manuais.

	• Prevenção de Lesões: Trabalhar na prevenção de futuras lesões, orientando os pacientes quanto à ergonomia, postura e práticas de reabilitação. • Reabilitação: Focar na reabilitação funcional dos pacientes, especialmente em casos pós-trauma ou pós-cirúrgicos. Fluxo de Atendimento: • Avaliação Inicial: Na primeira consulta, o fisioterapeuta avalia a condição do paciente, desenvolve um plano de tratamento personalizado e discute com o paciente os objetivos de recuperação. • Sessões de Fisioterapia: São realizadas sessões regulares de fisioterapia, com o acompanhamento próximo da evolução do paciente. Cada sessão será adaptada conforme a resposta ao tratamento. • Monitoramento e Ajustes: Ao longo das sessões, o fisioterapeuta ajustará o plano de tratamento, aumentando ou reduzindo a intensidade das intervenções de acordo com a resposta clínica.
Fonoaudiólogo	O fonoaudiólogo atua na avaliação e tratamento de distúrbios relacionados à fala, audição, voz e deglutição, sendo crucial para o tratamento de pacientes com dificuldades neurológicas, respiratórias ou auditivas. Responsabilidades: • Exames de Audição e Voz: Realizar exames específicos, como audiometria e avaliação vocal, para diagnóstico de problemas relacionados à fala e audição. • Terapia Fonoaudiológica: Aplicar terapias para reabilitação de pacientes com distúrbios de fala, linguagem ou deglutição, especialmente após traumas ou em doenças neurológicas. • Reabilitação Auditiva: Trabalhar com pacientes com perda auditiva para melhorar a comunicação e, em alguns casos, auxiliar na adaptação ao uso de aparelhos auditivos. Fluxo de Atendimento: • Exames Específicos: O fonoaudiólogo realiza exames de audição, como audiometria e outros testes de diagnóstico.

	Após a detecção de algum distúrbio, um plano de tratamento é estabelecido. • Terapia Fonoaudiológica: Sessões de terapia para reabilitação são realizadas regularmente, com foco em reabilitação de fala, linguagem ou melhora da audição. • Monitoramento de Resultados: O progresso do paciente é monitorado continuamente, com ajustes no tratamento conforme necessário
Nutricionista	O nutricionista é responsável por garantir a saúde e o bem-estar dos pacientes por meio de uma alimentação equilibrada, adaptada às suas condições clínicas e ao seu estilo de vida. Responsabilidades: • Avaliação Nutricional: Realizar avaliações nutricionais completas, medindo parâmetros como IMC, índice de massa magra e necessidades calóricas. • Planejamento Alimentar: Desenvolver planos alimentares personalizados para pacientes com condições específicas, como diabetes, hipertensão, obesidade e doenças renais. • Acompanhamento Nutricional: Acompanhar os pacientes durante o tratamento, ajustando o plano alimentar conforme necessário para otimizar a recuperação ou controle de doenças crônicas. Fluxo de Atendimento: • Consulta Inicial: O paciente passará por uma avaliação nutricional completa, onde serão coletados dados antropométricos e uma análise detalhada de sua dieta. • Elaboração de Plano Alimentar: O nutricionista criará um plano de alimentação específico para as necessidades de cada paciente, com foco em condições clínicas específicas. • Acompanhamento e Reajuste: Consultas regulares serão realizadas para monitorar o progresso do paciente e fazer ajustes no plano alimentar conforme necessário.
Psicólogo	O psicólogo tem a missão de cuidar da saúde mental e emocional dos pacientes, oferecendo apoio psicológico e tratamento terapêutico para transtornos mentais e emocionais.

Responsabilidades:

- Psicoterapia Individual ou em Grupo: Realizar sessões terapêuticas para tratamento de transtornos como ansiedade, depressão e traumas emocionais.
- Apoio Emocional: Oferecer suporte emocional para pacientes e familiares que enfrentam doenças graves ou crônicas, ajudando-os a lidar com os aspectos psicológicos do tratamento.
- Acompanhamento de Pacientes Crônicos: Atuar na reabilitação psicológica de pacientes com doenças crônicas, auxiliando na adesão ao tratamento e na melhoria da qualidade de vida.

Fluxo de Atendimento:

- Avaliação Psicológica: Na consulta inicial, o psicólogo realiza uma avaliação para identificar transtornos emocionais ou mentais que possam impactar o tratamento ou a qualidade de vida do paciente.
- Sessões de Terapia: As terapias serão realizadas em sessões regulares, adaptadas às necessidades do paciente, com acompanhamento contínuo para monitorar o progresso.
- Intervenções Multidisciplinares: O psicólogo atuará em conjunto com a equipe multiprofissional, participando de discussões de casos complexos e contribuindo com um olhar humanizado para o tratamento global do paciente.

7.1.2.5.1. Processos Terapêuticos e Sessões

Os processos terapêuticos, como sessões de fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia e outros tratamentos de média e longa duração, serão organizados e monitorados de forma específica dentro da Policlínica. Essas sessões terão um caráter distinto das consultas médicas convencionais, uma vez que estão associadas a tratamentos contínuos.

A organização e monitoramento dos processos terapêuticos e a flexibilidade no ajuste das especialidades são fundamentais para garantir que a **Policlínica Estadual de Quirinópolis** opere com alta eficiência e resolutividade. As consultas subsequentes e sessões terapêuticas são tratadas de maneira personalizada, com fluxo de registro individualizado que permite um

acompanhamento preciso e ajustável às necessidades dos pacientes. As avaliações semestrais e o sistema de regulação garantem que a unidade seja capaz de se adaptar rapidamente às mudanças na demanda da população, mantendo sempre um padrão elevado de qualidade no atendimento.

- Processos de Média e Longa Duração:
    - As sessões terapêuticas (como fisioterapia e psicoterapia) serão contabilizadas como consultas subsequentes a partir do segundo atendimento. Isso significa que, após a consulta inicial de avaliação, cada sessão de tratamento subsequente será considerada parte do acompanhamento contínuo do paciente.
    - As sessões serão tratadas como processos terapêuticos no sistema de monitoramento, e os resultados e a evolução dos pacientes serão acompanhados e documentados separadamente.

- Fluxo de Registro:
    - Identificação e Monitoramento: Cada sessão de tratamento será identificada individualmente com um código de acompanhamento no Sistema de Monitoramento, permitindo que a equipe rastreie o progresso do paciente e a eficiência do tratamento.
    - Relatórios Detalhados: Apesar de serem registradas como consultas subsequentes, as sessões terapêuticas terão seu próprio relatório de progresso, o que garantirá que os tratamentos sejam monitorados e que o sucesso do tratamento seja avaliado de maneira contínua.
    - Contabilização Individualizada: Cada sessão terapêutica será contabilizada de forma distinta das consultas médicas convencionais, garantindo um controle específico para esses tratamentos. Isso permitirá que os profissionais identifiquem melhorias, ajustem tratamentos e atendam às metas de atendimento da unidade.

7.1.2.5.2. Ajuste de Especialidades

A avaliação semestral da demanda e necessidade das especialidades profissionais garantirá que a Policlínica se mantenha flexível e responsiva às mudanças na demanda da população. Essas avaliações permitirão que a unidade adeque sua equipe e especialidades conforme a necessidade.

- Avaliação Semestral:

- A avaliação das especialidades e demanda reprimida será realizada a cada seis meses, ou sempre que necessário, para identificar gargalos ou lacunas nos atendimentos. Isso permitirá que o CGI possa fazer ajustes nas especialidades ofertadas.
- Modificações Solicitadas: Caso a Secretaria Estadual de Saúde (SES-GO) solicite ajustes nas especialidades, a unidade terá um prazo de 60 dias para implementar as modificações, conforme notificação oficial.

- Flexibilidade nas Especialidades:
  - A unidade tem a capacidade de ajustar as especialidades e o número de profissionais de acordo com a demanda da região, sem ultrapassar o limite de consultas estabelecido no Termo de Colaboração.
  - Essa flexibilidade garante que a Policlínica possa atender a novas necessidades da população sem comprometer a qualidade ou a eficiência dos serviços prestados.

7.1.2.5.3. Processos Terapêuticos Realizados pela Equipe Multiprofissional

Os processos terapêuticos, como sessões de fisioterapia, psicoterapia e terapia ocupacional, serão planejados de maneira individualizada e monitorados ao longo do tempo.

- Planejamento Individualizado de Sessões: Cada paciente terá um plano de processos terapêuticos personalizados, com metas claras e acompanhamento contínuo por meio do prontuário eletrônico.
- Integração Multidisciplinar: A equipe multiprofissional se reunirá regularmente para revisar os casos e ajustar os processos terapêuticos de acordo com a evolução do paciente, garantindo um cuidado integrado e eficaz.

7.1.2.5.4. Consulta de Enfermagem

As consultas de enfermagem serão realizadas conforme a regulamentação do Decreto Lei nº 94.406/1987, com foco no acompanhamento contínuo e educação em saúde.

- Educação em Saúde: Os enfermeiros fornecerão orientações sobre prevenção de doenças, autocuidado e adesão ao tratamento, além de realizar o acompanhamento de pacientes crônicos.
- Coordenação do Cuidado: A equipe de enfermagem será responsável por garantir que o Plano de Cuidado Individualizado seja seguido, monitorando o progresso e ajustando as orientações conforme necessário.

7.1.2.6. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) da Policlínica Estadual de Quirinópolis é um setor fundamental que oferece uma variedade de exames e procedimentos terapêuticos para pacientes que necessitam de apoio diagnóstico para o tratamento de diversas condições de saúde. Esse serviço é especialmente voltado para pacientes referenciados por outras unidades da Rede de Atenção à Saúde e que possuem prescrição médica para realização de exames específicos, todos regulados pela Regulação Estadual.

O SADT tem como finalidade fornecer suporte diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos tanto na própria Policlínica quanto em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde. Seu papel é essencial na continuidade do cuidado ao permitir diagnósticos precisos e orientações terapêuticas apropriadas para tratamentos especializados, sem a necessidade de deslocamento para outras regiões. Compõe o SADT

I. Diagnóstico por Imagem: O SADT oferece uma gama completa de exames de imagem que são fundamentais para o diagnóstico de diversas patologias. Cada modalidade de imagem possui indicações específicas:
    a. Radiologia Convencional
        i. Indicações: Exames radiológicos simples (radiografias) são usados amplamente para diagnósticos ortopédicos (fraturas, lesões ósseas), avaliação pulmonar, entre outros.
        ii. Tecnologia: Equipamentos modernos de radiografia digital garantem rapidez nos resultados e alta definição das imagens.
        iii. Fluxo: Os pacientes agendados realizam o exame após confirmação da prescrição. As imagens são geradas digitalmente e analisadas por radiologistas. O laudo é enviado diretamente para o médico solicitante.
    b. Ultrassonografia
        i. Indicações: A ultrassonografia é indicada para avaliação de órgãos internos, tecidos moles, sistema vascular e gestação. Exames como

ultrassom abdominal, transvaginal, doppler vascular e outros são realizados.

ii. Tecnologia: Equipamentos de ultrassonografia com alta resolução e doppler colorido para exames detalhados de fluxo sanguíneo.

iii. Fluxo: O exame é realizado por um médico especializado em ultrassonografia. As imagens e laudos são processados e disponibilizados ao paciente e à equipe médica solicitante via sistema digital.

c. Tomografia Computadorizada (TC)

i. Indicações: Utilizada para diagnósticos mais detalhados, como avaliação de tumores, fraturas complexas, e acompanhamento de doenças neurológicas ou abdominais.

ii. Tecnologia: Tomógrafos de última geração que proporcionam imagens em cortes finos, com reconstrução 3D, permitindo diagnósticos precisos.

iii. Fluxo: O exame é realizado com ou sem contraste, dependendo da necessidade. Os laudos são emitidos por médicos radiologistas especializados e encaminhados à unidade de origem do paciente.

d. Ressonância Magnética (RM)

i. Indicações: Indicada para diagnósticos de tecidos moles, sistema nervoso central, articulações e para avaliação de condições complexas.

ii. Tecnologia: Ressonância magnética de alto campo, com capacidade para imagens detalhadas de alta resolução.

iii. Fluxo: Exame realizado em ambiente controlado e confortável. Após o exame, as imagens são analisadas por radiologistas, com laudo entregue ao médico responsável pelo caso.

II. Exames Laboratoriais O SADT também é responsável por exames laboratoriais, essenciais para o acompanhamento de doenças crônicas e diagnósticos iniciais.

a. Hematologia

i. Indicações: O hemograma completo e outros testes hematológicos são usados para o diagnóstico de anemias, leucemias, linfomas e doenças infecciosas.

ii. Fluxo: O material é coletado no posto de coleta da Policlínica e enviado para processamento no laboratório. Resultados são disponibilizados rapidamente, respeitando a urgência do caso.

b. Bioquímica

i. Indicações: Testes bioquímicos, como glicemia, colesterol, triglicerídeos, função hepática e renal, são realizados para avaliação de condições metabólicas e crônicas.

ii. Fluxo: As amostras de sangue são coletadas e processadas por equipamentos automatizados, assegurando precisão e rapidez na entrega dos resultados.

c. Sorologia

i. Indicações: Testes sorológicos para diagnóstico de doenças infecciosas (HIV, hepatites, sífilis) e outros exames imunohematológicos.

ii. Fluxo: A coleta de amostras e seu processamento seguem protocolos de segurança rigorosos, garantindo que o diagnóstico seja preciso e seguro.

III. Exames Funcionais e Testes de Função Pulmonar

a. Indicações: Testes funcionais como espirometria e testes de esforço são realizados para avaliar condições respiratórias, especialmente em pacientes com doenças pulmonares crônicas.

b. Fluxo: O paciente é agendado para o teste de função pulmonar, que é realizado por um técnico capacitado e interpretado por médicos especialistas.

IV. SADT Externo O SADT não se limita ao atendimento interno da Policlínica. Ele também atende pacientes encaminhados de outras unidades da rede de atenção à saúde, desde que referenciados pela Regulação Estadual. Esse processo garante a coordenação entre os diferentes níveis de atendimento e otimiza o uso dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis na Policlínica. Os atendimentos do SADT Externo são contabilizados separadamente para efeito de prestação de contas. Isso inclui o registro dos exames realizados, com informações detalhadas sobre o paciente, o exame realizado e o resultado, garantindo a transparência e eficiência no uso dos recursos.

Exames solicitados de emergência/urgência em todas os setores da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS **deverão** ser realizados imediatamente após sua solicitação para pacientes em situações de urgência, em até 30 minutos após sua solicitação, e o resultado não poderá ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames solicitados em caráter eletivo deverão ser realizados em no máximo 24 horas após sua solicitação, salvo aqueles solicitados em vésperas de feriados e às sextas-feiras, que deverão ser realizados no primeiro dia útil subsequente.

7.1.2.6.1. Fluxo de Atendimento no SADT

- **Encaminhamento e Agendamento** Os pacientes são referenciados pelas unidades de saúde da Rede de Atenção através da Regulação Estadual. Após a prescrição do exame ou tratamento, o SADT faz o agendamento de acordo com a disponibilidade de horários e a urgência do caso.
- **Realização do Exame ou Procedimento Terapêutico** Os exames e tratamentos são realizados conforme o protocolo específico de cada serviço. Os resultados de exames diagnósticos, como de imagem ou laboratoriais, são processados e disponibilizados no prazo estipulado.
- **Entrega de Resultados e Acompanhamento** Os resultados dos exames são enviados diretamente para o médico solicitante, ou entregues ao paciente em formato físico ou digital, de acordo com o protocolo. No caso de terapias, o acompanhamento é feito através de sessões regulares, com avaliações periódicas para ajuste do tratamento.

7.1.2.6.2. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Setor de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Objetivo

Estabelecer normas e padronizar os procedimentos realizados no Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) da Policlínica Estadual de Quirinópolis, garantindo a execução eficiente e segura de exames diagnósticos e terapêuticos, visando a qualidade do atendimento aos pacientes e a integração com os demais setores.

Abrangência

Este POP aplica-se a todas as atividades realizadas no setor de SADT, englobando exames de imagem, exames laboratoriais, e demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados na unidade.

Responsabilidades

- Coordenador do SADT: Responsável por supervisionar o funcionamento do setor, garantir que os protocolos sejam seguidos e que os exames sejam realizados de acordo com os padrões de qualidade e segurança.

- Profissionais Técnicos (técnicos em radiologia, técnicos de laboratório, etc.): Realizar os exames solicitados, preparar os pacientes, operar os equipamentos de forma adequada e registrar os resultados no sistema.
- Equipe de Enfermagem: Auxiliar na preparação dos pacientes para os exames e prestar suporte aos técnicos e médicos, assegurando o conforto e a segurança do paciente.
- Recepção do SADT: Agendar exames, organizar o fluxo de pacientes e fornecer orientações sobre os procedimentos.

Fluxo de Atendimento

- Agendamento de Exames
    - Solicitação de Exames: Após a consulta médica, os exames necessários serão solicitados e agendados pela equipe de recepção do SADT.
    - Agendamento: Os exames serão agendados conforme a disponibilidade do setor e a urgência dos casos, priorizando pacientes com condições críticas ou que apresentem maior necessidade de atendimento.
- Realização de Exames
    - Preparação do Paciente: A equipe de enfermagem ou técnica será responsável pela preparação do paciente, incluindo a verificação de orientações específicas para o exame (jejum, suspensão de medicamentos, etc.).
    - Execução do Exame: O exame será realizado pelo técnico ou médico responsável, que deve seguir os protocolos estabelecidos para cada tipo de procedimento.
    - Registro dos Resultados: Todos os resultados devem ser registrados no prontuário eletrônico do paciente, garantindo a integridade dos dados e a acessibilidade para a equipe médica.
- Entrega de Resultados
    - Resultados Eletrônicos: Os resultados dos exames serão integrados ao sistema da unidade, permitindo o acesso pelo médico solicitante e pelo paciente, quando aplicável.
    - Entrega Física: Nos casos em que os resultados forem impressos, os pacientes serão orientados sobre a data de retirada e a necessidade de retorno médico para avaliação.

Recursos Materiais e Técnicos

O setor de SADT deve contar com:

- Equipamentos diagnósticos adequados e em bom estado de conservação, como aparelhos de radiografia, ultrassonografia, tomografia, e outros necessários para exames de imagem.
- Laboratório equipado para a realização de exames laboratoriais, com todos os insumos e reagentes necessários.
- Tecnologia para registro e arquivamento de resultados, garantindo que os dados estejam acessíveis e seguros.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os profissionais envolvidos, seguindo as normas de biossegurança.

Normas de Segurança

- Todos os profissionais devem seguir as normas de segurança e utilizar EPIs conforme exigido pela legislação e pelos protocolos internos.
- Equipamentos devem ser verificados e mantidos regularmente para evitar falhas técnicas durante os exames.
- O descarte de resíduos biológicos e químicos deve seguir as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), garantindo a proteção do ambiente e da saúde pública.
- Orientação aos Pacientes
- Os pacientes devem ser orientados sobre os procedimentos, incluindo preparação prévia (jejum, uso de medicamentos, etc.) e cuidados pós-exame.
- Instruções claras devem ser fornecidas por escrito, quando necessário, e a equipe deve estar disponível para tirar dúvidas.

Competências da Equipe

- Recepção:
    - Agendar exames e fornecer informações claras e precisas aos pacientes sobre os procedimentos.
    - Orientar os pacientes sobre a documentação necessária para os exames e sobre os cuidados pré-exame.
- Técnicos de SADT:
    - Realizar os exames de forma segura e eficiente, garantindo a qualidade das imagens e dos resultados.
    - Assegurar o uso adequado dos equipamentos e seguir os protocolos de segurança e biossegurança.

- Equipe de Enfermagem: Preparar o paciente para o exame, monitorar sinais vitais, quando necessário, e prestar assistência durante o procedimento.

Indicadores de Qualidade

- Tempo Médio de Realização dos Exames: Monitorar o tempo de espera entre o agendamento e a realização do exame.
- Satisfação dos Pacientes: Aplicar pesquisas de satisfação para avaliar a qualidade dos serviços prestados no SADT.
- Taxa de Exames Repetidos: Avaliar o índice de exames que precisam ser repetidos devido a problemas técnicos, buscando soluções para minimizar esses casos.

Treinamentos

- Realizar treinamentos periódicos para a equipe do SADT, garantindo a atualização dos profissionais quanto às novas tecnologias e protocolos diagnósticos.

7.1.2.6.3. POP dos Exames oferecidos pelo Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) da Policlínica Estadual de Quirinópolis.

POP - Análises Clínicas

Objetivo

Estabelecer um protocolo para a realização de exames laboratoriais de análises clínicas, garantindo a precisão diagnóstica e a segurança no processo de coleta, análise e entrega dos resultados.

Materiais Necessários

- Seringas, tubos de ensaio, frascos de coleta (para sangue, urina, fezes).
- Equipamentos laboratoriais (centrífugas, analisadores automáticos).
- Reagentes laboratoriais específicos.
- Equipamentos de proteção individual (EPIs).

Categorias de Exames

- Avaliação Metabólica e Bioquímica
  - Ácido Úrico: Diagnóstico de gota e distúrbios no metabolismo de purinas.
  - Bilirrubinas: Avaliação de função hepática.
  - Cálcio Total: Avaliação de metabolismo ósseo.

- Colesterol Total, LDL, HDL: Perfil lipídico para risco cardiovascular.
- Creatinina, Creatinina-Fosfoquinase (CK): Avaliação de função renal e muscular.
- Curva Glicêmica: Diagnóstico de diabetes mellitus.
- Dehidrogenase Láctica (DHL): Indicador de dano tecidual.
- Fosfatase Alcalina, Fósforo: Avaliação da função óssea e hepática.
- Gama-GT (Glutamil Transferase): Avaliação de função hepática.
- Glicemia em Jejum, Hemoglobina Glicada: Controle e diagnóstico de diabetes.
- Lipase: Avaliação de função pancreática.
- Magnésio, Potássio, Sódio: Avaliação de equilíbrio eletrolítico.
- PSA Total e Livre: Rastreamento de câncer de próstata.
- Proteínas Totais e Frações: Avaliação do metabolismo proteico.
- Triglicerídeos: Avaliação de lipídios no sangue.
- Ureia: Avaliação de função renal.

- Avaliação Hormonal
  - FSH, LH: Avaliação da função reprodutiva e hormonal.
  - T4 Livre, TSH: Avaliação da função tireoidiana.
- Avaliação Cardiovascular
  - CK-MB (Creatina Quinase MB): Marcador de lesão cardíaca.
  - Troponina: Marcador de lesão miocárdica.
- Avaliação Hepática
  - TGO (AST), TGP (ALT): Avaliação da função hepática.
- Avaliação Hematológica e Coagulação
  - Contagem de Plaquetas: Avaliação da produção plaquetária.
  - Coagulograma: Avaliação da coagulação sanguínea.
  - Fator RH, Tipagem ABO: Tipagem sanguínea.
  - Tempo de Protrombina (TAP), TTPA: Avaliação da coagulação.
- Avaliação Imunológica e Infecciosa
  - Anti-HBC, Anti-HBS, HBSAG Austrália: Diagnóstico de hepatite B.
  - Anti-HCV: Diagnóstico de hepatite C.
  - HIV: Teste de triagem para infecção pelo HIV.
  - Dengue IGG, IGM: Diagnóstico de infecção pelo vírus da dengue.
  - Chagas IGG, IGM: Diagnóstico de doença de Chagas.
  - Hepatite-C (HCV): Diagnóstico de hepatite C.
  - VDRL: Teste de triagem para sífilis.
  - Proteína C Reativa (PCR): Marcador de inflamação sistêmica.

- Fator Reumatóide: Diagnóstico de doenças reumáticas.
- Antibiograma: Teste de sensibilidade de bactérias a antibióticos.
- 1Papanicolau (colpocitologia): Rastreamento de câncer de colo de útero.

- Avaliação Nutricional e Vitamínica
  - Ferritina, Ferro: Avaliação do estoque de ferro.
  - Vitamina B12, Vitamina D25: Avaliação de carências nutricionais.
- Avaliação Renal e Urinária
  - EAS (Exame de urina tipo 1): Avaliação de doenças urinárias.
  - Urocultura: Diagnóstico de infecções urinárias.
  - Sangue Oculto nas Fezes: Diagnóstico de sangramento digestivo.
- Marcadores Tumorais
  - CEA (Antígeno Carcinoembrionário): Marcador de tumores gastrointestinais.
  - Beta HCG: Diagnóstico de gravidez e marcador tumoral (em alguns casos).
- Avaliação Celular e Histopatológica
  - Biopsias: Avaliação histológica de tecidos suspeitos.
  - Eletroforese de Proteínas: Diagnóstico de distúrbios das proteínas sanguíneas.

Procedimento

- Pré-Coleta:
  - Confirmar a identidade do paciente e o exame prescrito.
  - Orientar o paciente quanto à necessidade de jejum ou preparação específica para o exame.
- Coleta:
  - Realizar a coleta conforme o exame (sangue, urina, fezes, biópsias).
  - Identificar e rotular adequadamente as amostras.
- Análise:
  - As amostras são processadas de acordo com os protocolos específicos de cada exame, utilizando equipamentos automatizados e técnicas laboratoriais.
  - Para exames histopatológicos, as biópsias são enviadas para análise em laboratórios especializados.
- Pós-Procedimento:
  - Armazenar as amostras para possíveis reanálises, conforme exigência regulatória.
  - Entregar os resultados dentro do prazo estipulado e encaminhar ao médico responsável.

Cuidados de Segurança

- Garantir o uso adequado de EPIs e seguir as normas de biossegurança.
- Realizar a desinfecção de áreas de coleta e garantir o descarte adequado dos resíduos biológicos.
-

POP - Audiometria

Objetivo

Estabelecer um protocolo para a realização de audiometria de forma segura e eficiente, garantindo a avaliação precisa da acuidade auditiva do paciente e o diagnóstico de perdas auditivas e outras condições relacionadas à função auditiva.

Definição

A audiometria é um teste auditivo que avalia a capacidade de ouvir sons de diferentes frequências e intensidades, permitindo o diagnóstico de perdas auditivas condutivas, neurossensoriais ou mistas, bem como distúrbios do sistema auditivo periférico e central.

Materiais Necessários

- Audiômetro: Equipamento calibrado para emissão de sons de diferentes frequências e intensidades.
- Fones de ouvido específicos para audiometria: Devem ser de alta qualidade para garantir a precisão dos resultados.
- Cabine audiométrica: Isolada acusticamente para minimizar ruídos externos e interferências.
- Botão de resposta: Para que o paciente indique quando ouvir o som emitido pelo audiômetro.
- Materiais de EPI: Máscaras e luvas (se necessário).

População Alvo

Pacientes de todas as idades com queixas auditivas, histórico de exposição a ruídos, uso prolongado de medicamentos ototóxicos, ou para avaliação audiológica de rotina.

Fluxo do Procedimento

- Preparação
    - Recepção e Orientação do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e o tipo de exame a ser realizado.

- Explicar o procedimento ao paciente de maneira clara e simples, garantindo que ele entenda como deve responder aos estímulos auditivos.
- Perguntar ao paciente sobre a presença de dispositivos auriculares (aparelhos auditivos, tampões de ouvido) e orientá-lo a removê-los.

  - Verificação do Equipamento:
    - Antes de iniciar, certifique-se de que o audiômetro está devidamente calibrado e funcionando corretamente.
    - Verifique se a cabine audiométrica está livre de ruídos externos.

- Execução
  - Posicionamento do Paciente:
    - Posicionar o paciente na cabine audiométrica, certificando-se de que esteja sentado de forma confortável.
    - Colocar os fones de ouvido de forma correta, ajustando-os para que estejam em pleno contato com as orelhas, garantindo a qualidade do teste.
  - Início do Exame:
    - Iniciar o teste com a apresentação de tons puros em diferentes frequências (de 125 Hz a 8000 Hz) e intensidades.
    - Solicitar que o paciente acione o botão de resposta sempre que ouvir um som, mesmo que seja muito fraco.
    - Avaliar cada ouvido separadamente, começando com o ouvido direito (salvo orientação contrária).
  - Audiometria Tonal Liminar:
    - O audiômetro emitirá tons em uma sequência de frequências predeterminadas. O examinador ajusta o volume do som até encontrar o limiar auditivo, que é o nível de intensidade mínima em que o paciente consegue ouvir.
    - Registrar os resultados no audiograma, gráfico que mostra a relação entre a intensidade dos sons e as frequências em que o paciente consegue ouvi-los.
  - Audiometria Vocal (se necessário):
    - Avaliar a capacidade de compreensão de fala do paciente, apresentando palavras em diferentes níveis de intensidade.
    - Solicitar que o paciente repita as palavras ouvidas.
- Pós-Exame
  - Análise e Interpretação dos Resultados:

        - Após concluir o exame, analisar o audiograma para verificar a presença de perda auditiva e seu tipo (condutiva, neurossensorial ou mista).
        - No caso de audiometria vocal, verificar a porcentagem de reconhecimento das palavras.
    - Orientação ao Paciente:
        - Informar o paciente sobre o resultado preliminar e orientá-lo a procurar o médico solicitante para uma análise mais detalhada e orientações terapêuticas (se necessário).
        - Garantir que o paciente esteja bem informado sobre os próximos passos, caso seja necessário um acompanhamento médico, ajustes no tratamento, ou uso de dispositivos auditivos.
- Registro:
    - Registrar os resultados no prontuário eletrônico do paciente.
    - Anexar o audiograma e, se aplicável, o resultado da audiometria vocal.

Cuidados de Segurança

- Isolamento Acústico: Certificar-se de que a cabine audiométrica está adequadamente isolada para evitar interferências externas que possam afetar os resultados.
- Higienização dos Equipamentos: Após cada exame, higienizar os fones de ouvido e o botão de resposta, conforme os protocolos de biossegurança.
- Verificação do Equipamento: Realizar manutenções periódicas e calibração do audiômetro para garantir a precisão dos exames.
- Uso de EPIs: Utilizar equipamentos de proteção individual, como máscaras e luvas, sempre que necessário, especialmente em casos de exames em pacientes com condições infecciosas.

Indicadores de Qualidade

- Tempo médio de execução do exame: De 20 a 30 minutos, dependendo do tipo de audiometria realizada.
- Satisfação do paciente: Garantir que os pacientes compreendam o procedimento e se sintam confortáveis durante a realização.
- Precisão dos resultados: Revisão regular das calibrações do equipamento e da qualidade dos audiogramas registrados.

Considerações Especiais

- Para crianças, idosos e pacientes com dificuldades cognitivas, o exame pode ser adaptado para garantir que o paciente compreenda as instruções e responda adequadamente aos estímulos.
- Em casos de perda auditiva identificada, o encaminhamento para otorrinolaringologista ou audiologista especializado deve ser feito para avaliação detalhada e início de tratamento, se necessário.

POP - Cistoscopia

Objetivo

Estabelecer um protocolo para a realização da cistoscopia, garantindo um procedimento seguro, eficiente e eficaz para o diagnóstico de doenças do trato urinário inferior, como tumores, inflamações, cálculos e anomalias anatômicas na bexiga e uretra.

Definição

A cistoscopia é um exame endoscópico que permite a visualização direta da bexiga e da uretra através de um instrumento denominado cistoscópio. O exame pode ser realizado de forma diagnóstica ou terapêutica, e é indicado para investigar sintomas como hematúria, infecções urinárias recorrentes, dores pélvicas, dificuldade para urinar, ou suspeitas de tumores na bexiga.

Materiais Necessários

- Cistoscópio (rígido ou flexível).
- Fonte de luz para visualização interna.
- Solução estéril (normalmente soro fisiológico) para distensão da bexiga.
- Lubrificante estéril.
- Anestésico local (gel anestésico para a uretra).
- Sistema de coleta de biópsia (se necessário).
- EPIs (luvas, máscara, avental).
- Bandeja estéril com pinças e materiais complementares.

População Alvo

- Pacientes com hematúria (sangue na urina), infecções urinárias recorrentes, dor pélvica, retenção urinária ou suspeita de tumores, cálculos ou anormalidades na bexiga ou uretra.
- Pacientes com disfunções miccionais de causa desconhecida.

Fluxo do Procedimento

- Preparação
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e verificar a indicação médica para o exame.
        - Revisar a história clínica e os resultados de exames laboratoriais anteriores (ex. EAS, urocultura) para identificar possíveis contraindicações (ex. infecções ativas).
        - Verificar alergias a medicamentos, especialmente a anestésicos locais.
        - Explicar detalhadamente o procedimento ao paciente, informando sobre possíveis desconfortos durante a introdução do cistoscópio e distensão da bexiga.
    - Preparação do Paciente:
        - Orientar o paciente a esvaziar completamente a bexiga antes do início do exame.
        - Posicionar o paciente na posição de litotomia (deitado de costas com as pernas levemente abertas e flexionadas) ou na posição supina, conforme necessidade.
        - Realizar a antissepsia da região genital com solução antisséptica (povidona-iodo ou similar) para evitar infecções.
        - Aplicar gel anestésico local na uretra para minimizar o desconforto durante a introdução do cistoscópio.
- Execução do Procedimento
    - Inserção do Cistoscópio:
        - Lubrificar a ponta do cistoscópio com lubrificante estéril.
        - Inserir cuidadosamente o cistoscópio na uretra até atingir a bexiga, observando a anatomia e possíveis anomalias da uretra durante a inserção.
        - Injetar soro fisiológico estéril para distensão da bexiga, facilitando a visualização da parede interna.
    - Visualização e Inspeção:
        - Inspecionar a mucosa da bexiga, observando possíveis lesões, tumores, áreas inflamadas, cálculos ou outros sinais de anormalidades.
        - Durante a inspeção, realizar biópsias de áreas suspeitas (se indicado) para posterior análise histopatológica.
    - Registro das Imagens e Coleta de Biópsias:

- Registrar imagens durante o exame para documentação e futura referência.
- Se necessário, utilizar pinças específicas para a coleta de amostras teciduais ou remover pequenos cálculos.

- Pós-Procedimento
  - Conclusão do Procedimento:
    - Após a inspeção completa e possível coleta de biópsias, remover o cistoscópio cuidadosamente.
    - Avaliar o paciente para verificar desconfortos urinários ou possíveis sangramentos leves (hematuria leve é comum após o exame).
  - Orientações ao Paciente:
    - Informar ao paciente que ele pode sentir leve ardência ao urinar ou notar pequenas quantidades de sangue na urina por algumas horas após o exame.
    - Orientar o paciente a ingerir bastante líquido para ajudar a eliminar qualquer irritação na uretra.
    - Recomendar que, se houver febre, dor intensa, ou sangramento persistente, o paciente deve procurar atendimento médico imediatamente.
  - Liberação do Paciente: Após observação, o paciente pode ser liberado, a menos que tenha sido realizada uma biópsia ou um procedimento terapêutico que exija observação prolongada.
  - Registro do Procedimento:
    - Registrar todas as informações do exame no prontuário eletrônico do paciente, incluindo imagens e laudos, se aplicável.
    - Se biópsias foram realizadas, encaminhar as amostras para análise patológica, anotando no sistema as características da amostra e a área de origem.

Cuidados de Segurança

- Antissepsia: Realizar antissepsia rigorosa da região genital antes da introdução do cistoscópio para evitar infecções do trato urinário.
- Esterilização do Cistoscópio: Assegurar que o cistoscópio e todos os instrumentos usados durante o procedimento sejam devidamente esterilizados antes de cada uso.
- Monitoramento do Paciente: Monitorar sinais de febre, dor ou desconforto urinário grave após o procedimento, indicando possível infecção ou complicações.

- EPIs: Utilizar luvas estéreis, máscara e avental durante o exame para prevenir contaminações.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de complicações: Número de casos de infecção urinária ou complicações pós-procedimento deve ser monitorado e mantido abaixo dos padrões de segurança.
- Tempo médio de execução: Entre 15 e 30 minutos, dependendo da complexidade do caso.
- Satisfação do paciente: Avaliação da compreensão do paciente sobre o procedimento e a recuperação.
- Efetividade diagnóstica: Percentual de diagnósticos corretos confirmados com base no exame visual ou biópsia.

Considerações Especiais

- Pacientes com infecção urinária ativa: O procedimento deve ser adiado em pacientes com infecções urinárias não tratadas para evitar disseminação da infecção.
- Uso de antibióticos profiláticos: Em alguns casos, o médico pode prescrever antibióticos profiláticos antes ou após o procedimento para prevenir infecções.
- Pacientes idosos ou com comorbidades: Avaliar a necessidade de sedação leve em casos de pacientes com dificuldade para tolerar o desconforto do exame.

POP - Colonoscopia

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura, eficaz e eficiente da colonoscopia, garantindo diagnósticos precisos para doenças do intestino grosso e reto, além de permitir intervenções terapêuticas, quando necessário.

Definição

A colonoscopia é um exame endoscópico que permite a visualização do interior do cólon (intestino grosso) e do reto, utilizando um colonoscópio. É indicada para o diagnóstico e tratamento de diversas condições gastrointestinais, como pólipos, tumores, doenças inflamatórias intestinais, e sangramentos.

Materiais Necessários

- Colonoscópio: Equipamento flexível com câmera de alta definição e capacidade de captura de imagens e vídeo.
- Fonte de luz: Para iluminação adequada do cólon e reto.
- Injeção de ar/água: Para insuflar o cólon e melhorar a visualização durante o exame.
- Pinças de biópsia e alças de polipectomia: Para coleta de amostras ou remoção de pólipos.
- Sedativos e anestésicos: Midazolam, Propofol (ou conforme protocolo médico), para conforto do paciente.
- Solução antisséptica: Para higienização da área perianal.
- EPIs: Máscaras, luvas, aventais e proteção ocular para a equipe.

População Alvo

- Pacientes com queixas gastrointestinais (sangramento retal, dor abdominal, mudanças nos hábitos intestinais, entre outros).
- Pacientes em programas de rastreamento de câncer colorretal ou com histórico familiar de câncer de cólon.
- Pacientes com diagnóstico ou suspeita de doenças inflamatórias intestinais, como doença de Crohn ou colite ulcerativa.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Orientação Pré-Exame:
        - Informar o paciente sobre a necessidade de preparo intestinal rigoroso, que envolve dieta líquida e o uso de laxativos no dia anterior ao exame.
        - Explicar os detalhes do exame, incluindo o uso de sedação leve para minimizar desconforto.
        - Verificar o histórico de alergias a medicamentos e outras condições que possam contraindicar o exame (como uso de anticoagulantes ou distúrbios de coagulação).
        - Certificar-se de que o paciente assinou o termo de consentimento informado, explicando os possíveis riscos e complicações do procedimento.
    - Preparação Intestinal:
        - Confirmar com o paciente que o preparo intestinal foi realizado corretamente (uso de laxantes e dieta líquida).
        - Avaliar o estado geral do paciente antes do exame, incluindo sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca) e hidratação.

- Administração de Sedação:
  - Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo.
  - Administrar a sedação intravenosa, com acompanhamento contínuo dos sinais vitais durante todo o procedimento (sedação leve com Midazolam ou Propofol, conforme indicação médica).

- Execução do Procedimento
  - Inserção do Colonoscópio:
  - Lubrificar a ponta do colonoscópio e introduzi-lo lentamente através do ânus até o reto.
  - Insuflar ar ou CO2 para distender o cólon e permitir melhor visualização das paredes intestinais.
  - Avanço pelo Cólon:
    - Avançar o colonoscópio ao longo do cólon (ascendente, transverso, descendente e sigmoide) até o ceco, observando todas as regiões cuidadosamente.
    - Realizar inspeção visual minuciosa das paredes intestinais, à procura de pólipos, lesões, úlceras, sangramentos ou massas tumorais.
  - Coleta de Amostras e Polipectomia (se indicado):
    - Utilizar pinças de biópsia para coletar amostras de áreas suspeitas para análise histopatológica.
    - Realizar polipectomia utilizando alças ou pinças para remover pólipos detectados durante o exame. Certificar-se de que o sangramento subsequente foi controlado adequadamente.
- Documentação:
  - Gravar e capturar imagens das regiões do cólon para posterior análise e documentação no prontuário do paciente.
  - Avaliar a necessidade de repetição do exame ou intervenção terapêutica adicional, dependendo dos achados.
- Pós-Procedimento
  - Recuperação e Monitoramento:
    - Após o procedimento, o paciente deve ser transferido para uma sala de recuperação, onde será monitorado até que os efeitos da sedação desapareçam completamente (tempo estimado de 30 a 60 minutos).
    - Monitorar os sinais vitais e observar possíveis efeitos adversos, como dor abdominal severa, sangramento retal excessivo ou náuseas.

- Orientações Pós-Exame:
  - Informar o paciente que pode sentir distensão abdominal devido ao ar insuflado durante o exame, e que o desconforto desaparecerá após a liberação de gases.
  - Caso tenha sido realizada polipectomia ou biópsia, informar sobre possíveis sangramentos leves e necessidade de repouso.
  - Orientar a retomada da dieta normal e atividades leves, e explicar os cuidados pós-exame, como evitar esforços físicos intensos nas primeiras 24 horas.
  - Recomendar ingestão de líquidos para evitar desidratação.
- Liberação do Paciente:
  - Liberar o paciente somente quando ele estiver totalmente consciente e com sinais vitais estáveis. Aconselhar que o paciente não conduza veículos ou opere máquinas por 24 horas após o exame.
  - Agendar consulta de retorno para revisão dos resultados da biópsia ou polipectomia, se aplicável.
- Registro e Laudo:
  - Registrar o procedimento no prontuário eletrônico, incluindo descrição detalhada dos achados, imagens, vídeos e qualquer intervenção realizada.
  - Se foram realizadas biópsias, encaminhar as amostras para análise histopatológica, com registro completo de sua localização e características.

Cuidados de Segurança

- Esterilização do Colonoscópio: Garantir que o colonoscópio e os instrumentos utilizados durante o exame (pinças, alças) sejam devidamente esterilizados antes e depois de cada procedimento.
- Utilizar EPIs (luvas estéreis, máscara, avental e óculos de proteção) para prevenir a exposição a fluidos corporais.
- Monitorar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e oxigenação) durante todo o procedimento e recuperação do paciente.
- Estar preparado para identificar e intervir em caso de complicações, como perfuração intestinal, sangramento excessivo ou reação adversa à sedação.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Complicações: Acompanhar a ocorrência de perfurações, sangramentos e outras complicações, com o objetivo de mantê-las abaixo dos padrões aceitáveis.
- Satisfação do Paciente: Avaliar o nível de conforto e compreensão do paciente sobre o procedimento.
- Precisão Diagnóstica: Taxa de biópsias que confirmam o diagnóstico visualizado durante a colonoscopia.
- Tempo de Procedimento: O procedimento deve ter uma duração média de 30 a 60 minutos, dependendo da complexidade.

Considerações Especiais

- Em pacientes que utilizam anticoagulantes, considerar a necessidade de ajustar ou suspender o uso antes do exame, para evitar complicações hemorrágicas.
- Esses pacientes requerem maior vigilância durante a sedação, devido ao risco de complicações hemodinâmicas ou respiratórias.
- Ajustar o cuidado na sedação e no posicionamento do paciente durante o exame para evitar desconforto excessivo ou complicações pós-procedimento.

POP - Colposcopia

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura e eficaz da colposcopia, garantindo a avaliação precisa do colo do útero, vagina e vulva, identificando anomalias como lesões pré-cancerígenas, doenças inflamatórias e outras condições ginecológicas.

Definição

A colposcopia é um exame ginecológico que permite a visualização ampliada do colo do útero, vagina e vulva através de um colposcópio. É indicada para investigar anormalidades encontradas em exames de Papanicolau, lesões suspeitas e infecções, além de permitir biópsias de áreas suspeitas.

Materiais Necessários

- Colposcópio: Equipamento com fonte de luz e lente de aumento para a visualização das áreas genitais.
- Especulo vaginal estéril.
- Ácido acético (3% a 5%) para a identificação de áreas de transformação.

- Solução de Lugol (opcional), utilizada no teste de Schiller para identificação de anormalidades.
- Pinças de biópsia e curetas endocervicais (se necessário).
- Swabs estéreis para limpeza e aplicação de soluções.
- EPIs: Luvas estéreis, máscaras, avental.

População Alvo

- Mulheres com resultados alterados no exame de Papanicolau.
- Pacientes com lesões ou inflamações genitais visíveis.
- Pacientes em programas de rastreamento de câncer do colo do útero ou com histórico de HPV.

Fluxo do Procedimento

- Preparação
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e a indicação médica para o exame.
        - Realizar uma anamnese detalhada, revisando histórico de exames de Papanicolau, sintomas recentes e presença de fatores de risco (ex.: HPV, múltiplos parceiros sexuais, histórico de câncer ginecológico).
        - Explicar o procedimento ao paciente, esclarecendo que o exame permite uma visualização ampliada da região genital e que pode ser necessário realizar biópsias durante o exame.
        - Certificar-se de que a paciente assinou o termo de consentimento informado, que inclui os possíveis riscos associados à biópsia.
    - Preparação Física da Paciente:
    - Posicionar a paciente em litotomia (deitada de costas com as pernas apoiadas em estribos).
    - Colocar o especulo vaginal estéril para exposição do colo do útero e permitir a visualização clara da área a ser examinada.
- Execução do Procedimento
    - Inspeção Inicial:
        - Com o colposcópio posicionado, realizar uma inspeção visual inicial da vagina, colo do útero e vulva sem aplicar soluções, observando quaisquer anormalidades, lesões visíveis ou áreas inflamadas.
    - Aplicação de Ácido Acético (3%-5%):

- Aplicar ácido acético com swabs estéreis nas áreas do colo do útero e da vagina.
- Aguardar de 30 segundos a 1 minuto, observando a reação das áreas: células anormais geralmente ficam esbranquiçadas (acetobrancas), facilitando a identificação de lesões suspeitas.

- Aplicação da Solução de Lugol (opcional):
  - Realizar o Teste de Schiller aplicando a solução de Lugol (iodo) para avaliar a captação pelas células normais. Áreas não coradas pelo Lugol podem indicar tecido anormal (possível displasia ou neoplasia).
- Realização de Biópsias (se indicado):
  - Se áreas suspeitas forem identificadas (acetobrancas ou não coradas com Lugol), realizar biópsias utilizando pinças específicas.
  - Coletar amostras das áreas mais suspeitas e, se necessário, da zona de transformação.
  - No caso de suspeita de anormalidades endocervicais, realizar uma curetagem endocervical (curetagem das células da parte interna do canal cervical) para análise.
- Documentação:
  - Fotografar ou capturar imagens das áreas examinadas e das lesões para documentação no prontuário.
  - Descrever as características das áreas acetobrancas e não coradas (tamanho, localização e aparência).

- Pós-Procedimento
  - Cuidados Imediatos:
    - Após a realização das biópsias, aplicar compressão suave com um swab estéril para controlar qualquer sangramento local.
    - Aplicar soluções hemostáticas (como nitrato de prata) para evitar sangramentos, se necessário.
  - Orientação à Paciente:
    - Informar a paciente que pode ocorrer sangramento leve e pequenos desconfortos nos dias seguintes à biópsia.
    - Orientar sobre sinais de complicações que exigem retorno ao serviço de saúde, como sangramento excessivo, febre ou dor intensa.

        - Aconselhar a evitar relações sexuais, duchas vaginais ou uso de absorventes internos por 48-72 horas ou até que a área esteja completamente cicatrizada.
    - Liberação da Paciente:
        - Liberar a paciente com as orientações de cuidados pós-exame e informações sobre quando os resultados da biópsia estarão disponíveis.
    - Registro e Laudo:
        - Registrar os achados do exame no prontuário eletrônico, incluindo as imagens capturadas e as biópsias realizadas.
        - Encaminhar as amostras de biópsia ao laboratório de patologia para análise histopatológica detalhada.

Cuidados de Segurança

- Assegurar que o colposcópio e os instrumentos utilizados (especulo, pinças de biópsia) estejam devidamente esterilizados antes do uso.
- Garantir a higienização das áreas vaginais com solução antisséptica antes do exame para evitar infecções.
- A equipe de saúde deve utilizar EPIs adequados (luvas estéreis, máscaras, avental) para evitar contaminações.
- Acompanhar a paciente nos dias após o exame, especialmente se foram realizadas biópsias, para monitorar sinais de infecção ou complicações.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Complicações: Acompanhar a ocorrência de infecções ou sangramentos excessivos pós-biópsia, mantendo as taxas de complicações dentro dos padrões aceitáveis.
- Tempo Médio de Procedimento: O procedimento deve ter uma duração média de 15 a 30 minutos, dependendo da necessidade de biópsia ou procedimentos adicionais.
- Satisfação da Paciente: Avaliar o nível de compreensão e satisfação da paciente com o procedimento.
- Precisão Diagnóstica: Taxa de confirmação de diagnósticos feitos com base nas biópsias realizadas durante a colposcopia.

Considerações Especiais

- A colposcopia pode ser realizada durante a gravidez, mas a realização de biópsias deve ser cuidadosamente avaliada para evitar complicações.
- Para pacientes com alta ansiedade ou medo do exame, considerar o uso de técnicas de relaxamento ou, em casos extremos, sedação leve.
- A realização de biópsias deve ser evitada ou cuidadosamente monitorada em pacientes com distúrbios de coagulação.

POP - Densitometria Óssea

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização da densitometria óssea, garantindo a avaliação precisa da densidade mineral óssea (DMO) para o diagnóstico e monitoramento de osteoporose, osteopenia e outras condições relacionadas à saúde óssea.

Definição

A densitometria óssea é um exame de imagem não invasivo que utiliza a técnica de absorciometria de raios-X de dupla energia (DXA) para medir a densidade mineral dos ossos, geralmente na coluna lombar, quadril e, em alguns casos, no antebraço. É indicada para pacientes com risco de perda óssea, fraturas ou para acompanhamento de terapias para osteoporose.

Materiais Necessários

- Aparelho de Densitometria Óssea DXA: Equipamento especializado que realiza a medição da densidade óssea.
- Mesa de exame: Onde o paciente se posiciona para o procedimento.
- Software de análise DXA: Programa especializado para calcular a densidade óssea e comparar os resultados com padrões normativos.
- EPIs: Avental de chumbo (se necessário), máscaras e luvas (quando indicado).

População Alvo

- Pacientes com risco aumentado de osteoporose (mulheres pós-menopausa, idosos, pacientes em uso de medicamentos corticosteroides, entre outros).
- Pacientes com fraturas ósseas de baixo impacto ou histórico familiar de osteoporose.
- Pacientes em acompanhamento de tratamentos para osteoporose ou osteopenia.

Fluxo do Procedimento

- Preparação

- Recepção e Triagem do Paciente:
  - Confirmar a identidade do paciente e a indicação médica para o exame.
  - Explicar o procedimento ao paciente, assegurando que ele compreenda que a densitometria óssea é um exame simples, indolor e de baixa exposição à radiação.
  - Revisar o histórico clínico do paciente, verificando fatores de risco para osteoporose e qualquer uso recente de suplementos de cálcio ou medicamentos para a saúde óssea que possam interferir nos resultados.
- Orientações Pré-Exame:
  - Solicitar ao paciente que evite o uso de roupas com componentes metálicos, como zíperes, botões e joias, pois esses objetos podem interferir na leitura do exame.
  - Informar ao paciente que não há necessidade de jejum para o exame.
  - Confirmar se o paciente fez o uso de medicações para a saúde óssea, como cálcio ou vitamina D, nas últimas 24 horas, pois esses podem afetar os resultados.

- Execução do Procedimento
  - Posicionamento do Paciente:
    - Pedir ao paciente que se deite de costas na mesa do aparelho de densitometria, mantendo as pernas estendidas ou apoiadas em uma posição adequada.
    - Assegurar que o paciente esteja posicionado corretamente, com o quadril e a coluna lombar alinhados e bem posicionados no campo de exame, garantindo a precisão das medições.
    - Em casos de pacientes com limitações de mobilidade, ajustar o posicionamento com auxílio de almofadas para garantir o conforto.
  - Realização do Exame:
    - O técnico operador ajusta o braço do scanner de acordo com as regiões anatômicas a serem avaliadas (geralmente coluna lombar, quadril e, em alguns casos, antebraço).
    - O aparelho emite feixes de raios-X de baixa dose que atravessam o corpo do paciente, e o software integrado calcula a densidade mineral óssea em gramas por centímetro quadrado.
    - Durante o exame, o paciente deve permanecer imóvel para evitar distorções nas imagens.

- Duração do Exame: O procedimento geralmente dura entre 10 a 20 minutos, dependendo do número de áreas a serem analisadas e da cooperação do paciente.
- Documentação e Laudo:
  - As imagens e medições obtidas pelo aparelho são analisadas por um software especializado, que gera os índices de densidade óssea em comparação com padrões normais (T-score e Z-score).
  - O operador do exame verifica a qualidade das imagens e envia os resultados para o médico radiologista, que emitirá um laudo.

- Pós-Procedimento
  - Orientação ao Paciente:
    - Após a realização do exame, o paciente pode retomar suas atividades normais imediatamente, pois não há efeitos colaterais associados ao procedimento.
    - Fornecer uma explicação breve sobre o que esperar dos resultados e orientá-lo a seguir as recomendações médicas para o acompanhamento.
  - Entrega de Resultados:
    - Informar ao paciente que o laudo estará disponível em poucos dias (geralmente entre 1 a 3 dias), de acordo com o fluxo de análise do laboratório de imagem.
    - Em caso de necessidade de avaliação imediata (em casos de alto risco), a equipe técnica deve se comunicar com o médico responsável para garantir uma análise mais rápida.
  - Registro e Armazenamento:
    - Registrar as imagens e os resultados do exame no sistema de prontuário eletrônico do paciente para acompanhamento e comparação futura.
    - Assegurar que os laudos estejam disponíveis para consulta futura para comparação de densidade óssea ao longo do tempo, especialmente em pacientes sob tratamento para osteoporose.

Cuidados de Segurança

- O exame de densitometria óssea utiliza uma dose muito baixa de radiação, que está dentro dos limites de segurança, mas é importante garantir que o aparelho esteja calibrado e funcionando adequadamente para minimizar a exposição desnecessária.

- Embora a radiação seja baixa, a densitometria óssea não é recomendada para mulheres grávidas, a menos que seja estritamente necessário. Sempre confirmar a ausência de gravidez antes do exame.
- Garantir a higienização adequada da mesa de exame entre um paciente e outro para prevenir contaminações.
- Em casos específicos, a equipe pode utilizar avental de chumbo e EPIs adequados para proteção contra a exposição à radiação.

Indicadores de Qualidade

- Tempo Médio de Exame: O procedimento deve durar entre 10 a 20 minutos, dependendo da região corporal examinada e da cooperação do paciente.
- Taxa de Repetição: Monitorar a frequência de exames repetidos devido a problemas de posicionamento ou movimentação do paciente, buscando reduzir essa taxa ao mínimo.
- Satisfação do Paciente: Avaliar o nível de compreensão do paciente sobre o procedimento e seu conforto durante a execução do exame.
- Precisão Diagnóstica: Comparar os resultados com padrões de referência para garantir a exatidão na detecção de osteoporose e outras condições ósseas.

Considerações Especiais

- Pacientes com próteses ou implantes metálicos devem ser orientados sobre a possibilidade de interferência nos resultados do exame, especialmente se o implante estiver próximo da área examinada.
- Para pacientes com mobilidade reduzida, realizar o posicionamento com o máximo de cuidado para evitar desconforto ou lesões, e considerar o uso de apoios para facilitar o exame.
- Em pacientes em tratamento para osteoporose, pode ser necessário repetir o exame após um período de 6 meses a 1 ano para avaliar a evolução da densidade óssea.

POP - Eletrocardiografia (ECG)

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura e eficaz da ecocardiografia, garantindo uma avaliação precisa da função cardíaca, anatomia das válvulas e cavidades do coração, diagnóstico de doenças cardíacas estruturais e funcionais, e acompanhamento terapêutico.

Definição

A ecocardiografia é um exame de imagem não invasivo que utiliza ultrassom para gerar imagens em tempo real do coração e das estruturas adjacentes. É utilizada para avaliar a função das válvulas cardíacas, o tamanho das cavidades, a contratilidade do músculo cardíaco, e para detectar alterações anatômicas e funcionais.

Materiais Necessários

- Ecocardiograma com Doppler colorido: Equipamento de ultrassom especializado em avaliações cardíacas, capaz de realizar imagens bidimensionais e tridimensionais.
- Transdutor de ultrassom: Dispositivo utilizado para transmitir e receber ondas ultrassônicas do coração.
- Gel condutor: Para melhorar o contato entre o transdutor e a pele.
- EPIs: Luvas, máscaras, avental (quando necessário).

População Alvo

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de doenças cardíacas, como insuficiência cardíaca, cardiomiopatia, valvopatias, ou hipertensão arterial.
- Pacientes com histórico de infarto do miocárdio, sopros cardíacos, ou outros distúrbios cardíacos.
- Pacientes em acompanhamento de terapias cardíacas (medicamentosas ou cirúrgicas).

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica do exame.
        - Realizar anamnese breve, verificando os sintomas cardíacos do paciente, como dor no peito, falta de ar, palpitações ou cansaço extremo.
        - Explicar ao paciente o objetivo do exame, que é uma avaliação do coração por meio de imagens ultrassônicas, ressaltando que é indolor e não invasivo.
    - Orientações Pré-Exame:
        - O paciente não precisa de preparo especial (jejum, suspensão de medicamentos, etc.) para a ecocardiografia transtorácica de rotina, a menos que seja orientado de outra forma para tipos específicos de ecocardiogramas, como o ecocardiograma transesofágico.

- Solicitar que o paciente remova vestimentas da parte superior do corpo e use uma vestimenta apropriada ou fornecida pelo serviço de saúde.

- Execução do Procedimento
  - Posicionamento do Paciente: O paciente deve ser posicionado deitado em decúbito lateral esquerdo sobre uma maca ou mesa de exames, com o braço esquerdo elevado para abrir a caixa torácica, facilitando o posicionamento do transdutor e a visualização do coração.
  - Aplicação de Gel Condutor: Aplicar uma camada generosa de gel condutor no peito do paciente para garantir o contato adequado do transdutor e melhorar a qualidade da imagem.
  - Realização do Exame: O profissional operador (médico cardiologista ou técnico de ecocardiografia) utilizará o transdutor do ecocardiograma para capturar imagens em diferentes planos do coração.
    - As principais estruturas avaliadas incluem:
  - Cavidades cardíacas (átrios e ventrículos).
    - Válvulas cardíacas (mitral, tricúspide, aórtica, pulmonar), avaliando sua função e possíveis regurgitações ou estenoses.
    - Movimentos e espessura do miocárdio para detectar anormalidades contráteis (ex.: áreas com disfunção contrátil).
    - Fluxo sanguíneo: O Doppler colorido é utilizado para medir o fluxo sanguíneo nas válvulas e cavidades, avaliando a presença de regurgitação ou estenose valvar.
  - A duração média do exame é de aproximadamente 20 a 40 minutos, dependendo da complexidade.
  - Documentação e Registro de Imagens:
    - Capturar imagens e vídeos em tempo real, e documentar os principais achados anatômicos e funcionais do coração.
    - Em exames de acompanhamento, comparar as imagens atuais com as anteriores para observar mudanças na função cardíaca.
- Pós-Procedimento
  - Remoção do Gel:
    - Limpar o gel condutor da pele do paciente com toalhas descartáveis.
    - Ajudar o paciente a se vestir e orientar que ele pode retomar suas atividades normais imediatamente após o exame.
  - Entrega de Resultados:

- O resultado da ecocardiografia normalmente é revisado pelo cardiologista, que analisará as imagens e emitirá um laudo com base nos achados.
- Informar ao paciente o prazo para o laudo (geralmente entre 1 a 3 dias, dependendo da urgência).

- Registro e Armazenamento:
  - Registrar todas as imagens e vídeos obtidos durante o exame no sistema de prontuário eletrônico do paciente para consulta futura ou para comparação de resultados anteriores.

Cuidados de Segurança

- A ecocardiografia não envolve radiação, sendo um exame seguro para todas as faixas etárias, inclusive gestantes.
- Após o exame, realizar a higienização adequada do transdutor de ultrassom com soluções desinfetantes recomendadas, para prevenir contaminações.
- O operador deve utilizar EPIs adequados (luvas, máscaras, aventais) para evitar contato com secreções ou fluidos corporais, se necessário.

Indicadores de Qualidade

- Tempo Médio de Exame: A duração média deve ser de 20 a 40 minutos, dependendo da complexidade do caso.
- Taxa de Repetição: Acompanhar a taxa de exames que precisam ser repetidos devido à má qualidade de imagem ou movimentação do paciente, buscando minimizá-la.
- Satisfação do Paciente: Avaliar o conforto do paciente durante o exame e sua compreensão dos resultados e orientações.
- Precisão Diagnóstica: Comparar os resultados da ecocardiografia com diagnósticos clínicos e exames complementares para garantir a precisão.

Considerações Especiais

- Pacientes com limitações físicas ou respiratórias podem ter dificuldade em manter a posição recomendada para o exame. Nesses casos, realizar ajustes no posicionamento ou utilizar travesseiros de apoio.
- Pacientes com maior quantidade de tecido adiposo na região torácica podem exigir ajustes na frequência do transdutor para garantir imagens de qualidade.

- Pacientes com marcapassos ou outros dispositivos cardíacos implantados podem ter imagens distorcidas em algumas áreas, mas o exame ainda pode ser realizado com cuidados adicionais.
- Em casos onde a ecocardiografia transtorácica não é suficiente para fornecer imagens detalhadas (ex.: em pacientes com pulmões hiperinsuflados ou em situações de avaliação detalhada de próteses valvares), considerar a realização de uma ecocardiografia transesofágica.

POP 10 - Eletroencefalografia (EEG)

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura e eficaz da eletroencefalografia (EEG), garantindo a obtenção de registros elétricos precisos da atividade cerebral, que são fundamentais para o diagnóstico de epilepsia, distúrbios neurológicos, tumores, doenças infecciosas do sistema nervoso central, entre outras condições.

Definição

A eletroencefalografia é um exame não invasivo que registra a atividade elétrica do cérebro através de eletrodos colocados no couro cabeludo. O EEG é utilizado para investigar alterações na função cerebral, incluindo convulsões, alterações no estado de consciência, crises epilépticas, distúrbios do sono, encefalopatias e lesões cerebrais.

Materiais Necessários

- Aparelho de EEG: Equipamento de registro de sinais elétricos cerebrais com capacidade de amplificação e análise dos sinais.
- Eletrodos de EEG: Geralmente são colocados de 19 a 21 eletrodos no couro cabeludo, distribuídos de acordo com o sistema internacional 10-20.
- Pasta condutora ou gel condutor: Para garantir a condução elétrica entre os eletrodos e o couro cabeludo.
- Tiras adesivas ou touca de EEG: Para fixação dos eletrodos.
- Cotonetes e álcool: Para limpeza da pele antes da colocação dos eletrodos.
- EPIs: Luvas, avental, máscaras (se necessário).

População Alvo

- Pacientes com suspeita de epilepsia, crises convulsivas ou outros distúrbios neurológicos.

- Pacientes com distúrbios de sono, confusão mental, perda de memória ou alterações do estado de consciência.
- Pacientes em acompanhamento de doenças neurodegenerativas ou após trauma cranioencefálico.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica para o EEG.
        - Revisar o histórico clínico e os sintomas neurológicos do paciente, incluindo crises convulsivas, desmaios, cefaleias ou distúrbios do sono.
        - Explicar o procedimento ao paciente, destacando que o exame é indolor e que deve relaxar durante o registro da atividade cerebral.
        - Verificar se o paciente usou produtos no cabelo (géis, cremes, sprays), que podem interferir na fixação dos eletrodos. Se necessário, fornecer uma touca descartável para proteção ou solicitar que lave o cabelo antes do exame.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Pedir ao paciente que evite ingestão de cafeína e outras substâncias estimulantes no dia do exame, pois podem alterar os resultados do EEG.
        - Em casos de EEG de privação de sono, o paciente deve ser orientado a não dormir ou dormir pouco na noite anterior, conforme a orientação médica.
        - Explicar que, durante o exame, o paciente deverá ficar relaxado e de olhos fechados, e que, em alguns casos, serão solicitados estímulos como hiperventilação ou luzes intermitentes.
- Execução do Procedimento
    - Posicionamento do Paciente:
        - O paciente deve ser posicionado em uma cadeira confortável ou maca reclinável, deitado ou sentado de maneira relaxada. O ambiente deve ser silencioso e com iluminação suave, para garantir o máximo de conforto e reduzir estímulos externos que possam interferir na atividade cerebral.
    - Preparação e Colocação dos Eletrodos:

- Limpar as áreas do couro cabeludo onde os eletrodos serão colocados com álcool para remover oleosidade e garantir uma melhor condução dos sinais elétricos.
- Aplicar gel condutor ou pasta condutora nos eletrodos.
- Colocar os eletrodos de acordo com o sistema internacional 10-20, que é um método padrão de localização dos eletrodos no couro cabeludo. Os eletrodos são distribuídos nas áreas frontal, parietal, occipital e temporal.
- Fixar os eletrodos com adesivos ou utilizar uma touca de EEG para mantê-los no lugar durante o exame.

  - Início do Registro de EEG:
    - Iniciar o registro do EEG de repouso, pedindo ao paciente que fique imóvel, de olhos fechados, relaxando e respirando normalmente.
    - O exame dura aproximadamente 20 a 40 minutos, durante os quais diferentes estímulos podem ser aplicados, dependendo da indicação clínica.
  - Estímulos Adicionais:
    - Hiperventilação: Em alguns casos, será solicitado ao paciente que respire profundamente e rapidamente por alguns minutos, o que pode desencadear alterações elétricas no cérebro, especialmente em pacientes com epilepsia.
    - Fotossensibilidade (teste com luz intermitente): Em alguns pacientes, especialmente com epilepsia, será realizada a exposição a luzes piscantes de diferentes frequências para detectar crises fotoinduzidas.
  - Registro e Monitoramento:
    - Durante todo o exame, a equipe monitorará o paciente e os traçados do EEG para garantir a qualidade dos registros e observar qualquer atividade anormal, como ondas epileptiformes ou disritmias.
    - Caso o paciente relate qualquer sintoma ou mal-estar, o exame pode ser pausado temporariamente ou ajustado conforme necessário.

- Pós-Procedimento
  - Remoção dos Eletrodos:
    - Após o término do exame, remover cuidadosamente os eletrodos, limpando qualquer resíduo de gel ou pasta condutora do couro cabeludo do paciente.
    - Auxiliar o paciente a se recompor, oferecendo toalhas ou orientando-o a lavar a cabeça, se necessário.

- Orientação ao Paciente:
  - Informar ao paciente que pode retomar suas atividades normais imediatamente após o exame, sem restrições.
  - Explicar que o laudo do EEG será emitido por um médico neurologista, e que ele deverá aguardar contato para a interpretação dos resultados e condutas terapêuticas, se necessárias.
- Registro e Análise do EEG:
  - As gravações do EEG serão revisadas e analisadas por um neurologista especializado, que irá interpretar os padrões elétricos cerebrais e identificar qualquer atividade anormal.
  - O laudo do EEG será registrado no prontuário eletrônico do paciente e disponibilizado para o médico solicitante, geralmente em 1 a 3 dias.

Cuidados de Segurança

- Garantir que os eletrodos e todos os equipamentos de EEG sejam devidamente limpos e esterilizados antes e após o uso, seguindo os protocolos de desinfecção adequados.
- Durante o exame, monitorar constantemente o bem-estar do paciente, principalmente se estímulos como hiperventilação ou luzes intermitentes forem usados, pois podem provocar tonturas ou desconforto.
- Realizar o exame em uma sala isolada e com controle de ruídos, luzes e outros estímulos que possam interferir nos resultados.

Indicadores de Qualidade

- Tempo Médio de Exame: O exame deve ter uma duração de 20 a 40 minutos, dependendo da necessidade de estímulos adicionais.
- Satisfação do Paciente: Avaliar o conforto do paciente durante o exame e garantir que ele esteja relaxado para resultados precisos.
- Taxa de Repetição: Monitorar a taxa de exames que precisam ser repetidos devido à movimentação do paciente ou baixa qualidade do registro.
- Precisão Diagnóstica: Comparar os resultados do EEG com o quadro clínico e outros exames neurológicos para garantir a eficácia do exame.

Considerações Especiais

- Pacientes Pediátricos:

- Em crianças, o exame pode ser mais desafiador devido à dificuldade de permanecerem imóveis por longos períodos. Técnicas de distração e ambiente acolhedor devem ser usados para facilitar o procedimento.
- Pacientes com Epilepsia:
- Pacientes com epilepsia podem ter crises desencadeadas durante o exame, especialmente durante a hiperventilação ou o teste de fotossensibilidade. A equipe deve estar preparada para oferecer assistência imediata em caso de crise.
- EEG de Longa Duração ou Vídeo-EEG:
- Em alguns casos, um EEG prolongado ou com monitoramento de vídeo pode ser solicitado para capturar crises que não ocorrem em exames curtos. Esses exames podem durar de algumas horas até vários dias.

POP - Eletroneuromiografia (ENMG)

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura e eficaz da eletroneuromiografia (ENMG), que avalia a função dos nervos periféricos e músculos, auxiliando no diagnóstico de doenças neuromusculares, neuropatias, radiculopatias e distúrbios de condução nervosa.

Definição

A ENMG é um exame diagnóstico que avalia a condução elétrica nos nervos e a atividade elétrica nos músculos. É dividida em duas partes: eletromiografia (EMG), que avalia a atividade elétrica muscular, e estudo de condução nervosa (ECN), que avalia a condução dos impulsos elétricos pelos nervos. O exame é indicado para investigar doenças neuromusculares como neuropatias periféricas, síndromes compressivas (ex.: síndrome do túnel do carpo), esclerose lateral amiotrófica (ELA), miopatias, entre outras.

Materiais Necessários

- Aparelho de eletroneuromiografia: Equipamento que registra a atividade elétrica dos músculos e a condução dos nervos.
- Eletrodos de superfície e agulha: Utilizados para o registro da atividade elétrica.
- Estimulador elétrico: Para avaliar a condução nervosa.
- EPIs: Luvas, máscara, avental descartável (quando necessário).
- Material de desinfecção: Álcool, algodão, materiais estéreis para a higienização dos eletrodos de agulha e áreas de aplicação.

População Alvo

- Pacientes com suspeita de neuropatias periféricas (ex.: síndrome do túnel do carpo, neuropatia diabética).
- Pacientes com sinais de radiculopatias (compressão nervosa em nível cervical ou lombar).
- Pacientes com suspeita de miopatias ou distúrbios neuromusculares, como miastenia gravis e esclerose lateral amiotrófica (ELA).
- Pacientes com queixas de fraqueza muscular, dores neurais ou distúrbios sensoriais, como dormências ou formigamentos.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica, verificando os sintomas e o histórico neurológico/muscular.
        - Explicar ao paciente que o exame pode causar desconforto leve, devido à inserção das agulhas finas nos músculos e à aplicação de estímulos elétricos nos nervos.
        - Verificar se o paciente possui contraindicações para o exame, como uso de anticoagulantes, dispositivos cardíacos (ex.: marcapasso) ou problemas de coagulação.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Solicitar ao paciente que evite o uso de loções, cremes ou óleos no corpo no dia do exame, pois esses produtos podem interferir no contato dos eletrodos com a pele.
        - Explicar que o paciente deve relaxar durante o exame, mas que será necessário contrair alguns músculos quando solicitado para a avaliação da atividade muscular.
        - Solicitar que o paciente esteja com roupas confortáveis e que permitam o acesso às áreas do corpo a serem examinadas.
- Execução do Procedimento
    - Posicionamento do Paciente:
        - O paciente deve ser colocado em uma posição confortável, deitado ou sentado, dependendo da região do corpo a ser examinada.

- O profissional deve garantir que o paciente esteja relaxado e tranquilo antes de iniciar o exame, explicando as etapas e assegurando que o desconforto será mínimo e controlável.

- Estudo de Condução Nervosa (ECN):
  - Colocar os eletrodos de superfície nos pontos determinados ao longo do trajeto do nervo a ser avaliado.
  - Aplicar estímulos elétricos com o estimulador elétrico, que gera um pequeno choque para avaliar a condução nervosa. O paciente pode sentir um leve choque ou formigamento nos locais onde os estímulos são aplicados.
  - Registrar as respostas dos nervos e avaliar a velocidade de condução, amplitude e latência do impulso nervoso.
- Eletromiografia (EMG):
  - Para a eletromiografia de agulha, inserir agulhas finas nos músculos a serem avaliados. Essas agulhas registram a atividade elétrica muscular em repouso e durante a contração voluntária.
  - Solicitar que o paciente relaxe o músculo inicialmente e, em seguida, peça que faça uma contração muscular leve e, posteriormente, mais forte para avaliar a atividade elétrica durante essas fases.
  - Assegurar que o paciente está ciente de que o exame envolve pequenas picadas, mas que o desconforto será momentâneo.
  - Registrar os padrões elétricos do músculo e detectar possíveis anormalidades, como fibrilações, potenciais de unidade motora e sinais de denervação ou reinervação.
- Registro e Documentação:
  - O profissional operador (médico neurologista ou técnico de ENMG) deve capturar e registrar todas as informações obtidas, como gráficos de condução nervosa e padrões de atividade elétrica muscular.
  - Comparar os resultados com padrões normais para identificar bloqueios de condução nervosa, neuropatias ou disfunções musculares.

- Pós-Procedimento
  - Cuidados Após o Exame:
    - Após a retirada das agulhas, limpar a pele do paciente com álcool ou solução antisséptica, garantindo que não haja risco de infecção nos locais de inserção das agulhas.

        - Informar ao paciente que pode ocorrer dor leve ou sensação de cansaço nos músculos examinados, mas que o desconforto deverá desaparecer em algumas horas.
        - Em caso de dor persistente, inchaço ou sinais de infecção, orientar o paciente a procurar atendimento médico.
    - Orientação ao Paciente:
        - O paciente pode retomar suas atividades normais logo após o exame, sem restrições.
        - Fornecer ao paciente informações sobre quando e como ele pode receber os resultados do exame, que normalmente são analisados pelo médico neurologista e comparados com outros exames neurológicos.
    - Registro dos Resultados:
        - Registrar os gráficos e os dados do exame no prontuário eletrônico do paciente, documentando as respostas motoras e sensoriais obtidas.
        - O laudo da ENMG será emitido por um médico especializado e enviado ao médico solicitante para revisão e planejamento do tratamento.

Cuidados de Segurança

- Higienização dos Eletrodos e Agulhas:
    - As agulhas de EMG devem ser descartáveis ou, se reutilizáveis, devem ser devidamente esterilizadas para garantir a segurança do paciente.
    - Limpar os eletrodos de superfície com solução antisséptica após cada uso, evitando contaminações cruzadas.
- Pacientes em uso de anticoagulantes podem ter maior risco de sangramento durante a inserção de agulhas, devendo ser avaliada a necessidade do ajuste da medicação antes do exame ou considerar o uso apenas de eletrodos de superfície.
- Pacientes com marcapassos ou dispositivos cardíacos implantáveis devem ser monitorados com maior cuidado durante o exame para evitar interferências e complicações.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição do Exame: Monitorar a taxa de exames que precisam ser repetidos por problemas técnicos ou resultados inconclusivos, buscando minimizá-la.
- Tempo Médio de Exame: O procedimento geralmente dura de 45 minutos a 1 hora, dependendo do número de músculos e nervos avaliados.

- Satisfação do Paciente: Avaliar o nível de desconforto relatado pelo paciente e garantir que ele se sinta seguro e bem informado durante todo o procedimento.
- Precisão Diagnóstica: Comparar os resultados com diagnósticos clínicos e outros exames para assegurar a precisão na detecção de neuropatias ou miopatias.

Considerações Especiais

- Pacientes com Baixa Tolerância à Dor:
- Para pacientes que têm baixa tolerância à dor ou medo de agulhas, pode-se considerar a aplicação de técnicas de relaxamento ou sedação leve em situações específicas.
- Pacientes com Deficiências Motoras Graves:
- Em pacientes com fraqueza muscular grave, o exame pode ser mais complexo, exigindo paciência e habilidade para realizar as avaliações sem causar desconforto excessivo.
- Acompanhamento Pós-Exame:
- Pacientes com neuropatias progressivas ou doenças neuromusculares degenerativas podem exigir exames periódicos para acompanhar a evolução da doença e a resposta ao tratamento.

POP - Espirometria

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura e eficaz da espirometria, garantindo a avaliação precisa da função pulmonar e capacidade respiratória dos pacientes. A espirometria é usada para o diagnóstico de doenças respiratórias, como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, entre outras condições pulmonares.

Definição

A espirometria é um exame simples e não invasivo que mede o volume de ar que uma pessoa consegue inspirar e expirar, bem como a velocidade com que o faz. O exame é utilizado para avaliar a função pulmonar, ajudando no diagnóstico de doenças respiratórias que afetam as vias aéreas e os pulmões.

Materiais Necessários

- Espirômetro: Dispositivo utilizado para medir os volumes e fluxos de ar respiratório.
- Bocal descartável: Para garantir a higiene e evitar contaminação cruzada entre os pacientes.
- Clip nasal: Para evitar que o ar escape pelo nariz durante o teste.

- EPIs: Luvas, máscara e avental (se necessário), especialmente em casos de doenças respiratórias contagiosas.

População Alvo

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de asma, DPOC, ou outras condições que afetam a capacidade respiratória.
- Pacientes com histórico de tabagismo, exposição a agentes poluentes ou industrial, e com sintomas como falta de ar, tosse crônica e chiado.
- Pacientes com doenças pulmonares intersticiais, como fibrose pulmonar.
- Pacientes em acompanhamento de tratamentos para doenças pulmonares, para avaliar a resposta ao tratamento.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica do exame, verificando o histórico de doenças respiratórias, tabagismo e uso de medicamentos broncodilatadores.
        - Explicar o procedimento ao paciente, assegurando que é simples, indolor e que ele deverá seguir instruções claras de inspiração e expiração durante o teste.
        - Verificar se o paciente faz uso de medicamentos broncodilatadores, como salbutamol ou formoterol, e orientar sobre a possível necessidade de interromper o uso antes do exame, conforme orientação médica.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Solicitar ao paciente que evite exercícios físicos intensos pelo menos 30 minutos antes do exame.
        - Pedir ao paciente para evitar grandes refeições, cafeína ou fumo nas duas horas anteriores ao teste, pois isso pode interferir nos resultados.
        - Informar ao paciente que ele deverá realizar inspirações profundas e expirações forçadas durante o exame, e que pode haver repetição do teste para garantir a qualidade dos resultados.
- Execução do Procedimento
    - Posicionamento do Paciente:

- O paciente deve ser posicionado sentado, em uma cadeira confortável, com os pés firmemente no chão.
- Colocar o clip nasal para garantir que o paciente respire apenas pela boca durante o teste, evitando que ar escape pelo nariz.

- Instrução ao Paciente:
  - Explicar detalhadamente ao paciente que ele deverá realizar três fases principais durante o teste:
  - Respiração tranquila: Solicitar ao paciente que respire de maneira tranquila e regular no início do exame.
  - Inspiração máxima: Pedir que o paciente faça uma inspiração profunda e máxima, enchendo completamente os pulmões.
  - Expiração forçada: Instruir o paciente a expirar de maneira rápida, forte e prolongada, esvaziando completamente os pulmões. A expiração deve ser mantida por pelo menos 6 segundos ou conforme orientação do operador.
  - Reforçar que o paciente deve seguir as instruções cuidadosamente para garantir a precisão do exame.
- Realização do Teste:
  - O paciente deverá segurar firmemente o bocal descartável e colocar na boca, mantendo os lábios bem fechados ao redor do bocal para evitar vazamento de ar.
  - Após o comando de inspiração profunda, o paciente deverá expirar o mais rápido e vigorosamente possível, mantendo a expiração por todo o tempo solicitado pelo operador.
  - Repetir o procedimento três vezes para garantir que os resultados sejam reprodutíveis e confiáveis.
- Prova Broncodilatadora (se necessário):
  - Em alguns casos, o exame inclui a prova broncodilatadora, que envolve a administração de um broncodilatador após a primeira fase da espirometria. O paciente realiza o exame novamente após o uso do medicamento, geralmente após 15 minutos, para verificar se há melhora na função pulmonar.
  - Comparar os resultados pré e pós-broncodilatador para avaliar o grau de reversibilidade da obstrução das vias aéreas.
- Registro e Análise dos Resultados:
  - O espirômetro irá registrar os parâmetros respiratórios, incluindo:

- Capacidade vital forçada (CVF): O volume total de ar que o paciente consegue expirar após uma inspiração profunda.
- Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1): O volume de ar que o paciente consegue expirar no primeiro segundo de uma expiração forçada.
- Relação VEF1/CVF: Um índice importante para avaliar a presença de obstrução nas vias aéreas.
- Analisar os resultados obtidos, verificando os gráficos e a curva fluxo-volume, garantindo que os valores estejam dentro dos padrões de normalidade ou detectando possíveis alterações sugestivas de obstrução ou restrição.

- Pós-Procedimento
  - Orientação ao Paciente:
    - Após o exame, informar ao paciente que ele pode retomar suas atividades normais imediatamente, sem restrições.
    - Se o paciente apresentar tontura ou desconforto devido às expirações forçadas, orientá-lo a repousar por alguns minutos até que os sintomas desapareçam.
    - Informar ao paciente que o laudo será revisado por um médico pneumologista ou outro especialista, e que os resultados estarão disponíveis em breve.
  - Registro dos Resultados:
    - O resultado da espirometria será registrado no prontuário eletrônico do paciente e, se necessário, encaminhado ao médico solicitante.
    - Caso o teste inclua a prova broncodilatadora, os resultados pré e pós-broncodilatador devem ser comparados e documentados.

Cuidados de Segurança

- Utilizar bocais descartáveis para cada paciente, evitando qualquer risco de contaminação cruzada.
- Higienizar e desinfetar o espirômetro e acessórios entre os exames de pacientes diferentes, seguindo rigorosamente os protocolos de limpeza.
- Em pacientes com insuficiência respiratória grave ou que estejam muito debilitados, avaliar a viabilidade do exame e considerar adaptações, como realizar o teste de forma gradual ou utilizando técnicas de respiração mais suaves.

- A equipe de saúde deve usar luvas, máscaras e, se necessário, avental durante o procedimento, especialmente em casos de doenças respiratórias contagiosas.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição do Exame: Monitorar a taxa de exames que precisam ser repetidos por inadequação técnica ou falta de cooperação do paciente, buscando minimizá-la.
- Tempo Médio de Exame: O procedimento deve durar entre 15 e 30 minutos, dependendo da complexidade e da necessidade de prova broncodilatadora.
- Satisfação do Paciente: Avaliar a compreensão do paciente sobre as instruções e seu nível de conforto durante o teste.
- Precisão Diagnóstica: Comparar os resultados da espirometria com diagnósticos clínicos e outros exames para garantir a eficácia na detecção de doenças respiratórias.

Considerações Especiais

- Para crianças, o exame pode ser mais difícil devido à dificuldade em seguir as instruções com precisão. Nesses casos, utilizar abordagens lúdicas e realizar testes de prática para garantir a cooperação.
- Pacientes com doenças pulmonares avançadas podem ter mais dificuldade para realizar o exame, necessitando de paciência e maior número de tentativas para garantir a precisão dos resultados.
- Em pacientes com suspeita de asma ou obstrução variável das vias aéreas, a prova broncodilatadora é essencial para verificar a reversibilidade da obstrução, ajudando no diagnóstico e no ajuste do tratamento.

POP - Exames Oftalmológicos

Objetivo

Definir e padronizar o protocolo para a realização segura e eficaz dos principais exames oftalmológicos, assegurando uma avaliação abrangente e precisa da saúde ocular. O objetivo é fornecer suporte ao diagnóstico precoce de patologias oculares, acompanhamento terapêutico e prevenção de complicações visuais.

Definição

Os exames oftalmológicos consistem em uma série de avaliações visuais e funcionais dos olhos, essenciais para o diagnóstico e tratamento de doenças oculares, incluindo glaucoma, catarata, retinopatia diabética, degeneração macular, e distúrbios refrativos. Estes exames abrangem

desde a avaliação da pressão intraocular até a análise das estruturas internas do olho e da capacidade visual.

Materiais Necessários

- Oftalmoscópio: Para a avaliação direta do fundo de olho.
- Tonômetro: Para aferição da pressão intraocular.
- Orifício estenopeico: Para testes de acuidade visual.
- Lâmpada de fenda e lente de aumento: Para inspeção detalhada da córnea, íris, cristalino e retina.
- Colírios midriáticos: Para dilatação pupilar, quando necessário (ex.: tropicamida e fenilefrina).
- Quadros de optótipos: Para avaliação de acuidade visual.
- EPIs: Luvas, máscaras, aventais descartáveis.

População Alvo

- Pacientes com sintomas oculares como perda de visão, dor, vermelhidão, lacrimejamento excessivo, ou queixas de desconforto ocular.
- Pacientes com doenças crônicas, como diabetes ou hipertensão, que necessitam de exames regulares para monitorar complicações oculares.
- Pacientes com histórico de doenças oculares, como glaucoma, catarata ou degeneração macular, e aqueles que necessitam de acompanhamento após procedimentos cirúrgicos ou terapias oculares.
- Pacientes em triagem oftalmológica para prevenção de problemas visuais.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e verificar a solicitação médica para o exame oftalmológico.
        - Realizar uma anamnese breve, questionando o paciente sobre sintomas oculares atuais, uso de óculos ou lentes de contato, histórico familiar de doenças oculares, alergias a colírios e medicamentos em uso.
        - Explicar detalhadamente cada etapa do exame, destacando que o procedimento é indolor e visa a preservação da saúde ocular.
    - Orientações Pré-Exame:

- Em caso de dilatação pupilar, informar ao paciente que ele poderá experimentar visão embaçada e sensibilidade à luz por algumas horas após o exame, e que deverá evitar atividades como dirigir.
- Garantir que o paciente está ciente da necessidade de repouso após o exame em casos específicos, como pós-procedimentos terapêuticos.

- Execução dos Exames Oftalmológicos

1- Fundoscopia (Avaliação do Fundo de Olho):

a. Objetivo: Avaliar a parte interna do olho, incluindo a retina, vasos sanguíneos, disco óptico e mácula, para detectar doenças como retinopatia diabética, degeneração macular, glaucoma, e descolamento de retina.
b. Procedimento:
   i. Aplicar colírio midriático para dilatar a pupila, se necessário.
   ii. Utilizar o oftalmoscópio para observar diretamente o fundo do olho, solicitando que o paciente fixe o olhar em um ponto.
   iii. Analisar as estruturas internas e registrar qualquer anormalidade, como hemorragias, exsudatos, neovasos, ou papiledema.
c. Indicações: Pacientes com diabetes, hipertensão, glaucoma, ou histórico de doenças oculares hereditárias.

2- **Potencial de Acuidade Visual (PAV**):

a. Objetivo: Avaliar a acuidade visual máxima que o paciente pode atingir com o auxílio de um orifício estenopeico, que minimiza distorções ópticas.
b. Procedimento:
   i. O paciente olha através de um orifício estenopeico e realiza o teste de leitura de optótipos (letras de diferentes tamanhos) a uma distância padronizada.
   ii. Comparar os resultados com a visão normal para identificar possíveis problemas de refração ou catarata.
c. Indicações: Pacientes com queixas de visão borrada, suspeita de catarata ou condições refrativas.

3- Tonometria (Aferição da Pressão Intraocular):

a. Objetivo: Medir a pressão intraocular (PIO), um fator essencial para o diagnóstico e acompanhamento de glaucoma.
b. Procedimento:
   i. Aplicar colírio anestésico para insensibilizar a superfície ocular.

ii. Utilizar um tonômetro de aplanação ou de sopro para aferir a pressão intraocular. O dispositivo mede a resistência da córnea à compressão, calculando a PIO.

c. Indicações: Avaliação rotineira de pacientes com risco de glaucoma ou monitoramento de pacientes já diagnosticados.

4- Triagem Oftalmológica:

a. Objetivo: Identificar precocemente baixa acuidade visual ou outros sinais de doenças oculares em pacientes assintomáticos ou com queixas visuais inespecíficas.

b. Procedimento:

i. Realizar uma avaliação básica de acuidade visual com a utilização de quadros de optótipos.

ii. Executar outros exames complementares, como tonometria e teste ortóptico, conforme a queixa e condição do paciente.

c. Indicações: Pacientes em triagem de rotina ou com queixas inespecíficas de visão.

5- Teste Ortóptico (Avaliação da Motilidade Ocular):

a. Objetivo: Avaliar a motilidade ocular binocular, detectando disfunções como estrabismo, insuficiência de convergência e fraqueza muscular.

b. Procedimento:

i. O paciente segue uma luz ou objeto com os olhos enquanto o examinador avalia a coordenação dos movimentos oculares.

ii. O exame pode incluir a medição do ângulo de desvio ocular em casos de estrabismo.

c. Indicações: Avaliação de pacientes com diplopia, estrabismo ou problemas de coordenação ocular.

- Pós-Procedimento
  - Orientação ao Paciente:
    - Fornecer ao paciente informações sobre os resultados preliminares e, caso tenha sido utilizada dilatação pupilar, reforçar a necessidade de evitar atividades como dirigir até que a visão normalize.
    - Explicar a importância de seguir as recomendações médicas e de retornar para acompanhamento, se necessário.
  - Registro e Documentação:

- Documentar os achados dos exames no prontuário eletrônico do paciente, incluindo os resultados de tonometria, fundoscopia, e testes de acuidade visual.
- Enviar as imagens e laudos ao médico solicitante, e, se aplicável, programar retorno para a entrega dos resultados ou laudo final de biópsias ou outros exames.

Cuidados de Segurança

- Higienização e Desinfecção:
- Limpar e desinfetar adequadamente os equipamentos utilizados (oftalmoscópio, tonômetro, etc.) entre um paciente e outro, seguindo os protocolos de controle de infecção.
- Garantir que os bocais e peças de contato utilizadas nos equipamentos sejam descartáveis ou devidamente esterilizados.
- EPIs e Cuidados com Pacientes Contagiosos:
- A equipe deve utilizar luvas, máscaras, e outros EPIs quando necessário, principalmente ao realizar exames em pacientes com suspeita de infecções oculares.
- Verificar se o paciente tem alergia a algum colírio ou medicação tópica antes de realizar procedimentos que envolvam a aplicação de colírios anestésicos ou midriáticos.

Indicadores de Qualidade

- Tempo Médio de Exame: A duração ideal dos exames oftalmológicos deve ser entre 20 a 30 minutos, dependendo da complexidade dos testes.
- Taxa de Reações Adversas: Monitorar reações adversas aos colírios e procedimentos oftalmológicos, garantindo a segurança do paciente.
- Satisfação do Paciente: Avaliar a satisfação dos pacientes com o atendimento e a clareza das explicações fornecidas.
- Precisão Diagnóstica: Acompanhar a correlação entre os achados clínicos dos exames oftalmológicos e os diagnósticos estabelecidos para garantir a precisão dos resultados.

Considerações Especiais

- Realizar abordagens lúdicas e amigáveis para facilitar a cooperação de crianças, especialmente em exames que envolvem a avaliação de motilidade ocular ou acuidade visual.

- Pacientes com deficiências visuais graves podem exigir abordagens diferenciadas e exames complementares, como campimetria visual.
- Pacientes com diabetes, hipertensão, ou doenças autoimunes devem realizar exames oftalmológicos regulares, devido ao risco aumentado de complicações oculares, como retinopatia diabética ou glaucoma.

POP - Holter

Objetivo

Estabelecer um protocolo padronizado para a realização segura e eficaz da monitorização ambulatorial de eletrocardiograma, conhecida como Holter, que tem como objetivo registrar a atividade elétrica do coração durante 24 ou 48 horas, permitindo a detecção de arritmias, isquemias e outras anormalidades cardíacas em situações diárias de um paciente.

Definição

O Holter é um exame não invasivo que registra a atividade elétrica do coração continuamente durante um período de 24 ou 48 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades normais. O dispositivo é utilizado para detectar alterações no ritmo cardíaco, como arritmias, taquicardias, bradicardias, e para avaliar o impacto de fatores como estresse, atividade física e sono sobre o coração.

Materiais Necessários

- Gravador Holter: Dispositivo portátil que registra os impulsos elétricos do coração durante 24 ou 48 horas.
- Eletrodos adesivos descartáveis: Para a fixação no peito do paciente.
- Cabo conector de eletrodos: Conecta os eletrodos ao gravador Holter.
- Baterias: Para alimentar o gravador.
- Diário do paciente: Para anotar atividades, sintomas e horários durante a monitorização.
- EPIs: Máscaras, luvas e aventais (quando necessário).

População Alvo

- Pacientes com sintomas cardíacos intermitentes, como palpitações, tontura, síncope, ou desconforto torácico, cuja origem não foi identificada em um eletrocardiograma de repouso.
- Pacientes em investigação de arritmias, taquicardias paroxísticas, bradicardias, ou bloqueios cardíacos.

- Pacientes em acompanhamento de marcapasso ou em avaliação de eficácia de tratamentos para distúrbios do ritmo cardíaco.
- Pacientes que passaram por cirurgias cardíacas ou procedimentos invasivos recentes e que precisam de monitoramento contínuo da função cardíaca.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e verificar a solicitação médica para o exame de Holter.
        - Realizar anamnese breve, verificando os sintomas que motivaram o exame, histórico de doenças cardíacas, uso de medicamentos, e se o paciente tem alergia aos adesivos de eletrodos.
        - Explicar ao paciente que o Holter irá monitorar a atividade elétrica do coração durante 24 ou 48 horas, enquanto ele realiza suas atividades normais, mas sem que ele possa tomar banho ou submergir o dispositivo em água.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Informar ao paciente que ele não deve utilizar cremes, loções ou óleos na pele no dia do exame, pois esses produtos podem interferir na fixação dos eletrodos.
        - Recomendar que ele use roupas largas e confortáveis, para facilitar a acomodação do gravador Holter.
        - Explicar a importância de manter um diário de atividades durante o exame, anotando atividades físicas, refeições, períodos de estresse, sono e quaisquer sintomas (palpitações, dor no peito, tontura), com o respectivo horário.
- Execução do Procedimento
    - Posicionamento e Colocação dos Eletrodos:
        - O paciente deve ser colocado em posição sentada.
        - Limpar a pele do peito do paciente com álcool para remover oleosidade, suor ou sujeira, garantindo uma boa fixação dos eletrodos.
        - Colocar os eletrodos adesivos no peito do paciente, em locais específicos (geralmente 5 a 7 eletrodos), conforme as diretrizes do fabricante do gravador Holter.

- Conectar os cabos do gravador aos eletrodos e fixar o gravador em um cinto ou alça, de forma que o paciente possa carregá-lo confortavelmente.

- Início da Monitorização:
  - Ligar o gravador e garantir que ele esteja registrando corretamente a atividade elétrica do coração.
  - Instruir o paciente a não retirar ou mover os eletrodos durante o período de monitorização.
  - Informar ao paciente que ele deve continuar com suas atividades normais, mas que deve evitar atividades aquáticas (como banhos, piscinas, etc.) e evitar impactos fortes no dispositivo.
- Registro no Diário:
  - Fornecer ao paciente um diário onde ele anotará todas as suas atividades e sintomas, com os horários exatos.
  - Enfatizar a importância de anotar eventos como exercício, situações de estresse, dormir/acordar, ingestão de medicamentos e a ocorrência de sintomas, como palpitações, dor no peito ou falta de ar.

- Pós-Procedimento
  - Retorno e Retirada do Holter:
    - Após o período de monitorização (24 ou 48 horas), o paciente retorna à clínica para a retirada do equipamento.
    - Remover cuidadosamente os eletrodos e garantir que a pele do paciente seja limpa.
    - Verificar se o diário de atividades e sintomas foi preenchido corretamente e se há alguma observação adicional a ser registrada.
  - Análise dos Dados:
    - Transferir os dados registrados pelo Holter para o sistema de análise especializado, onde um cardiologista irá revisar as alterações no ritmo cardíaco, incluindo arritmias, pausas cardíacas, bloqueios, taquicardias, bradicardias e anormalidades na condução elétrica.
    - Comparar as atividades e sintomas relatados no diário com os eventos registrados no Holter, para correlacionar os sintomas do paciente com possíveis anormalidades no traçado eletrocardiográfico.
  - Laudo e Relatório:

- O cardiologista responsável emitirá um laudo detalhado, relatando os achados da monitorização, com destaque para qualquer arritmia significativa ou padrão de anormalidade observada.
- O laudo será entregue ao médico solicitante ou ao paciente, dependendo do protocolo da instituição.

Cuidados de Segurança

- O paciente deve ser orientado a não molhar o dispositivo Holter, pois ele não é à prova d'água. Durante o período de monitorização, evitar banhos, piscinas ou qualquer atividade que possa expor o equipamento à umidade.
- Alguns pacientes podem desenvolver irritações ou alergias na pele devido aos eletrodos adesivos. Nesses casos, o uso de adesivos hipoalergênicos deve ser considerado.
- Pacientes que utilizam marcapasso devem ser monitorados com atenção, garantindo que o gravador Holter seja compatível e que os sinais do marcapasso sejam adequadamente registrados.

1.4.7. 7. Indicadores de Qualidade

- Taxa de Complicações: Monitorar a ocorrência de irritações cutâneas ou problemas técnicos com o gravador Holter durante o uso.
- Qualidade do Registro: Acompanhar a qualidade dos registros obtidos, garantindo que não haja falhas na gravação ou artefatos significativos que possam prejudicar a análise dos dados.
- Satisfação do Paciente: Avaliar o nível de conforto do paciente durante a monitorização e se as instruções fornecidas foram claras e eficazes.
- Precisão Diagnóstica: Garantir que os achados do Holter estejam correlacionados com os sintomas descritos no diário do paciente, para um diagnóstico mais assertivo.

Considerações Especiais

- O exame de Holter pode ser feito em crianças, mas exige maior atenção quanto ao conforto e compreensão do paciente. Instruções específicas para os pais devem ser fornecidas.
- Para pacientes que praticam atividades físicas intensas, deve-se orientar sobre a limitação de movimentos bruscos ou de alta intensidade para evitar o deslocamento dos eletrodos.

- Pacientes com doenças de pele ou alergias cutâneas devem ser monitorados quanto a possíveis reações aos eletrodos, e alternativas hipoalergênicas devem ser utilizadas.

POP - Mamografia

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura, precisa e eficaz da mamografia, que visa à detecção precoce do câncer de mama e outras anormalidades nas mamas, como microcalcificações e lesões benignas, contribuindo para o diagnóstico e acompanhamento das pacientes.

Definição

A mamografia é um exame radiológico que utiliza baixas doses de raios-X para capturar imagens detalhadas do tecido mamário. É considerada o método mais eficaz para o rastreamento do câncer de mama, sendo indicada tanto para a detecção precoce em mulheres assintomáticas quanto para a avaliação diagnóstica em pacientes que apresentam sinais e sintomas, como nódulos, secreção mamilar, ou alterações detectadas em exames clínicos.

Materiais Necessários

- Mamógrafo digital: Equipamento utilizado para a obtenção de imagens radiológicas das mamas.
- Compressor mamário: Para posicionamento e compressão adequada das mamas, garantindo imagens de qualidade.
- Colírios (em casos específicos): Utilizados para pacientes com sensibilidade cutânea durante a compressão.
- EPIs: Luvas, máscaras e aventais (quando necessário).

População Alvo

- Mulheres assintomáticas a partir de 40 anos de idade, para rastreamento do câncer de mama.
- Mulheres com fatores de risco aumentados para o câncer de mama, como histórico familiar de câncer de mama ou alterações genéticas conhecidas (ex.: mutações nos genes BRCA1 e BRCA2).
- Mulheres que apresentem sintomas mamários como nódulos palpáveis, dor mamária, secreção anormal ou alterações visuais nas mamas.

- Pacientes em acompanhamento pós-tratamento de câncer de mama, para avaliação contínua de recidivas ou controle.

Fluxo do Procedimento

- Preparação da Paciente
    - Recepção e Triagem da Paciente:
        - Confirmar a identidade da paciente e revisar a solicitação médica para o exame de mamografia, verificando se o exame é de rastreamento ou diagnóstico.
        - Realizar anamnese breve, investigando sintomas mamários, histórico pessoal e familiar de câncer de mama, e a data da última mamografia realizada.
        - Explicar o procedimento, informando que pode ocorrer leve desconforto durante a compressão das mamas, mas que é necessário para obter imagens de boa qualidade e identificar lesões precoces.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Solicitar à paciente que não utilize desodorantes, cremes, loções ou talco nas axilas ou mamas no dia do exame, pois esses produtos podem interferir na imagem.
        - Se possível, orientar a paciente a marcar o exame em um período do ciclo menstrual em que as mamas estejam menos sensíveis (geralmente logo após a menstruação).
        - Verificar se a paciente está grávida ou amamentando, pois a mamografia pode ser contraindicada nesses casos, exceto em situações específicas.
- Execução do Procedimento
    - Posicionamento da Paciente:
        - A paciente deve ficar em pé, posicionada corretamente à frente do mamógrafo.
        - O técnico em radiologia ajusta a altura do aparelho para o posicionamento adequado das mamas.
        - Cada mama é posicionada no compressor mamário, que aplica pressão para espalhar o tecido mamário e obter imagens mais nítidas, minimizando a sobreposição de tecidos.
    - Aquisição das Imagens:
        - Realizar pelo menos duas incidências de cada mama:

- Incidência craniocaudal (CC): Imagem de cima para baixo.
- Incidência médio-lateral oblíqua (MLO): Imagem diagonal, abrangendo a região da axila.
- Em casos de mamografias diagnósticas, ou se a paciente apresentar alterações mamárias, podem ser solicitadas imagens adicionais, como compressão focal ou magnificação, para avaliar melhor as áreas suspeitas.

- Finalização do Exame:
  - Após a obtenção das imagens, o técnico em radiologia verifica se a qualidade das imagens está adequada, e em caso de dúvidas, pode solicitar a repetição de algumas incidências.
  - Certificar-se de que a paciente está confortável e retirar a compressão.
  - Laudos e Entrega de Resultados
- Análise das Imagens:
  - As imagens são analisadas por um médico radiologista, que emitirá um laudo detalhado de acordo com a classificação BI-RADS (Breast Imaging-Reporting and Data System), que varia de 0 a 6 e descreve o grau de suspeita de malignidade das lesões:
  - BI-RADS 0: Exame inconclusivo; são necessários exames complementares (ex.: ultrassonografia ou ressonância magnética).
  - BI-RADS 1: Exame normal.
  - BI-RADS 2: Achados benignos.
  - BI-RADS 3: Provavelmente benigno; recomendada vigilância.
  - BI-RADS 4: Suspeito; recomendada biópsia.
  - BI-RADS 5: Altamente sugestivo de malignidade.
  - BI-RADS 6: Câncer diagnosticado previamente.
  - Laudos com Resultado BI-RADS 0:
  - Em casos de BI-RADS 0, o exame é considerado inconclusivo, e exames adicionais são necessários, como ultrassonografia mamária ou ressonância magnética.
  - O resultado do exame deve ser entregue obrigatoriamente pelo médico, com orientações claras à paciente para agendamento de exames complementares ou interconsulta com mastologista.
- Entrega de Resultados e Orientações:
  - Informar à paciente sobre a necessidade de retorno para exames adicionais, caso o resultado seja inconclusivo (BI-RADS 0) ou suspeito.

        - Para laudos BI-RADS 3 ou superior, encaminhar a paciente para consulta com um mastologista para discussões sobre as condutas apropriadas.
- Pós-Procedimento
    - Orientações à Paciente:
        - Após o exame, informar à paciente que o desconforto sentido durante a compressão é temporário e que não há efeitos colaterais a longo prazo.
        - Orientar sobre a importância da continuidade do acompanhamento mamográfico, especialmente em mulheres acima de 40 anos ou com fatores de risco.
    - Encaminhamento para Exames Complementares:
        - Pacientes com laudo BI-RADS 0 ou resultados suspeitos devem ser encaminhadas imediatamente para ultrassonografia mamária, ressonância magnética, ou biópsia, conforme necessário.

Cuidados de Segurança

- Garantir que o nível de exposição à radiação seja o mínimo necessário para obtenção de imagens adequadas, utilizando equipamentos calibrados e de alta qualidade.
- Em casos de pacientes jovens ou com contraindicações à exposição a radiação, utilizar proteção radiológica apropriada, como avental de chumbo, especialmente para evitar a exposição desnecessária de áreas sensíveis.
- Perguntar à paciente sobre possíveis alergias ou sensibilidade cutânea, adaptando a compressão e utilizando produtos adequados se houver irritações ou desconfortos durante a compressão mamária.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição de Exames: Monitorar a taxa de exames que precisam ser repetidos devido à qualidade inadequada das imagens.
- Precisão Diagnóstica: Garantir que os laudos estão sendo emitidos de forma clara e objetiva, com base na classificação BI-RADS.
- Satisfação das Pacientes: Avaliar o conforto das pacientes durante o procedimento e a clareza das orientações fornecidas após o exame.
- Tempo Médio de Emissão de Laudos: O tempo médio entre a realização do exame e a emissão do laudo deve ser monitorado para garantir agilidade no diagnóstico.

Considerações Especiais

- A realização da mamografia em pacientes com implantes requer incidências especiais, como a técnica de Eklund, para deslocar o implante e obter imagens do tecido mamário subjacente.
- Para pacientes com limitações físicas ou sensibilidade aumentada, adaptar o posicionamento e compressão para garantir conforto sem comprometer a qualidade da imagem.
- Mulheres jovens, especialmente aquelas com alto risco de câncer de mama, podem necessitar de mamografia associada a outros exames, como a ressonância magnética, devido à densidade mamária aumentada.

POP - MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial)

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), visando a avaliação precisa da pressão arterial do paciente durante 24 horas, em sua rotina diária, para diagnosticar e monitorar condições como hipertensão arterial, hipotensão e a variação da pressão ao longo do dia.

Definição

A MAPA é um exame não invasivo que monitora automaticamente a pressão arterial do paciente durante um período de 24 horas. O dispositivo é programado para medir a pressão em intervalos regulares, capturando dados sobre a variação da pressão arterial ao longo do dia e da noite, em diferentes situações, como descanso, trabalho, atividades físicas e sono. É utilizado para o diagnóstico de hipertensão mascarada, hipertensão do avental branco e hipertensão resistente, além de avaliar a eficácia de tratamentos anti-hipertensivos.

Materiais Necessários

- Dispositivo de MAPA: Monitor de pressão arterial portátil e programável.
- Braçadeira de pressão arterial: Adequada ao tamanho do braço do paciente.
- Baterias: Para alimentar o dispositivo durante o período de monitorização.
- Diário do paciente: Para anotações de atividades, sintomas e horários durante a monitorização.
- EPIs: Máscaras, luvas e aventais descartáveis (quando necessário).

População Alvo

- Pacientes com suspeita de hipertensão arterial que apresentem variação significativa da pressão arterial em consultórios médicos, ou que tenham histórico de pressão elevada em momentos isolados.
- Pacientes com hipertensão do avental branco, que é caracterizada por elevações transitórias da pressão arterial apenas em ambiente médico.
- Pacientes com hipertensão mascarada, que apresentam pressão arterial normal em ambiente médico, mas elevada fora desse ambiente.
- Pacientes em tratamento anti-hipertensivo, para avaliar a eficácia e o controle da pressão arterial ao longo do dia.
- Pacientes com suspeita de hipotensão ou variações pressóricas significativas.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica para a realização da MAPA.
        - Realizar uma anamnese breve, verificando o histórico de hipertensão ou hipotensão, medicamentos em uso, e fatores de risco cardiovasculares.
        - Explicar detalhadamente o exame ao paciente, assegurando que ele irá usar o dispositivo de MAPA por 24 horas, que medirá sua pressão arterial em intervalos regulares, e que deverá manter suas atividades diárias normais durante o exame.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Informar ao paciente que a braçadeira será ajustada em seu braço e que ele deverá evitar movimentar excessivamente o braço durante as medições para não interferir nos resultados.
        - O paciente deve ser orientado a não retirar o dispositivo durante o período de monitorização, exceto em situações de emergência.
        - Solicitar que o paciente mantenha um diário de atividades e sintomas, onde ele deve registrar os eventos mais importantes do dia, como refeições, atividades físicas, períodos de estresse, ingestão de medicamentos, e qualquer sintoma que experimente, como tontura, dor de cabeça, palpitações ou cansaço.
- Execução do Procedimento
    - Instalação do Dispositivo de MAPA:

- Posicionar a braçadeira adequadamente no braço do paciente, garantindo que esteja ajustada corretamente e confortável. A braçadeira deve ser colocada aproximadamente 2 cm acima da dobra do cotovelo.
- Conectar a braçadeira ao monitor de pressão arterial e fixar o dispositivo de MAPA na cintura ou ombro do paciente, de forma que ele possa carregar o dispositivo confortavelmente por 24 horas.
- Programação e Início da Monitorização:
- Programar o dispositivo para realizar medições automáticas da pressão arterial em intervalos regulares, geralmente a cada 20 a 30 minutos durante o dia e a cada 30 a 60 minutos durante o período noturno.
- Certificar-se de que o dispositivo está funcionando corretamente e que as primeiras medições de pressão arterial foram realizadas com sucesso.
- Explicar ao paciente que ele ouvirá o som do dispositivo a cada medição e que, nesse momento, ele deve parar de se movimentar e relaxar o braço onde a braçadeira está posicionada até que a medição seja concluída.

  - Diário do Paciente:
    - Fornecer ao paciente um diário de atividades para anotar horários e atividades diárias, como horários de alimentação, atividades físicas, horários de sono, e a ocorrência de sintomas como tontura, dor de cabeça, ou cansaço.
    - Reforçar que a correlação entre os dados registrados no monitor de pressão e as atividades relatadas no diário ajudará o médico a interpretar os resultados com maior precisão.

- Pós-Procedimento
  - Retorno e Retirada do Dispositivo:
    - Após o período de 24 horas, o paciente retorna à clínica para a retirada do dispositivo de MAPA.
    - Remover a braçadeira e o monitor com cuidado, verificando se o paciente experimentou algum desconforto durante o período de monitorização.
  - Análise dos Dados:
    - Transferir os dados registrados pelo dispositivo para o sistema de análise, que exibirá um relatório gráfico das medições de pressão arterial ao longo do dia e da noite.

        - Comparar as medições com o diário de atividades do paciente, observando se as flutuações da pressão arterial coincidem com eventos como atividade física, estresse, ingestão de alimentos ou repouso.
    - Emissão do Laudo:
        - O médico cardiologista ou responsável analisará os dados e emitirá um laudo com base nas medições de pressão arterial registradas, com destaque para as variações ao longo das 24 horas.
        - O laudo deverá identificar se o paciente apresenta padrões de hipertensão noturna, hipertensão sistólica isolada, ou hipertensão diurna, além de avaliar a eficácia de qualquer tratamento anti-hipertensivo em andamento.
- Pós-Exame e Orientações ao Paciente
    - Orientações Finais:
        - Informar ao paciente que o resultado será encaminhado ao médico solicitante para definição do diagnóstico e tratamento.
        - Em caso de qualquer irritação cutânea causada pela braçadeira, fornecer orientações sobre cuidados com a pele.
    - Encaminhamento para Tratamento ou Reavaliação:
        - Pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial confirmada ou que apresentam padrões anormais de pressão arterial devem ser encaminhados para reavaliação e ajuste de tratamento.
-

Cuidados de Segurança

- Monitorar pacientes que apresentem irritação ou lesão cutânea devido ao uso prolongado da braçadeira e ajustar seu posicionamento ou trocar de dispositivo, se necessário.
- Instruir o paciente a evitar molhar o dispositivo, protegendo-o de água e umidade durante as atividades diárias.
- Certificar-se de que o monitor de MAPA seja compatível com pacientes que utilizam marca-passos, evitando interferências no dispositivo.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição do Exame: Avaliar a necessidade de repetição do exame devido à qualidade inadequada das medições ou falhas no dispositivo.
- Precisão dos Dados: Garantir a correlação entre as atividades descritas no diário e os padrões de pressão arterial registrados pelo monitor.

- Satisfação do Paciente: Monitorar o conforto e a aceitação do paciente durante o período de monitorização, avaliando se o exame foi bem tolerado.
- Tempo Médio de Emissão de Laudos: O tempo médio entre a conclusão da MAPA e a emissão do laudo deve ser monitorado para garantir agilidade no diagnóstico.

Considerações Especiais

- A realização da MAPA em crianças exige maior atenção quanto ao tamanho da braçadeira e à frequência das medições. Dispositivos adaptados para pacientes pediátricos devem ser utilizados.
- Pacientes com limitações motoras ou cognitivas podem necessitar de assistência de cuidadores durante o exame para garantir que sigam as instruções corretamente.
- Pacientes com hipertensão que não respondem a múltiplos medicamentos podem se beneficiar da MAPA para identificar padrões de pressão arterial que não são evidentes em consultórios médicos.

POP - Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) - Mama e Tireoide

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização da Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) nas mamas e tireoide, visando à coleta de material citológico para avaliação de nódulos ou lesões suspeitas, facilitando o diagnóstico preciso de doenças benignas ou malignas.

Definição

A PAAF é um procedimento minimamente invasivo, no qual uma agulha fina é inserida no nódulo ou lesão para aspiração de células, que serão analisadas citologicamente. É amplamente utilizada no diagnóstico de nódulos tireoidianos e mamários, especialmente quando há suspeita de malignidade.

Materiais Necessários

- Agulhas finas (23G a 25G)
- Seringa descartável (5-10 ml)
- Porta-agulhas ou adaptador para PAAF
- Lâminas de vidro para coleta do material
- Fixador (álcool ou spray fixador)
- Campo estéril e compressas de gaze
- Luvas estéreis
- Antisséptico (clorexidina ou álcool 70%)

- Curativo adesivo
- Ultrassom (opcional para PAAF guiada)

População Alvo

- Pacientes com nódulos tireoidianos ou mamários detectados por exame clínico ou ultrassonografia.
- Pacientes com lesões palpáveis ou alterações detectadas em exames de imagem, suspeitas de neoplasias malignas ou processos inflamatórios.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e a solicitação médica para a realização da PAAF.
        - Realizar uma breve anamnese, verificando histórico de doenças na mama ou tireoide e medicamentos em uso.
        - Explicar detalhadamente o procedimento ao paciente, garantindo o entendimento sobre o procedimento e obtenção do consentimento informado.
    - Orientações Pré-Procedimento:
        - Informar que o paciente pode sentir uma leve dor ou desconforto no local da punção, mas que o procedimento é rápido e seguro.
        - Assegurar que não haverá necessidade de anestesia geral, pois o procedimento é realizado com anestesia local ou sem anestesia.
        - Reforçar que o paciente deve informar caso apresente algum quadro de infecção ou doença hemorrágica.
- Execução do Procedimento
    - Instalação e Preparação:
        - Posicionar o paciente de forma confortável, ajustando a posição para melhor acesso à mama ou tireoide.
        - Realizar antissepsia rigorosa da área a ser puncionada com solução antisséptica.
    - Procedimento:
        - PAAF Guiada por Ultrassom (opcional, mas recomendado): O ultrassom é utilizado para localizar com precisão a área do nódulo ou lesão.

        - Inserir a agulha fina na lesão ou nódulo e aspirar suavemente com a seringa para coletar células.
        - Repetir a punção, se necessário, para garantir amostras adequadas para análise citológica.
    - Coleta e Fixação do Material:
        - Depositar o material aspirado em lâminas de vidro e fixá-lo imediatamente com spray fixador ou álcool.
        - Identificar adequadamente as lâminas e preparar para envio ao laboratório de citopatologia.
- Pós-Procedimento
    - Curativo e Cuidados Imediatos:
        - Aplicar um curativo adesivo na área da punção e monitorar o paciente por alguns minutos para verificar qualquer desconforto.
        - Orientar o paciente a manter a área limpa e evitar traumas locais nas primeiras 24 horas.
    - Orientações Pós-Procedimento:
        - Explicar ao paciente sobre os sinais de complicações, como dor persistente, vermelhidão ou inchaço, e orientar a busca de atendimento médico se necessário.
        - Agendar consulta de retorno para discutir os resultados da citopatologia.
    - Envio e Análise Citopatológica: Encaminhar as lâminas com o material coletado ao laboratório de patologia para análise citológica detalhada.
    - Discussão dos Resultados: O médico responsável deve discutir os resultados com o paciente, planejando o seguimento ou tratamento conforme o diagnóstico.

Cuidados de Segurança

- Técnica Estéril: Manter rigor na técnica asséptica para evitar infecções.
- Uso adequado de EPIs para proteção do profissional de saúde e do paciente.
- Monitoramento pós-procedimento para detecção precoce de complicações, como hematoma, dor ou infecção.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição do Procedimento: Avaliar a necessidade de repetir o procedimento devido à amostra insuficiente.

- Taxa de Complicações: Monitorar a ocorrência de complicações como hematomas, dor intensa ou infecções após o procedimento.
- Precisão Diagnóstica: Verificar a adequação da coleta e a taxa de diagnósticos precisos com base no material obtido.

Considerações Especiais

- Pacientes com Distúrbios de Coagulação:
- Pacientes com histórico de distúrbios de coagulação ou que utilizam anticoagulantes devem ser avaliados previamente e, se necessário, suspender a medicação sob orientação médica.
- Pacientes Pediátricos:
- A realização de PAAF em crianças exige maior cuidado e preparação, além de suporte psicológico para garantir a colaboração durante o procedimento.
- Pacientes com Lesões Profundas:
- Lesões localizadas em áreas de difícil acesso podem necessitar de PAAF guiada por imagem para garantir a precisão da coleta.

POP - Radiologia

Objetivo

Estabelecer um protocolo detalhado para a realização segura, eficaz e precisa dos exames de radiologia, assegurando a obtenção de imagens de alta qualidade, que contribuam para o diagnóstico de diferentes patologias, garantindo a segurança do paciente e da equipe durante o processo de exposição aos raios-X.

Definição

A radiologia é um método de diagnóstico por imagem que utiliza radiação ionizante (raios-X) para obter imagens detalhadas de estruturas internas do corpo, como ossos, pulmões, tecidos moles e órgãos. Essas imagens são fundamentais para o diagnóstico de uma ampla gama de condições, como fraturas, infecções, tumores, e doenças pulmonares e abdominais. A radiologia também pode ser usada para guiar procedimentos terapêuticos minimamente invasivos.

Materiais Necessários

- Aparelho de raios-X: Equipamento que emite radiação ionizante para capturar imagens.
- Chassi ou receptor digital de imagens: Dispositivo que captura a imagem radiográfica.
- Equipamentos de Proteção Radiológica (EPIs): Aventais de chumbo, protetores de tireóide e óculos plumbíferos para a equipe e, quando necessário, para o paciente.

- Mesa de exames: Superfície para posicionamento do paciente.
- Colimador: Dispositivo para ajustar o feixe de raios-X à área de interesse.
- Dosímetro: Dispositivo para medir a exposição à radiação da equipe técnica.

População Alvo

- Pacientes que necessitam de avaliação por imagem de ossos, articulações, pulmões, tecidos moles, órgãos abdominais ou outros sistemas do corpo.
- Pacientes com fraturas, traumas, doenças pulmonares, tumores, condições inflamatórias, e infecções, entre outras.
- Pacientes em investigação ou monitoramento de condições como pneumonia, fraturas, tumores, cálculos renais ou problemas cardíacos.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e verificar a solicitação médica para o exame radiológico.
        - Realizar uma anamnese breve, investigando possíveis contraindicações ao exame, como gravidez ou alergias a contrastes, quando aplicável.
        - Explicar o procedimento ao paciente, ressaltando que o exame é rápido, indolor e seguro, com baixa exposição à radiação.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Pedir ao paciente que remova quaisquer acessórios metálicos da área a ser radiografada, como bijuterias, roupas com zíper ou botões de metal, próteses dentárias removíveis e óculos.
        - Se for necessário o uso de contraste, explicar ao paciente os possíveis efeitos colaterais e cuidados após o exame (ex.: ingestão de líquidos para eliminar o contraste).
        - Garantir que as mulheres em idade fértil não estejam grávidas, solicitando que informem qualquer suspeita de gravidez.
- Execução do Procedimento
    - Posicionamento do Paciente:
        - Posicionar o paciente na mesa de exame ou em pé, conforme a área do corpo a ser radiografada.

- Utilizar apoios e posicionadores para garantir o alinhamento correto da área a ser radiografada e evitar movimentações que possam prejudicar a qualidade da imagem.

- Proteção Radiológica:
  - Colocar aventais de chumbo e outros dispositivos de proteção nas áreas do corpo do paciente que não serão expostas aos raios-X, principalmente para proteger a tireoide, órgãos reprodutivos e o tórax, quando não forem áreas de interesse.
  - Certificar-se de que a equipe técnica está usando EPIs plumbíferos e posicionada de forma segura fora do campo de radiação.
  - Utilizar colimação adequada para focar o feixe de raios-X apenas na área de interesse, minimizando a exposição desnecessária.
- Aquisição da Imagem:
  - Ajustar os parâmetros técnicos do aparelho de raios-X, como o tempo de exposição, kilovoltagem (kV) e miliamperagem (mA), de acordo com a área a ser radiografada e a complexidade do exame.
  - Solicitar ao paciente que permaneça imóvel durante a exposição para evitar imagens borradas.
  - Realizar a exposição aos raios-X, garantindo que o feixe seja focado na área correta e que a imagem resultante esteja nítida e de boa qualidade diagnóstica.
- Revisão da Imagem:
  - Verificar imediatamente a qualidade da imagem radiográfica no monitor digital ou chassi, garantindo que a imagem esteja clara e suficiente para diagnóstico.
  - Caso necessário, repetir a exposição com ajustes nos parâmetros para garantir a qualidade diagnóstica.

- Pós-Procedimento
  - Orientação ao Paciente:
    - Após o exame, informar ao paciente que ele pode retomar suas atividades normais imediatamente, sem restrições.
    - Se o exame foi realizado com contraste, orientar o paciente a aumentar a ingestão de líquidos para facilitar a eliminação do contraste pelo corpo.
  - Entrega dos Resultados:

- Informar ao paciente sobre o tempo estimado para a entrega do laudo radiológico, que será realizado pelo médico radiologista.
- Explicar que o laudo será entregue diretamente ao médico solicitante ou que ele deverá retornar para discutir os resultados com seu médico.

- Manutenção e Limpeza do Equipamento
  - Limpeza e Higienização:
    - Realizar a limpeza dos equipamentos de radiografia entre os exames, garantindo que a mesa de exames e os suportes de posicionamento estejam devidamente higienizados.
    - Realizar a desinfecção conforme os protocolos de controle de infecção hospitalar.
  - Manutenção Preventiva: Manter o aparelho de raios-X e todos os equipamentos em manutenção preventiva regular, conforme especificado pelos fabricantes, para garantir a precisão diagnóstica e evitar falhas técnicas.

Cuidados de Segurança

- Garantir que a exposição à radiação seja o mínimo necessário para obter imagens de boa qualidade, utilizando a menor dose possível para evitar riscos à saúde.
- Monitorar a exposição dos profissionais com dosímetros, garantindo que os níveis de radiação estejam dentro dos limites de segurança.
- Para pacientes pediátricos e gestantes, aplicar doses extremamente reduzidas de radiação, e em gestantes, evitar o exame a menos que seja absolutamente necessário.
- Quando o uso de contraste for necessário, garantir que não há alergias conhecidas ao agente utilizado, e monitorar o paciente para possíveis reações adversas.
- Certificar-se de que o paciente está corretamente posicionado e que as áreas fora do campo de interesse estão protegidas por aventais de chumbo, reduzindo a exposição desnecessária.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição de Exames: Monitorar a taxa de exames que precisam ser repetidos devido a problemas técnicos ou imagens inadequadas.
- Precisão Diagnóstica: Garantir que as imagens obtidas sejam nítidas e suficientes para diagnóstico, com base em padrões de qualidade de imagem.
- Satisfação do Paciente: Avaliar a satisfação do paciente em relação ao conforto e clareza das orientações durante o exame.

- Tempo Médio de Exame: O tempo médio para a realização de um exame radiológico deve ser monitorado para garantir eficiência no atendimento.

Considerações Especiais

- Em pacientes pediátricos, utilizar doses de radiação reduzidas e manter maior proteção para minimizar os efeitos da radiação em corpos em crescimento. O uso de proteção plumbífera para outras áreas do corpo é imprescindível.
- Pacientes com limitações físicas ou cognitivas podem exigir auxílio adicional para posicionamento correto e imobilização durante o exame.
- Garantir que o paciente seja adequadamente hidratado após o uso de contraste iodado, minimizando o risco de complicações renais.

POP - Ressonância Magnética

Objetivo

Estabelecer um protocolo seguro, eficaz e padronizado para a realização da Ressonância Magnética (RM), assegurando a obtenção de imagens de alta qualidade para o diagnóstico preciso de diversas patologias, garantindo a segurança e o conforto do paciente durante o exame.

Definição

A Ressonância Magnética (RM) é um exame de imagem que utiliza campos magnéticos e ondas de rádio para gerar imagens detalhadas dos órgãos, tecidos moles, articulações e outras estruturas internas do corpo. Ao contrário da radiografia e tomografia, a RM não utiliza radiação ionizante, sendo especialmente útil na avaliação de tecidos moles, como o cérebro, coluna vertebral, articulações, vasos sanguíneos e órgãos abdominais.

Materiais Necessários

- Aparelho de Ressonância Magnética: Equipamento que gera campos magnéticos e ondas de rádio para a obtenção das imagens.
- Bobinas de Ressonância: Dispositivos que são posicionados ao redor da área a ser examinada para captar os sinais e criar imagens.
- Gadolínio: Agente de contraste utilizado em alguns exames de RM para realçar imagens de vasos sanguíneos e inflamações.
- EPIs: Aventais de proteção, máscara e luvas (quando aplicável).
- Protetores auriculares: Para atenuar o som do aparelho durante o exame.

- Botão de alarme: Dispositivo para que o paciente possa comunicar desconforto ou solicitar assistência durante o exame.

População Alvo

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de lesões em tecidos moles, como ligamentos, tendões, músculos e cartilagens.
- Pacientes com doenças neurológicas, como tumores cerebrais, aneurismas, esclerose múltipla ou doenças degenerativas da coluna.
- Pacientes em investigação de doenças cardíacas, abdominais, vasculares ou articulares.
- Pacientes com necessidade de avaliação pré-cirúrgica ou monitoramento pós-operatório.
- Pacientes que necessitam de exames sem exposição à radiação ionizante (ex.: crianças ou gestantes em casos específicos).

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica para o exame de RM.
        - Realizar uma anamnese breve, verificando se o paciente tem contraindicações ao exame, como dispositivos metálicos, marcapasso, próteses ou alergias ao contraste.
        - Informar ao paciente sobre o funcionamento do aparelho de RM, enfatizando que o exame é indolor e que é importante permanecer imóvel durante a aquisição das imagens.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Solicitar ao paciente que retire todos os objetos metálicos (jóias, relógios, cintos, grampos de cabelo, etc.), pois o campo magnético pode afetar o metal e comprometer a segurança e qualidade do exame.
        - Se for utilizado contraste, explicar ao paciente sobre o uso do gadolínio, seus efeitos, e possíveis reações alérgicas (raras). Garantir que o paciente não tenha histórico de insuficiência renal, pois o gadolínio pode ser contraindicado nesses casos.
        - Perguntar se o paciente tem claustrofobia, pois o exame pode causar desconforto em espaços fechados. Caso o paciente relate desconforto, poderá ser utilizado sedativo leve, se prescrito pelo médico.

- Execução do Procedimento
    - Posicionamento do Paciente:
        - Colocar o paciente deitado sobre a mesa móvel do aparelho de RM, garantindo que ele esteja confortável e bem posicionado.
        - Utilizar as bobinas de RM apropriadas para a área do corpo que será examinada. Essas bobinas ajudam a capturar as imagens com mais precisão.
        - Colocar protetores auriculares no paciente, pois o aparelho de RM emite sons altos durante o funcionamento.
        - Fornecer ao paciente o botão de alarme para que ele possa comunicar qualquer desconforto ou sensação de mal-estar durante o exame.
    - Realização do Exame:
        - Deslizar a mesa com o paciente para dentro do túnel do aparelho de RM e iniciar o exame.
        - Explicar ao paciente que ele ouvirá sons repetitivos durante o funcionamento do aparelho e que deverá permanecer completamente imóvel para garantir a qualidade das imagens.
        - Em casos de exames com contraste, o gadolínio será administrado por via intravenosa durante o exame para melhorar a visualização de estruturas como vasos sanguíneos, inflamações ou tumores.
        - O exame dura entre 30 a 90 minutos, dependendo da complexidade e do número de imagens necessárias.
    - Monitoramento Durante o Exame:
        - Manter comunicação com o paciente durante o exame, informando-o sobre o progresso e tranquilizando-o caso surjam dúvidas ou desconforto.
        - Monitorar constantemente o paciente e o equipamento para garantir que o exame esteja ocorrendo conforme planejado.
- Pós-Procedimento
    - Orientações ao Paciente:
        - Após o exame, remover as bobinas e auxiliar o paciente a sair da mesa de exames.
        - Caso tenha sido utilizado contraste, instruir o paciente a beber bastante água nas próximas 24 horas para ajudar a eliminar o gadolínio do organismo.

        - Verificar se o paciente está se sentindo bem antes de liberá-lo, especialmente em casos de administração de contraste ou sedação.
    - Entrega dos Resultados:
        - Informar ao paciente que as imagens serão analisadas por um médico radiologista, que emitirá um laudo a ser entregue ao médico solicitante.
        - Explicar o tempo previsto para que o laudo fique disponível, orientando o paciente a agendar o retorno com o médico solicitante para discussão dos resultados.
- Manutenção e Limpeza do Equipamento
    - Limpeza e Higienização:
    - Realizar a limpeza das bobinas e da mesa do aparelho após cada exame, utilizando produtos desinfetantes adequados.
    - Garantir a higienização das áreas de contato com o paciente e manter o ambiente estéril.
    - Manutenção Preventiva:
    - Garantir que o aparelho de RM passe por manutenção regular, conforme as recomendações do fabricante, para assegurar o correto funcionamento e a obtenção de imagens de alta qualidade.

Cuidados de Segurança

- Pacientes com marcapassos, clipes de aneurisma, implantes cocleares ou próteses metálicas não devem ser submetidos à RM, exceto sob orientação específica. Esses dispositivos podem ser deslocados pelo campo magnético ou causar interferências.
- Pacientes com claustrofobia podem necessitar de sedação leve durante o exame. Avaliar o uso de aparelhos de RM abertos, quando disponíveis.
- Antes de administrar gadolínio, garantir que o paciente não tenha histórico de insuficiência renal ou alergias ao contraste. Monitorar reações adversas durante e após o exame, principalmente em pacientes com doenças renais.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição de Exames: Monitorar a taxa de exames que precisam ser repetidos devido à movimentação do paciente ou problemas técnicos.
- Precisão Diagnóstica: Garantir que as imagens capturadas sejam claras e detalhadas, permitindo um diagnóstico preciso.

- Satisfação do Paciente: Avaliar o conforto do paciente durante o exame e a clareza das instruções fornecidas.
- Tempo Médio de Exame: Monitorar a duração média do exame para garantir eficiência e qualidade no atendimento.

Considerações Especiais

- Crianças podem necessitar de sedação leve para garantir que permaneçam imóveis durante o exame. O uso de equipamentos pediátricos e a presença de um cuidador próximo podem tranquilizar o paciente.
- Pacientes com dificuldades motoras ou condições que limitam sua capacidade de permanecer imóveis devem receber orientação e auxílio adicional para garantir a segurança durante o exame.
- Pacientes com insuficiência renal devem ser avaliados antes da administração de gadolínio, pois o contraste pode aumentar o risco de complicações, como fibrose sistêmica nefrogênica.

POP - Teste Ergométrico

Objetivo

Estabelecer um protocolo padronizado para a realização do Teste Ergométrico, assegurando a execução segura e eficaz do exame, que avalia a resposta cardiovascular ao esforço físico. O exame é utilizado para diagnosticar doenças cardíacas, monitorar a função cardíaca e a resposta ao tratamento.

Definição

O Teste Ergométrico, também conhecido como teste de esforço, é um exame não invasivo que avalia o funcionamento do coração durante o esforço físico controlado, geralmente em uma esteira ergométrica ou bicicleta ergométrica. Ele monitora o eletrocardiograma (ECG) e a pressão arterial enquanto o paciente realiza atividades físicas progressivas e graduadas, possibilitando a identificação de isquemia miocárdica, arritmias e outras disfunções cardíacas que podem não ser detectadas em repouso.

Materiais Necessários

- Esteira ergométrica ou bicicleta ergométrica: Equipamentos para proporcionar o esforço físico controlado.
- Eletrocardiógrafo: Para monitoramento contínuo da atividade elétrica do coração.

- Esfigmomanômetro e estetoscópio: Para medir a pressão arterial em repouso e durante o esforço.
- Oxímetro de pulso: Para monitorar a saturação de oxigênio durante o exame.
- EPIs: Luvas e máscaras, quando necessário.
- Desfibrilador: Equipamento de emergência em caso de parada cardíaca.

População Alvo

- Pacientes com suspeita de doença arterial coronariana (DAC).
- Pacientes com histórico de angina, arritmias cardíacas ou infarto do miocárdio, para monitorar a função cardíaca sob estresse.
- Pacientes em acompanhamento de tratamento cardíaco, incluindo uso de medicamentos antiarrítmicos e anti-hipertensivos.
- Pacientes que necessitam de avaliação da capacidade física e tolerância ao esforço em condições como hipertensão, insuficiência cardíaca ou após reabilitação cardíaca.
- Pacientes com fatores de risco cardiovascular, como hipertensão, diabetes e dislipidemia.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica para o teste ergométrico.
        - Realizar uma anamnese breve, verificando fatores de risco cardiovascular, história prévia de doenças cardíacas, uso de medicamentos, e possíveis contraindicações ao esforço físico (como arritmias graves, doenças pulmonares ou ortopédicas).
        - Explicar o procedimento ao paciente, informando que o exame simula o aumento progressivo da intensidade do esforço físico, e que o coração será monitorado durante todo o tempo.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Pedir ao paciente que esteja em jejum leve nas 2 a 3 horas que antecedem o exame e que evite o uso de bebidas cafeinadas ou estimulantes.
        - Solicitar que o paciente use roupas confortáveis e tênis apropriados para atividades físicas.

- Informar que o exame será interrompido imediatamente se o paciente sentir dor no peito, tontura, falta de ar severa ou qualquer outro sintoma incomum.

- Execução do Procedimento
  - Monitoramento Inicial e Preparação:
    - Posicionar os eletrodos no tórax do paciente para o monitoramento contínuo do eletrocardiograma (ECG).
    - Medir e registrar a pressão arterial e a frequência cardíaca em repouso, antes do início do esforço.
    - Garantir que todos os dispositivos de monitoramento estejam conectados corretamente e em boas condições de funcionamento.
    - Avaliar o estado inicial do paciente e confirmar que ele está apto para iniciar o teste.
  - Início do Teste de Esforço:
    - Iniciar o teste com o paciente caminhando lentamente na esteira ergométrica ou pedalando na bicicleta ergométrica. A intensidade do esforço será aumentada gradualmente, de acordo com protocolos padronizados, como o Protocolo de Bruce (em que a velocidade e a inclinação da esteira aumentam a cada 3 minutos).
    - Monitorar continuamente o eletrocardiograma e a pressão arterial do paciente durante o esforço, anotando as variações de frequência cardíaca, pressão e outros parâmetros fisiológicos.
  - Progresso e Monitoramento Contínuo:
    - Aumentar a intensidade do esforço a cada estágio, conforme o protocolo adotado, até que o paciente atinja sua frequência cardíaca máxima ou demonstre sinais de cansaço excessivo.
    - Perguntar ao paciente periodicamente sobre sua sensação de esforço, presença de dor no peito, ou outros sintomas, e registrar os valores de pressão arterial e frequência cardíaca em cada estágio.
    - O exame será interrompido caso o paciente apresente alterações graves no ECG, sintomas severos de desconforto, ou atinja o limite de segurança para sua condição cardiovascular.
  - Interrupção e Fase de Recuperação:

- Encerrar o teste quando o paciente atingir sua frequência cardíaca alvo, demonstrar sinais de fadiga ou apresentar alterações clínicas que indiquem a necessidade de parar.
- Monitorar o eletrocardiograma e a pressão arterial na fase de recuperação, enquanto o paciente caminha em ritmo leve ou repousa, por um período de 5 a 10 minutos, até que os sinais vitais retornem ao nível de repouso.

- Pós-Procedimento
  - Orientações ao Paciente:
    - Após a conclusão do exame, o paciente deve ser instruído a permanecer em repouso por alguns minutos para garantir que os sinais vitais retornem aos níveis basais.
    - Verificar o estado geral do paciente e assegurar que ele não está experimentando sintomas adversos após o esforço.
  - Entrega dos Resultados:
    - Assegurar que o eletrocardiograma registrado durante o teste e as medições da pressão arterial e da frequência cardíaca sejam analisadas pelo médico responsável.
    - Informar ao paciente sobre o tempo previsto para a emissão do laudo e orientá-lo a agendar consulta com o médico solicitante para discussão dos resultados.
- Manutenção e Limpeza do Equipamento
  - Limpeza dos Eletrodos e Equipamentos: Realizar a higienização dos eletrodos, da esteira ou bicicleta ergométrica e de todos os dispositivos de monitoramento após cada exame, utilizando produtos de limpeza recomendados.
  - Manutenção Preventiva: Garantir que a esteira ergométrica, bicicleta ergométrica e eletrocardiógrafo sejam submetidos a manutenção preventiva regular, conforme especificado pelo fabricante, para evitar falhas técnicas e assegurar o correto funcionamento dos equipamentos.

Cuidados de Segurança

- Manter o paciente sob monitoramento contínuo de ECG, pressão arterial e sintomas durante todo o exame, incluindo a fase de recuperação.
- Interromper o exame imediatamente caso o paciente apresente arritmias graves, dor torácica intensa, hipotensão significativa ou outros sinais de comprometimento cardiovascular.

- Ter sempre um desfibrilador e equipamentos de reanimação disponíveis na sala de exame, para o caso de emergência.

Indicadores de Qualidade

Taxa de Repetição de Exames: Monitorar a frequência de exames que precisam ser repetidos por falhas técnicas ou por resultados inconclusivos.

Precisão Diagnóstica: Garantir que as informações obtidas no teste ergométrico sejam de qualidade suficiente para fornecer um diagnóstico claro.

Satisfação do Paciente: Avaliar o conforto do paciente e a clareza das explicações fornecidas durante o exame.

Taxa de Complicações: Monitorar o número de eventos adversos ou complicações durante o exame.

Considerações Especiais

- Para pacientes com baixa tolerância ao esforço ou limitações físicas, pode ser utilizada a banda ergométrica ajustável para simular exercícios mais leves e progressivos.
- Pacientes com condições como asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) devem ser monitorados com atenção especial, e o exame deve ser interrompido se surgirem dificuldades respiratórias.
- Pacientes que estão participando de programas de reabilitação cardíaca devem ser cuidadosamente avaliados quanto à sua capacidade de esforço físico, com o teste ergométrico sendo adaptado ao seu nível de reabilitação.

POP - Tomografia Computadorizada (TC)

Objetivo

Estabelecer um protocolo padronizado para a realização da Tomografia Computadorizada (TC), garantindo a segurança do paciente, a obtenção de imagens de alta qualidade e o uso adequado da radiação ionizante durante o exame. O objetivo é fornecer diagnósticos precisos e detalhados das estruturas internas do corpo, permitindo uma melhor avaliação clínica.

Definição

A Tomografia Computadorizada (TC) é um exame de imagem que utiliza raios-X e processamento computadorizado para obter imagens seccionais detalhadas das estruturas internas do corpo, como ossos, órgãos, tecidos moles e vasos sanguíneos. Este exame é

amplamente utilizado para diagnosticar condições como tumores, fraturas, doenças vasculares, infecções, entre outras.

Materiais Necessários

- Aparelho de Tomografia Computadorizada: Equipamento que emite raios-X e usa um detector para gerar imagens transversais do corpo.
- Meio de Contraste (Iodado): Para melhorar a visualização de estruturas vasculares e de tecidos moles (quando necessário).
- Seringa automática de contraste: Para injeção do contraste intravenoso.
- EPIs: Avental de chumbo, máscara, luvas.
- Dosímetro: Para monitoramento da exposição à radiação da equipe.
- Macas ou suportes para posicionamento: Para garantir o conforto e a imobilização adequada do paciente durante o exame.
- Suporte de emergência (kit de primeiros socorros e desfibrilador): Para emergências, como reações adversas ao contraste.

População Alvo

- Pacientes com suspeita ou diagnóstico de doenças que afetam os órgãos internos, como tumores, hemorragias, infecções, doenças cardiovasculares, ou fraturas.
- Pacientes que necessitam de avaliação pré-cirúrgica detalhada.
- Pacientes que necessitam de avaliação vascular, incluindo aneurismas, tromboses e outras patologias vasculares.
- Pacientes com traumas que necessitam de uma avaliação mais precisa de fraturas ou hemorragias.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e verificar a solicitação médica para a realização da tomografia.
        - Realizar uma anamnese breve, investigando condições médicas relevantes, como alergias, especialmente a meios de contraste, insuficiência renal, gravidez ou histórico de doenças que possam interferir no exame.

- Explicar detalhadamente o procedimento ao paciente, incluindo a possibilidade de administração de contraste intravenoso, quando necessário.

- Orientações Pré-Exame:
  - Solicitar ao paciente que remova objetos metálicos, como joias, óculos, próteses dentárias removíveis e roupas com componentes metálicos, pois esses itens podem interferir nas imagens.
  - Em casos de exame com contraste iodado, garantir que o paciente esteja adequadamente hidratado antes do exame e orientar que ele evite a ingestão de alimentos e líquidos nas 4 horas anteriores ao procedimento.
  - Para pacientes com suspeita de gravidez, garantir que o exame seja realizado apenas se extremamente necessário, após avaliação médica e com proteção adicional.

- Execução do Procedimento
  - Posicionamento do Paciente:
    - Colocar o paciente deitado na mesa do aparelho de tomografia, garantindo que ele esteja confortável e que a área de interesse esteja corretamente posicionada.
    - Utilizar suportes ou cintos de imobilização para evitar movimentações que possam comprometer a qualidade da imagem.
    - Administração do Contraste (quando necessário):
    - Explicar ao paciente que o meio de contraste iodado pode causar uma leve sensação de calor ou um gosto metálico na boca após a injeção.
    - Administrar o contraste por via intravenosa utilizando uma seringa automática, monitorando o paciente para possíveis reações alérgicas durante e após o procedimento.
    - Em caso de contraindicações ao uso de contraste (como insuficiência renal ou alergia prévia), utilizar exames sem contraste ou alternativas, conforme orientação médica.
  - Aquisição das Imagens:
    - Iniciar o exame e programar o aparelho de tomografia para capturar as imagens da área a ser examinada. O equipamento realiza imagens transversais em cortes finos, que são processadas por um computador para criar representações tridimensionais.

        - O paciente deve ser orientado a permanecer imóvel durante o exame e a prender a respiração quando solicitado, para evitar borramento das imagens, especialmente em tomografias de tórax e abdômen.
        - Monitorar o paciente constantemente durante o exame, certificando-se de que ele está confortável e não apresentando reações adversas ao contraste (se utilizado).
    - Finalização do Exame:
        - Após a captura das imagens, remover o paciente da mesa e auxiliá-lo, caso necessário, na saída da sala de exames.
        - Avaliar o estado geral do paciente, principalmente em casos de uso de contraste, e manter o paciente em observação por alguns minutos antes de liberá-lo.
- Pós-Procedimento
    - Orientações ao Paciente:
        - Informar ao paciente que ele pode retornar às suas atividades normais imediatamente, exceto em casos onde foi utilizado contraste intravenoso, onde deve ser orientado a beber bastante água nas próximas 24 horas para ajudar a eliminar o contraste do organismo.
        - Verificar o estado clínico do paciente antes de liberá-lo, assegurando que não houve reações adversas.
    - Entrega dos Resultados:
        - Informar ao paciente sobre o tempo previsto para a emissão do laudo da tomografia, que será analisado por um médico radiologista.
        - Explicar que o laudo será entregue diretamente ao médico solicitante ou, em alguns casos, ao próprio paciente para agendar a próxima consulta.
- Manutenção e Limpeza do Equipamento
    - Limpeza e Higienização:
        - Após cada exame, realizar a limpeza e higienização do equipamento, incluindo a mesa de exames, as superfícies de contato e os acessórios, utilizando produtos adequados para desinfecção.
        - Garantir a desinfecção apropriada, especialmente após o uso de contraste intravenoso, para evitar contaminações.
    - Manutenção Preventiva: Realizar a manutenção preventiva do equipamento de tomografia conforme as recomendações do fabricante, assegurando o funcionamento adequado e a qualidade das imagens.

Cuidados de Segurança

- Utilizar a menor dose de radiação possível para garantir a qualidade das imagens, seguindo os princípios de proteção radiológica (ALARA - As Low As Reasonably Achievable).
- Monitorar a exposição à radiação da equipe com dosímetros individuais, para garantir que os limites de segurança não sejam excedidos.
- Garantir que o paciente não tenha histórico de alergia ao contraste iodado ou insuficiência renal, realizando exames de sangue (como creatinina) quando necessário.
- Estar preparado para manejar reações adversas ao contraste, que podem incluir náuseas, coceira, dificuldade para respirar e, em raros casos, choque anafilático. Um kit de emergência com medicamentos antialérgicos e equipamento de reanimação deve estar disponível.
- Em pacientes grávidas, evitar a exposição a raios-X, exceto em casos de extrema necessidade. Quando o exame for imprescindível, utilizar proteção plumbífera para o abdômen e avaliar a necessidade de medidas adicionais de proteção.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição de Exames: Monitorar o número de exames que precisam ser repetidos por problemas técnicos ou imagens inadequadas.
- Precisão Diagnóstica: Avaliar a qualidade das imagens capturadas e garantir que elas sejam suficientes para fornecer um diagnóstico claro.
- Satisfação do Paciente: Monitorar o nível de conforto e a clareza das explicações fornecidas ao paciente durante o exame.
- Tempo Médio de Exame: Avaliar a duração do procedimento e a eficiência do atendimento ao paciente.

Considerações Especiais

- Em crianças, utilizar doses reduzidas de radiação e fornecer orientação adequada aos pais ou responsáveis para minimizar a ansiedade durante o exame.
- Pacientes com limitações físicas, cognitivas ou mobilidade reduzida podem exigir suporte adicional para posicionamento e assistência durante o exame.
- Pacientes com implantes metálicos, stents, marcapassos ou outros dispositivos devem ser avaliados cuidadosamente para evitar interferências com as imagens ou complicações relacionadas ao exame.

POP - Ultrassonografia

Objetivo

Estabelecer um protocolo seguro e eficaz para a realização da Ultrassonografia (USG), garantindo a qualidade das imagens e a segurança do paciente durante o procedimento. O objetivo é obter dados diagnósticos precisos para avaliação de diferentes órgãos e estruturas corporais, além de monitorar condições clínicas, utilizando também o Doppler colorido e pulsado quando necessário.

Definição

A Ultrassonografia (USG) é um exame de imagem não invasivo que utiliza ondas sonoras de alta frequência para gerar imagens em tempo real de órgãos, tecidos moles e vasos sanguíneos. É amplamente usada para o diagnóstico de diversas condições médicas, como doenças abdominais, ginecológicas, vasculares e articulares, além de ser fundamental no acompanhamento gestacional.

Materiais Necessários

- Aparelho de Ultrassom: Equipamento responsável por emitir ondas sonoras e processar as imagens geradas.
- Transdutores: Diferentes tipos (convexo, linear, transvaginal, etc.), adequados ao exame específico.
- Gel Condutor: Para melhorar a condução das ondas sonoras entre o transdutor e a pele.
- EPIs: Luvas, máscara e avental (quando necessário).
- Protetores de Transdutor: Para exames intracavitários, como transvaginais ou transretais.
- Documentação: Fichas de laudos, impressões de imagens e relatórios médicos.

População Alvo

- Pacientes que necessitam de avaliação ou monitoramento de órgãos abdominais, ginecológicos, tireoide, articulações e fluxo sanguíneo.
- Gestantes para acompanhamento do desenvolvimento fetal e detecção de anomalias.
- Pacientes com condições vasculares para avaliação de fluxo sanguíneo e diagnóstico de tromboses, insuficiências arteriais, entre outras.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem:

- Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica para o exame de USG.
- Realizar uma anamnese breve, verificando histórico de doenças relacionadas à área de exame e possíveis restrições alimentares ou orientações prévias (como jejum em exames abdominais ou ingestão de líquidos para exames pélvicos).

- Orientações Pré-Exame:
  - Orientar o paciente sobre a necessidade de remoção de roupas ou objetos metálicos na área de exame.
  - Informar que o exame é indolor e que o gel aplicado na pele é necessário para melhorar a captação das imagens.
  - Em exames que envolvam a bexiga cheia (pélvico e aparelho urinário), solicitar que o paciente ingira água conforme as instruções prévias e evite urinar até a conclusão do exame.

- Execução do Exame
  - Posicionamento do Paciente:
    - Colocar o paciente em uma posição confortável e adequada ao tipo de exame (supino, lateral, ou em posição ginecológica no caso de ultrassonografia transvaginal).
    - Aplicar o gel condutor na área de exame para facilitar a transmissão das ondas ultrassônicas.
  - Aquisição de Imagens:
    - Utilizar o transdutor apropriado ao exame solicitado e movimentá-lo na área a ser examinada, ajustando o ângulo e a profundidade para capturar imagens em diferentes planos.
    - Em exames com Doppler colorido ou pulsado, ativar o modo Doppler para visualizar e medir o fluxo sanguíneo nos vasos.
    - Durante o exame, solicitar que o paciente realize manobras respiratórias (ex.: prender a respiração) para melhorar a visualização de órgãos específicos.
    - Registrar imagens e vídeos para avaliação diagnóstica e documentar as estruturas avaliadas conforme protocolo.
  - Procedimentos Específicos: Abaixo estão as especificações dos exames comumente realizados por ultrassonografia:

- Abdômen Superior: Avaliação dos órgãos do trato digestivo, como fígado, vesícula biliar, pâncreas, vias biliares e baço, para investigar inflamações, tumores, cálculos biliares ou anomalias hepáticas.
- Abdômen Total: Avaliação abrangente dos órgãos abdominais, incluindo fígado, rins, bexiga, vesícula, intestinos e pâncreas, para diagnóstico de doenças inflamatórias, tumores, cálculos, obstruções ou infecções.
- Aparelho Urinário: Avaliação dos rins e da bexiga para detecção de cálculos, dilatação renal, infecções ou anomalias estruturais.
- Articulação: Avaliação das articulações para identificar lesões em tecidos moles, inflamações, derrames articulares, lesões ligamentares ou tendíneas.
- Bolsa Escrotal: Avaliação do escroto e testículos para diagnóstico de varicocele, torção testicular, cistos, massas ou inflamações.
- Próstata (via transretal e abdominal): Avaliação da próstata, com a abordagem transretal sendo utilizada para exames mais detalhados, principalmente em pacientes com suspeita de hipertrofia prostática, inflamações ou tumores.
- Tireoide: Avaliação detalhada da glândula tireoide para identificação de nódulos, cistos, hipertrofias, doenças autoimunes (como tireoidite de Hashimoto) ou tumores.
- Doppler de Fluxo Obstétrico: Avaliação do fluxo sanguíneo materno-fetal para monitorar a circulação entre mãe e feto, garantindo o desenvolvimento fetal adequado e identificando possíveis complicações vasculares.
- Mamária Bilateral: Avaliação das mamas para detecção de nódulos, cistos, massas ou alterações estruturais que possam sugerir malignidades ou anomalias benignas.
- Obstétrica e Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado: Acompanhamento do desenvolvimento fetal, avaliação da placenta, líquido amniótico e fluxo sanguíneo do cordão umbilical, para identificar anomalias ou complicações gestacionais.
- Pélvica (Ginecológica): Avaliação dos órgãos reprodutivos femininos, como útero, ovários e trompas, para diagnóstico de cistos ovarianos, endometriose, miomas uterinos ou outras condições ginecológicas.

        - Transfontanela: Avaliação das estruturas cerebrais em recém-nascidos e lactentes por meio da fontanela, para detecção de hemorragias, hidrocefalia, infecções ou outras anomalias cerebrais.
        - Transvaginal: Avaliação detalhada dos órgãos pélvicos femininos (útero, ovários e trompas) utilizando um transdutor inserido na vagina, oferecendo imagens de alta resolução para diagnósticos ginecológicos, incluindo infertilidade, sangramento anormal ou tumores.
- Pós-Procedimento
    - Orientações ao Paciente:
        - Remover o gel condutor da pele e auxiliar o paciente a se recompor.
        - Informar que o paciente pode retomar suas atividades normais imediatamente, exceto em casos de uso de contraste, onde deve ser orientado a ingerir líquidos para facilitar a eliminação do contraste.
    - Entrega dos Resultados:
        - Explicar ao paciente o tempo estimado para a emissão do laudo e orientá-lo a procurar o médico solicitante para avaliação dos resultados.
        - Assegurar que as imagens e laudos sejam corretamente arquivados e encaminhados ao médico responsável.
- Manutenção e Limpeza do Equipamento Após cada exame, realizar a higienização completa do transdutor, especialmente após exames intracavitários, utilizando produtos de desinfecção adequados.
- Manutenção Preventiva: Garantir que o equipamento de ultrassonografia passe por manutenção preventiva regular, conforme as orientações do fabricante, para manter a qualidade de imagem e o desempenho adequado.

Cuidados de Segurança

- Garantir a correta desinfecção de transdutores e acessórios, principalmente em exames intracavitários, para evitar infecções cruzadas.
- Certificar-se de que a intensidade e a frequência das ondas sonoras estão adequadas à região anatômica examinada, evitando qualquer risco de dano térmico ou mecânico ao paciente.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Repetição de Exames: Monitorar a frequência de exames que precisam ser repetidos devido a erros técnicos ou imagens inadequadas.

- Qualidade das Imagens: Avaliar a nitidez e a qualidade das imagens para garantir diagnósticos precisos.
- Satisfação do Paciente: Acompanhar o nível de satisfação do paciente quanto ao conforto e clareza das orientações recebidas.
- Tempo Médio de Exame: Acompanhar a duração do exame para garantir eficiência no atendimento sem comprometer a qualidade.

Considerações Especiais

- Garantir que os pacientes pediátricos sejam acompanhados por um responsável e utilizar técnicas que minimizem a ansiedade e promovam a colaboração da criança durante o exame.
- Em exames obstétricos, garantir que a avaliação fetal seja feita conforme os parâmetros apropriados para cada trimestre, com foco no desenvolvimento e na segurança tanto do feto quanto da gestante.

POP - Urodinâmica

Objetivo

Estabelecer um protocolo padronizado para a realização do exame de urodinâmica, que avalia o funcionamento da bexiga e uretra, garantindo a segurança do paciente, a qualidade dos resultados e o uso adequado das técnicas de avaliação funcional do trato urinário inferior.

Definição

A Urodinâmica é um exame que avalia a função da bexiga e uretra durante o armazenamento e esvaziamento da urina. Ele mede as pressões da bexiga, o fluxo urinário e a atividade dos músculos do trato urinário inferior. É utilizado principalmente para diagnosticar incontinência urinária, dificuldade para urinar, problemas de esvaziamento da bexiga e outras disfunções urinárias.

Materiais Necessários

- Cateteres de pressão: Para medir a pressão dentro da bexiga e uretra.
- Sondas vesicais: Para a inserção e retirada de líquido na bexiga.
- Cistômetro: Equipamento que mede a capacidade da bexiga e a pressão intravesical.
- Manômetros: Para medir a pressão intra-abdominal e intra-vesical.
- Sistema de análise de fluxo urinário (urofluxômetro).

- Monitor de vídeo: Para acompanhar o exame e registrar os resultados.
- Luvas estéreis, avental e máscara.
- Solução salina estéril: Para encher a bexiga durante o exame.
- Gel anestésico: Para aplicação no local de inserção dos cateteres.
- Sistema de registro gráfico: Para documentar os resultados do exame.

População Alvo

- Pacientes com incontinência urinária (de esforço, de urgência ou mista).
- Pacientes com retenção urinária ou dificuldades para urinar.
- Pacientes com doenças neurológicas que afetam a função urinária (como esclerose múltipla ou lesões medulares).
- Pacientes com histórico de infeções urinárias recorrentes.
- Pacientes com disfunções urinárias relacionadas à próstata ou ao trânsito vesical.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica para o exame de urodinâmica.
        - Realizar uma anamnese breve, verificando histórico de problemas urinários, cirurgias anteriores no trato urinário, uso de medicações e possíveis condições que possam interferir no exame, como infecções ativas.
        - Explicar ao paciente o procedimento detalhadamente, informando que o exame pode causar leve desconforto devido à inserção dos cateteres, mas que é um procedimento rápido e minimamente invasivo.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Solicitar que o paciente vazio a bexiga antes do início do exame.
        - Garantir que o paciente esteja em jejum leve, dependendo da recomendação médica, e que ele não tenha ingerido grandes volumes de líquidos imediatamente antes do exame.
        - Aplicar um gel anestésico na região uretral para minimizar o desconforto durante a inserção dos cateteres.
- Execução do Procedimento
    - Inserção dos Cateteres:

- Com o paciente deitado em posição supina, proceder com a inserção de um cateter vesical estéril através da uretra para medir a pressão da bexiga.
- Inserir um cateter retal ou abdominal para medir a pressão intra-abdominal.
- Conectar os cateteres aos manômetros e ao cistômetro, garantindo que os sensores estejam calibrados para medir com precisão a pressão.

- Enchimento Vesical:
  - Introduzir lentamente uma solução salina estéril pela sonda vesical, monitorando a pressão intravesical em tempo real. Durante este processo, o paciente será solicitado a informar quando sentir o desejo de urinar.
  - A capacidade vesical máxima será avaliada observando o volume de líquido inserido e a pressão correspondente.
- Testes de Esvaziamento e Fluxo Urinário:
  - Após o enchimento máximo da bexiga, o paciente será solicitado a esvaziar a bexiga de maneira natural, e o fluxo urinário será registrado pelo sistema de urofluxometria.
  - Medir a pressão durante o esvaziamento e a força do jato urinário, identificando quaisquer obstruções ou dificuldades de esvaziamento.
- Manobras Provocativas: Durante o exame, o paciente pode ser solicitado a realizar manobras provocativas (como tossir, contrair o abdômen) para avaliar possíveis vazamentos de urina (incontinência de esforço) e verificar a função da uretra durante o aumento da pressão abdominal.
- Registro Gráfico: Todas as pressões, fluxos e volumes serão registrados graficamente pelo sistema de registro urodinâmico, o que permitirá uma análise detalhada das fases de enchimento e esvaziamento da bexiga.

- Pós-Procedimento
  - Remoção dos Cateteres:
    - Após o término do exame, os cateteres serão removidos com cuidado e o gel anestésico será limpo da região.
    - Garantir que o paciente urine novamente após o exame para verificar se há alguma dificuldade de esvaziamento residual.
  - Orientações ao Paciente:
    - Informar ao paciente que ele pode experimentar leve ardência ao urinar nas primeiras horas após o exame, o que é normal devido à inserção dos cateteres.

        - Recomendar que o paciente beba bastante líquido nas próximas 24 horas para ajudar a aliviar qualquer irritação e prevenir infecções.
        - Caso haja sinais de infecção urinária (dor persistente, febre, sangue na urina), o paciente deverá procurar atendimento médico.
    - Entrega dos Resultados:
        - Explicar ao paciente que o laudo urodinâmico será emitido e enviado ao médico solicitante para discussão em consulta.
        - Orientar o paciente a agendar a consulta de retorno para análise dos resultados e definição do plano de tratamento.
- Manutenção e Limpeza do Equipamento
    - Limpeza dos Cateteres e Equipamentos:
        - Os cateteres e sondas de pressão devem ser descartáveis ou devidamente esterilizados conforme as normas de controle de infecções.
        - Limpar o cistômetro e os manômetros após cada uso, utilizando soluções desinfetantes apropriadas.
    - Manutenção Preventiva: O equipamento de urodinâmica deve passar por manutenção regular, garantindo a calibração precisa dos manômetros e sensores de fluxo para assegurar a qualidade dos resultados.

Cuidados de Segurança

- Utilizar técnicas estéreis durante a inserção dos cateteres para evitar infecções urinárias, e seguir os protocolos de desinfecção rigorosa dos equipamentos.
- Durante o exame, observar sinais de desconforto severo, dor ou reações adversas, e interromper o procedimento se necessário.
- Garantir que o paciente não tenha alergias ao gel anestésico ou outros materiais usados durante o exame.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Complicações: Monitorar eventos adversos, como infecções urinárias, desconforto grave ou reações alérgicas após o exame.
- Precisão dos Resultados: Avaliar a qualidade e confiabilidade das medições de pressão e fluxo urinário.
- Satisfação do Paciente: Monitorar o conforto e a clareza das orientações dadas ao paciente durante o procedimento.

- Taxa de Repetição de Exames: Avaliar se os exames estão sendo realizados adequadamente ou se precisam ser repetidos devido a falhas técnicas.

Considerações Especiais

- Pacientes com Necessidades Especiais:
- Pacientes com limitações motoras ou cognitivas podem exigir auxílio extra para posicionamento adequado durante o exame.
- Pacientes Pediátricos:
- Em crianças, o exame deve ser realizado com sensibilidade especial, utilizando técnicas de distração para reduzir a ansiedade.

POP - Videolaringoscopia

Objetivo

Estabelecer um protocolo padronizado para a realização da Videolaringoscopia, garantindo a segurança do paciente e a obtenção de imagens de alta qualidade da laringe e das cordas vocais. O objetivo é permitir o diagnóstico e monitoramento de condições que afetam as vias aéreas superiores, especialmente a laringe.

Definição

A Videolaringoscopia é um exame endoscópico que permite a visualização direta da laringe, faringe e cordas vocais. É realizada com a introdução de um laringoscópio com câmera acoplada (fibra óptica) através do nariz ou boca, permitindo capturar imagens em tempo real e realizar gravações para análise. É um exame essencial para diagnosticar disfunções da voz, infecções, lesões, tumores e outras patologias da região laríngea.

Materiais Necessários

- Videolaringoscópio: Equipamento com câmera e fonte de luz para visualização da laringe.
- Monitor de vídeo: Para exibir as imagens em tempo real.
- Sonda de fibra óptica flexível ou rígida: Para a inserção nas vias aéreas superiores.
- Desinfetante apropriado: Para limpeza e esterilização do videolaringoscópio entre os exames.
- Luva estéril, máscara e avental.
- Anestésico tópico (lidocaína spray): Para anestesiar a área de inserção (nariz ou garganta).
- Soro fisiológico: Para limpeza e umidificação.

- Pinça de biópsia (se necessário): Para coleta de amostras de tecido em casos de suspeita de lesão ou tumor.

População Alvo

- Pacientes com alterações na voz (disfonias, rouquidão).
- Pacientes com suspeita de lesões nas cordas vocais ou na laringe.
- Pacientes com dificuldade de engolir ou sensação de corpo estranho na garganta.
- Pacientes com infecções ou inflamações crônicas da faringe e laringe.
- Pacientes com histórico de tabagismo ou fatores de risco para câncer de laringe.
- Pacientes com apneia do sono ou dificuldades respiratórias que necessitam de investigação das vias aéreas superiores.

Fluxo do Procedimento

- Preparação do Paciente
    - Recepção e Triagem do Paciente:
        - Confirmar a identidade do paciente e revisar a solicitação médica para a videolaringoscopia.
        - Realizar uma anamnese breve, verificando histórico de problemas respiratórios, alergias, cirurgias prévias na região do pescoço e laringe, ou uso de medicamentos anticoagulantes.
        - Explicar ao paciente o procedimento, assegurando-o de que o exame é minimamente invasivo e que pode causar apenas leve desconforto devido à inserção do laringoscópio.
    - Orientações Pré-Exame:
        - Pedir ao paciente que evite ingerir alimentos ou líquidos nas 2 horas que antecedem o exame, especialmente se houver risco de náusea durante o procedimento.
        - Explicar que será aplicada uma anestesia tópica (spray de lidocaína) para minimizar o desconforto durante a introdução do laringoscópio.
        - Solicitar que o paciente retire próteses dentárias removíveis (se houver) e objetos metálicos da cabeça ou pescoço.
- Execução do Procedimento
    - Aplicação da Anestesia Tópica: Aplicar o anestésico tópico (lidocaína spray) nas narinas e garganta do paciente, explicando que pode haver uma sensação temporária de dormência ou leve queimação.

- Inserção do Videolaringoscópio:
  - Com o paciente em posição sentada, introduzir o videolaringoscópio pela via nasal (preferencial) ou oral, conforme a necessidade clínica.
  - Avançar o laringoscópio lentamente pela faringe até a laringe, garantindo que o paciente permaneça imóvel e calmo durante o exame.
  - As imagens da laringe, cordas vocais e estruturas adjacentes serão transmitidas em tempo real para o monitor de vídeo, permitindo a visualização direta e gravação do exame.
- Avaliação das Estruturas:
  - Avaliar as cordas vocais em repouso e durante a fala (pedir que o paciente pronuncie sons ou faça uma manobra vocal).
  - Observar a presença de edemas, inflamações, nódulos, pólipos, úlceras, lesões ou tumores na laringe e nas cordas vocais.
  - Em casos suspeitos, pode-se utilizar uma pinça de biópsia para a coleta de tecido, enviando a amostra para análise patológica.
- Registro e Análise:
  - Gravar as imagens em vídeo para documentação e futura comparação em exames de acompanhamento.
  - Realizar a análise cuidadosa de todas as estruturas examinadas e descrever detalhadamente os achados no laudo.

- Pós-Procedimento
  - Remoção do Videolaringoscópio:
    - Após a avaliação completa, remover o videolaringoscópio cuidadosamente, certificando-se de que o paciente está confortável.
    - Avaliar se o paciente apresenta algum desconforto imediato, como dor na garganta ou náusea leve, e oferecer orientação conforme necessário.
  - Orientações ao Paciente:
    - Informar ao paciente que ele pode sentir leve dormência ou irritação na garganta por algumas horas após o exame, mas que isso é temporário.
    - Orientar o paciente a evitar alimentos muito quentes ou condimentados até que a anestesia tópica perca o efeito (cerca de 1 a 2 horas).
    - Caso tenha sido realizada biópsia, orientar o paciente a evitar atividades físicas intensas e informar sobre possíveis sinais de complicações, como sangramento, dor intensa ou febre.

- Entrega dos Resultados: Explicar ao paciente que o laudo será emitido em breve, especialmente se houver coleta de biópsia, e orientá-lo a agendar uma consulta com o médico solicitante para discutir os achados do exame.

- Manutenção e Limpeza do Equipamento
  - Limpeza e Desinfecção:
    - Após cada exame, realizar a desinfecção completa do videolaringoscópio com soluções apropriadas para evitar infecções cruzadas.
    - Garantir que todos os acessórios, como a pinça de biópsia, sejam esterilizados corretamente.
  - Manutenção Preventiva: Garantir que o videolaringoscópio e o sistema de vídeo passem por manutenção preventiva regular, conforme as recomendações do fabricante, para evitar falhas durante o exame e manter a qualidade da imagem.

Cuidados de Segurança

- Utilizar técnicas estéreis e garantir a desinfecção adequada do videolaringoscópio para evitar infecções cruzadas.
- Controle de Reações Alérgicas:
- Monitorar o paciente para eventuais reações alérgicas ao anestésico tópico utilizado (lidocaína). Se houver sinais de alergia, interromper o exame e fornecer tratamento adequado.
- Biópsia:
- Em casos de biópsia, monitorar o paciente após o exame para verificar sinais de sangramento ou complicações.

Indicadores de Qualidade

- Taxa de Complicações: Monitorar eventos adversos, como sangramentos, infecções ou reações adversas ao anestésico.
- Qualidade das Imagens: Avaliar a clareza e a precisão das imagens capturadas para garantir diagnósticos corretos.
- Satisfação do Paciente: Monitorar o conforto e a clareza das orientações fornecidas ao paciente durante o procedimento.
- Taxa de Repetição de Exames: Avaliar se os exames estão sendo realizados de forma satisfatória ou se precisam ser repetidos.

Considerações Especiais

- Em crianças, a videolaringoscopia deve ser realizada com cuidado adicional, utilizando técnicas de distração para reduzir a ansiedade.
- Pacientes com histórico de dificuldade respiratória ou apneia devem ser monitorados de perto durante o exame, e medidas de suporte devem estar disponíveis em caso de emergências.

Exames Complementares: Citologia, Histologia e Biópsias

A inclusão de exames de citologia, histologia, biópsias, incluindo biópsias de congelação e técnicas de imuno-histoquímica, além da determinação de receptores hormonais, complementa os serviços oferecidos na Policlínica, ampliando as capacidades diagnósticas e contribuindo para tratamentos mais direcionados e eficazes, especialmente em neoplasias malignas. Esses exames oferecem uma base sólida para diagnósticos precisos e ajudam a personalizar o plano terapêutico dos pacientes, elevando a qualidade do cuidado prestado.

A citologia é um exame laboratorial que visa a análise microscópica de células coletadas de diferentes partes do corpo para detectar alterações que podem indicar doenças, como câncer, infecções ou inflamações. O exame é amplamente utilizado como uma ferramenta diagnóstica precoce, permitindo a identificação de anormalidades celulares em vários tecidos e fluidos corporais. Ele é não invasivo ou minimamente invasivo, dependendo do método de coleta, e desempenha um papel essencial na prevenção e detecção precoce de doenças.
A citologia pode ser aplicada a diferentes áreas do corpo, como pele, mucosas, cavidade oral, além dos sistemas respiratório, reprodutivo e outros órgãos. Sua importância reside na capacidade de diagnosticar condições de maneira precoce, muitas vezes antes que os sintomas clínicos se manifestem, facilitando o tratamento e aumentando as chances de cura. Principais Tipos de Citologia:

- Citologia Cervico-vaginal (Papanicolau): Este exame é essencial para a detecção precoce do câncer do colo do útero, além de identificar alterações celulares causadas por infecções virais, como o HPV (papilomavírus humano). Realizado de forma rotineira em mulheres, o Papanicolau também pode detectar lesões pré-cancerosas e outros distúrbios celulares, permitindo intervenções precoces e preventivas.
- Citologia de Secreções: Utilizada para a análise de líquidos corporais, como fluido pleural, ascítico, ou urina, a citologia de secreções permite identificar células tumorais, células inflamatórias ou outros tipos de anormalidades. Este exame é crucial no diagnóstico de doenças como cânceres de pulmão, ovário, e condições inflamatórias como peritonite e pleurite.

A histologia é o estudo microscópico de tecidos coletados em procedimentos cirúrgicos ou biópsias. Esse exame é essencial para identificar alterações estruturais nos tecidos que podem indicar a presença de doenças, como tumores, infecções, ou inflamações crônicas. A análise histológica fornece um diagnóstico detalhado, permitindo a distinção entre lesões benignas e malignas e ajudando a determinar a gravidade e a extensão das patologias. Exames Histológicos:

- Biópsia de tecidos: A amostra de tecido é coletada para análise histopatológica, que determina a natureza das alterações celulares, identificando se há a presença de tumores benignos ou malignos, inflamações ou outras condições patológicas.

A biópsia é um procedimento médico em que uma pequena quantidade de tecido é removida para exame microscópico, sendo essencial para confirmar ou excluir diagnósticos de câncer e outras doenças graves. A análise histopatológica da amostra retirada permite uma avaliação precisa das alterações celulares, ajudando a determinar a natureza da lesão (benigna ou maligna) e orientar o tratamento mais adequado. Tipos de Biópsias Oferecidas:

- Biópsia de Congelação: Realizada em ambiente cirúrgico, a biópsia de congelação é um método utilizado para análise imediata de tecidos, permitindo decisões intraoperatórias em tempo real. Durante o procedimento, o tecido é rapidamente congelado, cortado em finas secções e examinado microscopicamente enquanto a cirurgia ainda está em andamento. Esse tipo de biópsia é crucial para determinar margens tumorais ou confirmar o diagnóstico de uma lesão suspeita, guiando a conduta cirúrgica e terapêutica no mesmo momento.
- Imuno-histoquímica (IHC): A imuno-histoquímica é um exame complementar de grande importância para a classificação de neoplasias malignas. Utilizando anticorpos que se ligam a proteínas específicas presentes em células, o teste identifica marcadores moleculares, como os receptores hormonais de estrogênios e progesterona no câncer de mama. A IHC ajuda a determinar a natureza exata do tumor, fornecendo informações essenciais sobre o prognóstico do paciente e auxiliando na escolha do tratamento mais adequado, como a indicação de hormonoterapia em pacientes cujos tumores expressam esses receptores.

7.1.3. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Críticas

As áreas internas críticas da Policlínica Estadual de Quirinópolis são espaços destinados ao atendimento de pacientes gravemente enfermos ou à realização de procedimentos invasivos,

os quais apresentam um risco elevado de infecção. Por conta disso, essas áreas exigem um controle rigoroso de circulação, uso estrito de medidas de prevenção de infecções, além de protocolos de segurança e higiene mais restritivos para minimizar riscos tanto para os pacientes quanto para a equipe de saúde. As áreas críticas na Policlínica incluem:

- Laboratórios de Análises Clínicas: Setores onde são manipulados materiais biológicos de pacientes para exames laboratoriais (sangue, secreções, urina, entre outros). O manuseio de fluidos corporais torna essas áreas susceptíveis a contaminações.
- Setor de Hemodiálise: Local destinado ao tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica. Esses pacientes, devido ao tratamento dialítico e à sua condição clínica, apresentam maior vulnerabilidade a infecções, sendo o controle de infecções e a higienização de extrema importância.

Controle de Acesso Rigoroso

O controle de acesso nas áreas críticas é fundamental para garantir a segurança tanto dos pacientes quanto da equipe de saúde. Esse controle deve ser rigoroso e limitar o número de pessoas nessas áreas:

- Apenas profissionais diretamente envolvidos com os cuidados ou procedimentos realizados nessas áreas têm permissão de acesso. Isso inclui médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, técnicos de enfermagem, e pessoal de limpeza treinado.
- Todos os profissionais que acessam essas áreas devem portar crachá ou outro tipo de identificação visível, que autorize sua entrada e circulação. Além disso, o acesso às áreas críticas deve ser monitorado eletronicamente, sempre que possível, para garantir a conformidade com as restrições de circulação.
- A entrada de visitantes e familiares é estritamente proibida, exceto em situações de emergência e com autorização prévia da administração da unidade, respeitando protocolos de segurança.

8.10.3.3. Medidas de Assepsia e Desinfecção Rigorosas

Os procedimentos de limpeza e desinfecção nas áreas críticas são diferenciados e devem ser realizados de forma mais frequente e criteriosa do que em outras áreas da Policlínica:

- A limpeza de superfícies, equipamentos e áreas de contato frequente deve ser realizada de forma contínua e após cada atendimento de paciente. A desinfecção de todas as áreas deve ser feita ao final de cada turno, especialmente em estações de trabalho, mesas, cadeiras, teclados e outras superfícies tocadas.

- Todo equipamento utilizado, especialmente em procedimentos invasivos (máquinas de hemodiálise, pipetas, centrífugas, etc.), deve passar por uma desinfecção completa após cada uso. Devem ser seguidos protocolos específicos de esterilização e manutenção dos equipamentos, em conformidade com as normas da ANVISA e RDCs vigentes.
- Todos os profissionais de saúde e de apoio devem utilizar EPIs adequados, incluindo luvas, máscaras, aventais, gorros e óculos de proteção, conforme o tipo de procedimento realizado. A troca de EPIs deve ser feita de acordo com a necessidade e o tipo de atividade exercida.

Manuseio e Transporte de Materiais Biológicos e Equipamentos

A manipulação e o transporte de materiais nas áreas críticas devem seguir fluxos rigorosos para evitar contaminação cruzada.

- Transporte de Materiais Biológicos: Todo material biológico coletado deve ser imediatamente identificado, acondicionado em recipientes hermeticamente fechados e transportado em caixas apropriadas para laboratórios, evitando derramamentos ou vazamentos durante o trajeto.
- Os equipamentos, como os utilizados em hemodiálise e exames laboratoriais, devem ser transportados em rotas segregadas dos pacientes, sempre limpos e desinfectados. O descarte de resíduos biológicos e perfurocortantes deve seguir os fluxos específicos, com coleta regular e transporte seguro para incineração ou descarte adequado.

Monitoramento e Controle de Infecções

O monitoramento contínuo da ocorrência de infecções nas áreas críticas é um dos pilares de segurança no ambiente hospitalar:

- A equipe de controle de infecções hospitalares deve realizar o monitoramento regular dos casos de infecção hospitalar, com coleta de dados e análises diárias dos pacientes atendidos nas áreas críticas. Relatórios sobre a incidência de infecções, surtos ou padrões incomuns de contaminação devem ser enviados regularmente para avaliação da administração e para adoção de medidas preventivas.
- Deve ser implementado um programa de controle de qualidade das atividades realizadas nessas áreas, com testes microbiológicos frequentes para verificar a efetividade dos processos de limpeza e desinfecção.

Capacitação e Educação Continuada

A equipe que atua nas áreas críticas da Policlínica deve ser capacitada de forma contínua para assegurar que os protocolos de segurança e assepsia sejam rigorosamente seguidos.

- O treinamento da equipe deve focar na prevenção de infecções, no uso correto de EPIs, e na manipulação adequada de equipamentos e materiais biológicos. Novos colaboradores devem passar por treinamentos antes de atuar nas áreas críticas e participar de reciclagens periódicas.
- A equipe deve ser informada regularmente sobre as atualizações das normas de vigilância sanitária, RDCs e regulamentações de controle de infecções estabelecidas pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde.

Indicadores de Qualidade e Melhoria Contínua

A implementação de indicadores de qualidade é fundamental para avaliar o desempenho das áreas críticas:

- A avaliação contínua das taxas de infecção hospitalar, especialmente as associadas a procedimentos invasivos, deve ser realizada, com análise das causas e implementação de medidas corretivas imediatas.
- A conformidade dos profissionais de saúde com os protocolos de assepsia, o uso adequado de EPIs e o cumprimento das normas de controle de infecção devem ser monitorados e auditados regularmente.
- Mesmo sendo áreas de maior risco, a percepção dos pacientes em relação ao atendimento deve ser avaliada, garantindo que as medidas de segurança e humanização estejam sendo mantidas.

Considerações Especiais

- Pacientes graves devem ser transportados de forma segura para as áreas críticas, utilizando macas e cadeiras de rodas adequadamente higienizadas e sempre acompanhados por profissionais qualificados.
- A gestão de resíduos nas áreas críticas deve seguir a legislação vigente para o manuseio de resíduos de saúde, garantindo que sejam segregados, acondicionados e transportados de acordo com as classificações de resíduos infectantes.

7.1.3.1. Do laboratório de Análises Clínicas

O laboratório de análises clínicas da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS visa segurança do pessoal, proteção da amostra, precisão dos resultados, eficiência no fluxo de trabalho, assim como a proteção do meio ambiente e dos riscos provenientes das atividades realizadas no seu interior, e verificar se está em condições de atender exames à pacientes oriundos do ambulatório em atendimento.

Horário de Funcionamento: O atendimento laboratório de análises clinica deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira.

O fluxo básico de trabalho do laboratório conforme ANVISA/ MS RDC n. º 50/2002 e ANVISA/ RDC n. º 302/2005 será:

- Receber ou realizar a coleta de material;
- Fazer o preparo de reagentes/soluções;
- Fazer a desinfecção do material analisado a ser descartado;
- Fazer a lavagem e preparo do material utilizado;

7.1.3.1.1. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Laboratório de Análises Clínicas da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Objetivo

Estabelecer normas e procedimentos para o funcionamento do Laboratório de Análises Clínicas da Policlínica Estadual de Quirinópolis , assegurando a qualidade e a segurança dos exames laboratoriais realizados, bem como a excelência no atendimento aos pacientes.

Abrangência

Este POP aplica-se a todas as atividades desenvolvidas no laboratório de análises clínicas, incluindo a coleta, processamento, análise e liberação de resultados de exames laboratoriais, envolvendo recepcionistas, técnicos de laboratório, biomédicos, e demais profissionais envolvidos no processo.

Responsabilidades

- Coordenador do Laboratório: Responsável por supervisionar o funcionamento do laboratório, garantir que os procedimentos sigam os protocolos estabelecidos e que os exames sejam realizados com precisão e segurança.
- Técnicos de Laboratório: Realizar as coletas de amostras, preparar os materiais e operar os equipamentos laboratoriais.

- Biomédico/Bioquímico: Analisar as amostras, interpretar os resultados e emitir os laudos dos exames, assegurando a qualidade dos resultados.
- Recepção do Laboratório: Organizar o agendamento de exames, orientar os pacientes quanto ao preparo necessário e gerenciar o fluxo de atendimento.

Fluxo de Atendimento

- Agendamento de Exames
  - Solicitação de Exames: Após a solicitação do médico, o paciente deverá agendar a realização dos exames laboratoriais com a equipe de recepção do laboratório.
  - Orientação ao Paciente: O paciente será informado sobre os cuidados pré-exame, como jejum, suspensão de medicamentos ou outras instruções específicas para o exame solicitado.
- Coleta de Amostras
  - Preparação do Paciente: O técnico de laboratório será responsável pela preparação do paciente para a coleta, verificando as condições adequadas (ex.: jejum, ingestão de água, etc.).
  - Realização da Coleta: A coleta será realizada de forma segura, respeitando as normas de biossegurança. Amostras de sangue, urina, fezes, ou outros fluidos corporais serão coletadas conforme o exame solicitado.
  - Identificação das Amostras: As amostras devem ser corretamente identificadas com o nome do paciente, data e tipo de exame, utilizando etiquetas padronizadas.
- Análise das Amostras
  - Processamento das Amostras: Após a coleta, as amostras serão processadas pelos técnicos e encaminhadas para análise.
  - Realização dos Exames: Os exames laboratoriais serão realizados de acordo com os procedimentos específicos de cada tipo de teste, assegurando a precisão e a confiabilidade dos resultados.
- Liberação e Entrega de Resultados
  - Laudos dos Exames: Após a análise, os laudos serão emitidos pelo biomédico/bioquímico responsável e inseridos no sistema eletrônico de prontuários da unidade.
  - Retirada de Resultados: A recepção do laboratório orientará o paciente sobre o prazo para retirada dos resultados ou disponibilização dos mesmos em formato eletrônico.

Recursos Materiais e Técnicos

O laboratório de análises clínicas deve contar com:

- Equipamentos laboratoriais modernos e em bom estado de funcionamento, como centrífugas, analisadores automáticos, microscópios, entre outros.
- Insumos laboratoriais para coleta e análise, como tubos de ensaio, reagentes, ponteiras, e demais materiais descartáveis.
- Sistema de gestão de resultados eletrônicos para a emissão de laudos e acompanhamento de exames.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para toda a equipe, garantindo a conformidade com as normas de biossegurança.

Normas de Segurança

- Todos os profissionais devem seguir rigorosamente os protocolos de biossegurança, utilizando EPIs como jalecos, luvas e máscaras, e realizar a desinfecção adequada dos materiais e superfícies.
- Os equipamentos laboratoriais devem passar por manutenção preventiva regular para garantir sua correta operação e evitar falhas nos exames.
- O descarte de resíduos biológicos e químicos deve seguir as regulamentações da Anvisa, utilizando recipientes apropriados para descarte de resíduos perfurocortantes e biológicos.

Orientações aos Pacientes

- Pré-exame: Os pacientes devem ser claramente orientados sobre as condições necessárias para a realização dos exames, como jejum, hidratação ou coleta de amostras em horários específicos.
- Pós-exame: Instruções pós-coleta devem ser fornecidas caso aplicável, garantindo o cuidado do paciente após a realização dos procedimentos.

Competências da Equipe

- Recepcionistas:
  - Agendar exames laboratoriais e fornecer as orientações necessárias aos pacientes.
  - Organizar o fluxo de coleta e entrega de resultados.
- Técnicos de Laboratório:
  - Realizar as coletas de forma segura e eficiente, assegurando a qualidade das amostras.

- Preparar e processar as amostras seguindo os procedimentos corretos para cada tipo de exame.

- Biomédicos/Bioquímicos:
  - Analisar as amostras com precisão e emitir laudos diagnósticos de qualidade.
  - Monitorar o funcionamento adequado dos equipamentos e supervisionar o trabalho da equipe técnica.

Indicadores de Qualidade

- Tempo Médio de Liberação dos Resultados: Monitorar o tempo entre a coleta e a liberação dos resultados para garantir eficiência no atendimento.
- Qualidade das Amostras: Avaliar periodicamente a qualidade das amostras coletadas, minimizando a necessidade de nova coleta devido a problemas técnicos.
- Satisfação dos Pacientes: Aplicar pesquisas de satisfação para avaliar a qualidade do atendimento e dos serviços prestados no laboratório.

Treinamentos

Realizar treinamentos periódicos com a equipe técnica e biomédica sobre novas técnicas laboratoriais, protocolos de biossegurança e atualização tecnológica dos equipamentos.

7.1.3.2. Da Hemodiálise

O serviço de hemodiálise é um procedimento terapêutico realizado para pacientes com insuficiência renal crônica, cuja função renal está gravemente comprometida. A hemodiálise consiste em filtrar o sangue do paciente através de uma máquina, removendo substâncias tóxicas e excesso de fluidos, que os rins já não conseguem eliminar. Este processo é vital para manter o equilíbrio dos eletrólitos e evitar complicações associadas à insuficiência renal, como acúmulo de líquidos, toxinas e distúrbios metabólicos. A principal finalidade do serviço de hemodiálise é:

- Prover uma terapia substitutiva para a função renal em pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica, garantindo a remoção de toxinas e líquidos acumulados no organismo.
- Reduzir os sintomas e complicações causados pela insuficiência renal, promovendo uma melhora na saúde geral e no bem-estar dos pacientes.
  - Garantir o equilíbrio de eletrólitos, como sódio, potássio e cálcio, além de manter o controle da pressão arterial.

- Evitar complicações graves, como sobrecarga de fluidos, arritmias cardíacas, intoxicação por ureia e descompensação metabólica.

Competências dos Profissionais

O serviço de hemodiálise envolve uma equipe multidisciplinar composta por profissionais especializados, que desempenham funções críticas para garantir o sucesso e a segurança do tratamento:

- Médico Nefrologista:
  - Avaliar o estado clínico do paciente e indicar a hemodiálise conforme a necessidade.
  - Monitorar o tratamento de hemodiálise, ajustando parâmetros de acordo com a resposta clínica do paciente.
  - Realizar o acompanhamento contínuo da evolução clínica, intervenções médicas e ajustes terapêuticos.
- Enfermeiros Especializados em Nefrologia:
  - Preparar o paciente para a sessão de hemodiálise, verificando sinais vitais e condição geral.
  - Monitorar o paciente durante todo o procedimento, observando a ocorrência de possíveis complicações, como hipotensão, câimbras ou reações adversas.
  - Orientar o paciente e seus familiares sobre os cuidados pré e pós-hemodiálise.
- Técnicos de Enfermagem:
  - Auxiliar na preparação e monitoramento dos equipamentos de hemodiálise.
  - Acompanhar o paciente durante o processo, garantindo a segurança e o conforto durante o procedimento.
- Assistente Social:
  - Prover apoio social e psicológico aos pacientes, ajudando-os a lidar com as limitações impostas pela insuficiência renal e pelo tratamento regular de hemodiálise.
  - Facilitar o acesso a serviços assistenciais e garantir que os direitos do paciente no sistema SUS sejam respeitados.

O serviço de hemodiálise segue rigorosos protocolos de segurança para garantir a saúde e o bem-estar dos pacientes, incluindo:

- Controle de infecção: Todos os equipamentos e áreas de hemodiálise devem ser devidamente desinfetados entre os atendimentos para prevenir infecções cruzadas. O uso de técnicas assépticas e EPIs é obrigatório para toda a equipe.

- Monitoramento contínuo: Durante o procedimento, o paciente é monitorado quanto a sinais vitais, volume de fluidos retirados, taxa de filtração e eventuais reações adversas, com a possibilidade de intervenção médica imediata, caso necessário.
- Manutenção de equipamentos: As máquinas de hemodiálise são verificadas e calibradas regularmente para garantir seu funcionamento adequado e seguro.
- Treinamento de equipe**:** Todos os profissionais envolvidos devem receber treinamentos contínuos em técnicas de hemodiálise, manejo de complicações e protocolos de biossegurança.

Aplicabilidade do Serviço para o Sistema SUS

A hemodiálise é um procedimento amplamente disponibilizado no Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo pacientes com insuficiência renal crônica em todo o Brasil. As competências e serviços fornecidos são cruciais para a saúde pública e incluem:

- Gratuidade do tratamento: A hemodiálise é oferecida de forma gratuita aos pacientes que necessitam desse serviço, aliviando o impacto financeiro sobre as famílias.
- Acesso regular e contínuo: Pacientes com insuficiência renal crônica dependem de sessões de hemodiálise realizadas de forma regular, três vezes por semana, para manter a qualidade de vida, e o SUS garante o acesso contínuo a esses serviços.
- Inclusão no programa de tratamento crônico: O SUS inclui pacientes renais crônicos em programas de acompanhamento contínuo, que incluem consultas regulares com nefrologistas, exames periódicos e orientações sobre dieta e medicamentos.
- Equidade no acesso: O serviço de hemodiálise pelo SUS visa garantir que todos os pacientes, independentemente de sua condição social ou econômica, tenham acesso ao tratamento necessário, contribuindo para a redução de desigualdades no atendimento à saúde.

7.1.4. Fluxo Operacional nas Áreas Internas Não críticas

As áreas internas não críticas da Policlínica Estadual de Quirinópolis são essenciais para o suporte e funcionamento administrativo da unidade, sendo responsáveis por garantir que todos os processos administrativos, financeiros, e de gestão de pessoas operem de forma fluida. Embora o risco de contaminação e transmissão de infecções seja mínimo, o controle operacional nessas áreas é fundamental para manter a organização e assegurar a qualidade dos serviços prestados. Abaixo, detalhamos de forma mais abrangente os componentes-chave dessas áreas. As áreas não críticas incluem os seguintes setores administrativos e de suporte:

- Diretoria Administrativa e Financeira: Local onde são tomadas as decisões estratégicas que afetam a gestão da Policlínica, incluindo planejamento de orçamento, contratação de pessoal, e supervisão geral das operações.
- Departamento Financeiro: Responsável pela gestão de contas, pagamentos, faturamento, controle de despesas e recebimentos da unidade.
- Coordenação de Ensino e Pesquisa: Espaço dedicado à coordenação de projetos de ensino e pesquisa dentro da Policlínica, com foco em promover a formação de profissionais de saúde e incentivar a inovação no atendimento clínico.
- Departamento Pessoal: Área que trata da gestão de recursos humanos, incluindo contratação, treinamento, folha de pagamento e bem-estar dos colaboradores.
- Recepções: Ponto de entrada e triagem de pacientes, visitantes e fornecedores, responsável pelo primeiro atendimento e orientação dos usuários.
- Serviços de Apoio: Incluem o CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), Comissão de Prontuário, Almoxarifado e demais setores de apoio, todos indispensáveis para o funcionamento cotidiano da unidade.

Fluxo de Pessoal e Controle de Acesso

A circulação de pessoal nas áreas não críticas requer um nível de controle para garantir a eficiência e segurança das operações, ainda que o risco de infecção seja baixo:

- Somente os colaboradores que desempenham funções administrativas e de suporte têm acesso regular a essas áreas. O uso de crachás de identificação é obrigatório para permitir o controle de circulação.
- Todos os visitantes, como fornecedores ou representantes externos, devem passar por uma triagem inicial na recepção e obter um crachá temporário de visitante, além de seguir as orientações sobre as áreas permitidas.
- As áreas não críticas têm horários de funcionamento estabelecidos, geralmente coincidentes com o horário administrativo da unidade. O fluxo de pessoas é concentrado em horários comerciais, com equipe reduzida fora desse período para evitar sobrecarga no sistema de segurança e controle.

Protocolos de Limpeza e Higienização

Embora as áreas não críticas não exijam o mesmo nível de assepsia das áreas críticas ou semicríticas, é essencial manter padrões elevados de limpeza e organização:

- As áreas não críticas são higienizadas ao menos uma vez por dia, com foco em superfícies de contato frequente, como mesas, cadeiras, teclados, maçanetas, entre outros. Além disso, as áreas de circulação como corredores e salas de espera devem ser mantidas limpas e organizadas para facilitar o fluxo de pessoas.
- Equipamentos como computadores, telefones e impressoras devem ser desinfetados regularmente para evitar a proliferação de micro-organismos. Produtos adequados devem ser utilizados para garantir a preservação dos equipamentos eletrônicos, mantendo ao mesmo tempo a higienização.
- Documentos que contêm informações sensíveis, tanto no formato físico quanto digital, devem ser armazenados de maneira segura. Os arquivos físicos devem ser guardados em armários trancados e os sistemas digitais precisam contar com criptografia e proteção de senha.

Uso e Gestão de Equipamentos e Insumos

A correta gestão de equipamentos e insumos nas áreas administrativas garante que as atividades operacionais não sejam interrompidas por falta de materiais:

- O Departamento Administrativo é responsável por monitorar o estoque de insumos básicos, como papéis, toners, canetas, grampeadores, etc. Um controle automatizado de inventário pode ser utilizado para garantir que esses itens estejam sempre disponíveis, evitando a paralisação de atividades por falta de materiais.
- Impressoras, computadores, scanners e outros equipamentos essenciais devem ter uma rotina de manutenção preventiva, evitando falhas que possam comprometer a eficiência operacional das áreas administrativas.

Processos de Comunicação e Logística

As áreas não críticas desempenham um papel fundamental na articulação entre os setores operacionais e clínicos da Policlínica, funcionando como centros de decisão e coordenação logística:

- Sistemas de Comunicação Interna: Softwares de gestão integrada (como e-mails corporativos e sistemas de mensagens internas) são utilizados para manter a comunicação entre os setores administrativos e as áreas clínicas, garantindo que as necessidades de ambos os lados sejam atendidas de forma rápida e eficiente.
- Coordenação de Fluxos entre Áreas Administrativas e Clínicas: As áreas administrativas devem trabalhar em sinergia com os setores de atendimento ao paciente, assegurando

que os recursos financeiros e logísticos necessários para o funcionamento das áreas críticas e semicríticas estejam devidamente alocados.

Proteção de Dados e Conformidade com a LGPD

As áreas administrativas gerenciam uma grande quantidade de informações sensíveis, incluindo dados pessoais e de saúde dos pacientes. A conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) é uma obrigação, e medidas rigorosas devem ser adotadas para proteger esses dados:

- Criptografia de Dados Sensíveis: Todos os dados digitais relativos a pacientes, colaboradores e informações financeiras devem ser protegidos por criptografia de alto nível, garantindo que apenas pessoal autorizado tenha acesso.
- Política de Controle de Acesso aos Documentos: Apenas funcionários designados têm permissão para acessar determinados documentos e informações, tanto digitais quanto físicos. A criação de perfis de acesso em sistemas de gestão digital é fundamental para evitar vazamento ou uso inadequado de informações.

Indicadores de Qualidade e Eficiência Operacional

Para garantir a qualidade dos serviços oferecidos nas áreas não críticas, é importante medir constantemente a eficiência dessas operações por meio de indicadores de desempenho:

- Satisfação dos Colaboradores: Um ambiente de trabalho positivo nas áreas administrativas contribui para o bom funcionamento de toda a Policlínica. Realizar pesquisas de satisfação entre os colaboradores pode ajudar a identificar pontos de melhoria na infraestrutura, organização e fluxo de trabalho.
- Produtividade dos Processos Administrativos: Monitorar o tempo de resposta dos departamentos administrativos, como o tempo necessário para concluir processos de pagamento, contratação ou compras, permite otimizar os fluxos de trabalho e melhorar a eficiência organizacional.

Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes

Mesmo nas áreas não críticas, é essencial manter padrões de segurança no trabalho para prevenir acidentes e garantir o bem-estar dos colaboradores:

- Verificações periódicas das instalações, como sistemas elétricos e iluminação, são essenciais para prevenir acidentes e manter um ambiente de trabalho seguro.

- Todos os funcionários das áreas administrativas devem passar por treinamentos periódicos sobre segurança no trabalho, incluindo práticas de evacuação em caso de emergência e utilização correta dos equipamentos de segurança disponíveis.

7.1.4.1.1. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Áreas Não Críticas da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Objetivo

Estabelecer normas e padronizar os fluxos operacionais nas áreas não críticas da Policlínica Estadual de Quirinópolis , visando a organização, segurança e eficiência dos processos administrativos e de apoio que não envolvem diretamente o atendimento ao paciente ou a manipulação de material de risco biológico.

Abrangência

Este POP aplica-se às áreas internas da Policlínica classificadas como **não críticas**, ou seja, aquelas onde não há risco direto de transmissão de infecções. Exemplos incluem a Diretoria, Departamento Financeiro, Coordenação de Ensino e Pesquisa, Departamento Pessoal, Recepções e Serviços de Apoio como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Prontuário, e demais Setores Administrativos.

Responsabilidades

- Gestores de Área: Supervisionar e garantir que os fluxos operacionais e administrativos sigam as normas estabelecidas e que os processos estejam alinhados com os objetivos da unidade.
- Profissionais de Áreas Administrativas: Seguir os procedimentos descritos para garantir a fluidez das atividades, o cumprimento de prazos e a organização eficiente dos serviços.
- Serviços de Apoio (CCIH, Comissão de Prontuário, etc.): Assegurar o apoio técnico-administrativo necessário para o funcionamento eficiente das áreas críticas e não críticas da unidade, mantendo a qualidade dos processos e o cumprimento das normas de saúde e segurança.

Fluxo Operacional nas Áreas Internas Não Críticas

As áreas não críticas da Policlínica são responsáveis por atividades administrativas e de apoio, e seu funcionamento deve seguir um fluxo operacional eficiente e seguro, conforme descrito abaixo:

- Diretoria e Setores Administrativos
  - Diretoria: A diretoria é responsável pela gestão geral da unidade, incluindo a definição de políticas, diretrizes e estratégias de desenvolvimento. As decisões são tomadas em conjunto com os gestores de área e seguem as normas de administração pública e hospitalar.
  - Setores Administrativos: Abrangem os departamentos de Recursos Humanos, Financeiro, Compras, Logística e demais áreas que dão suporte ao funcionamento da unidade. As atividades são organizadas por meio de sistemas de gestão eletrônica, visando o cumprimento de metas administrativas e financeiras.
- Recepções
  - Controle de Acesso: A recepção de áreas não críticas segue um fluxo operacional focado na organização do atendimento, identificação e encaminhamento de pacientes, acompanhantes, colaboradores e visitantes.
  - Triagem de Documentação: O setor é responsável pela recepção de documentos, agendamentos e informações necessárias para o andamento dos processos administrativos.
- Serviços de Apoio (CCIH, Comissão de Prontuário, etc.)
  - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): Atua no monitoramento das práticas de biossegurança e controle de infecção nas áreas críticas e não críticas, auxiliando na implementação de protocolos de segurança.
  - Comissão de Prontuário: Responsável pela organização, arquivamento e manutenção dos prontuários médicos, garantindo o sigilo e a integridade das informações dos pacientes.
  - Setores de Ensino e Pesquisa: Administram as atividades acadêmicas, estágios e projetos de pesquisa dentro da unidade, promovendo a integração entre ensino e prática.
- Departamento Pessoal
  - Gestão de Recursos Humanos: Responsável pela administração do quadro de colaboradores, processos de admissão, demissão, folha de pagamento, benefícios e treinamento dos profissionais.
  - Desenvolvimento e Treinamento: Planeja e executa treinamentos contínuos para todos os colaboradores da Policlínica, com foco em desenvolvimento profissional, normas de biossegurança e melhoria de processos.

Recursos Materiais e Técnicos

As áreas não críticas da unidade devem contar com:

- Sistemas de Gestão Eletrônica: Para facilitar a administração das atividades, com sistemas de controle de fluxo de documentos, gestão financeira, de pessoal e de processos administrativos.
- Materiais de Escritório: Equipamentos básicos de escritório, como computadores, impressoras, telefones e itens de suporte administrativo.
- EPIs para Funções Administrativas: Embora não sejam áreas de risco direto, os colaboradores devem seguir as orientações de uso de máscaras e outros EPIs de acordo com as normas vigentes.

Segurança nas Áreas Não Críticas

- Embora sejam áreas sem risco direto de infecção, é fundamental que as seguintes práticas de segurança sejam adotadas:
- Biossegurança Básica: Uso de EPIs em conformidade com as normas sanitárias, especialmente em áreas de grande circulação.
- Segurança da Informação: Assegurar que os dados administrativos e de prontuários sejam protegidos e sigilosos, utilizando sistemas de gestão com controle de acesso.
- Prevenção de Incidentes: Garantir que as áreas não críticas tenham sinalizações de segurança, extintores de incêndio e orientações para evacuação em caso de emergência.

Competências dos Profissionais

- Os profissionais lotados nas áreas não críticas devem ter habilidades administrativas e técnicas adequadas para garantir o funcionamento eficiente dessas áreas, incluindo:
- Organização e Planejamento: Habilidade para lidar com processos administrativos de forma organizada e eficiente, garantindo o cumprimento de prazos e a qualidade dos serviços.
- Comunicação Eficiente: Capacidade de manter uma comunicação clara com outros setores da unidade, facilitando o fluxo de informações.
- Conhecimento de Normas e Procedimentos: Estar familiarizado com as normas administrativas, financeiras e de segurança, além de seguir as diretrizes estabelecidas pela diretoria e pelos órgãos reguladores.

7.1.4.1.2. Recepção e Portaria da Policlínica Estadual de Quirinópolis

A Recepção e Portaria da Policlínica Estadual de Quirinópolis é o primeiro ponto de contato entre os usuários e a instituição. Esse setor desempenha um papel fundamental no acolhimento e no controle de acesso à unidade de saúde, garantindo um ambiente seguro e organizado para pacientes, acompanhantes, visitantes, colaboradores e fornecedores. A recepção é responsável por orientar os usuários quanto ao fluxo de atendimento, agendamentos e informações sobre serviços disponíveis, enquanto a portaria controla a entrada e saída de pessoas e veículos nas dependências da unidade.

Horário de funcionamento: O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h00 às 19h00, de segunda à sexta-feira

A principal finalidade da Recepção e Portaria é assegurar:

- Segurança dos usuários e funcionários: Ao controlar o acesso de pessoas e veículos, a portaria garante que apenas pessoas autorizadas entrem nas instalações da Policlínica. Isso previne riscos à segurança dos pacientes, profissionais e visitantes, como a entrada de pessoas sem permissão, ambulantes, e indivíduos em condições inadequadas (alcoolizados ou sob efeito de drogas).
- Acolhimento humanizado: A recepção visa proporcionar uma experiência acolhedora, respeitosa e eficiente, reconhecendo que muitos pacientes e acompanhantes chegam à unidade em situação de fragilidade física ou emocional. O acolhimento deve ser orientado pelos princípios do cuidado e do respeito à individualidade, sem discriminação ou privilégios indevidos, garantindo um atendimento humanizado.
- Organização e orientação: A recepção organiza o fluxo de usuários dentro da Policlínica, direcionando-os para os respectivos setores e garantindo que o atendimento siga de forma fluida e ordenada. Além disso, orienta sobre agendamentos, horários e regras de funcionamento da unidade.

Competências dos Profissionais

Os profissionais lotados na Recepção e Portaria desempenham papéis específicos que são essenciais para o bom funcionamento da unidade:

- Recepcionistas
    - Receber e orientar cordialmente os pacientes, acompanhantes e visitantes, fornecendo informações claras e precisas sobre os serviços e direcionando-os aos consultórios ou setores adequados.
    - Realizar o agendamento de consultas e exames, organizando o fluxo de atendimento e triando as demandas de acordo com prioridades, como gestantes, idosos, pessoas com deficiência e emergências.

- Fornecer orientações sobre normas internas da Policlínica, como o uso de EPIs (máscaras, por exemplo) e regras de visitação. Além disso, garantir que todos os usuários tenham conhecimento sobre os serviços disponíveis e os procedimentos necessários para o atendimento.
- Manter atualizado o sistema de gestão de pacientes, garantindo que todos os dados sejam registrados corretamente no prontuário eletrônico.

- Agentes de Portaria
  - Monitorar e controlar o acesso de pessoas e veículos às dependências da Policlínica. Isso inclui permitir a entrada apenas de pessoas devidamente identificadas e autorizadas, como pacientes com consulta agendada, acompanhantes com crachá de identificação, e fornecedores ou prestadores de serviço com permissão.
  - Identificar e impedir o ingresso de pessoas que não estejam em conformidade com as regras da unidade, como indivíduos alcoolizados, sob efeito de drogas, ou com vestimenta inadequada, garantindo um ambiente seguro para todos.
  - Informar imediatamente à administração da unidade qualquer situação anormal, como comportamentos suspeitos, emergências ou violações de segurança, para que as providências necessárias sejam tomadas de forma rápida e eficaz.
  - Receber, protocolar e encaminhar correspondências e documentos para os setores competentes, garantindo a integridade e a rastreabilidade dos itens recebidos.
  - Informar visitantes e fornecedores sobre as regras de circulação dentro da Policlínica, orientando-os quanto às áreas permitidas e restritas.

Competências Gerais da Recepção e Portaria

- Receber e tratar os usuários com respeito, cordialidade e empatia, especialmente em situações de maior fragilidade emocional e física.
- Assegurar que o fluxo de pacientes e acompanhantes dentro da unidade ocorra de maneira organizada, rápida e eficiente, minimizando esperas e desconfortos.
- Monitorar de forma contínua o acesso e a circulação de pessoas nas áreas de atendimento, prevenindo situações de risco ou insegurança.
- Manter uma comunicação clara e objetiva entre os usuários e os profissionais de saúde, garantindo que todas as dúvidas e preocupações sejam devidamente atendidas.

Este setor é, portanto, essencial para a manutenção da segurança e da qualidade do atendimento na Policlínica Estadual de Quirinópolis , servindo como uma ponte entre os serviços de saúde e os usuários que buscam atendimento.

7.1.4.1.3. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Recepção e Portaria da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Objetivo

Definir e padronizar as atividades da Recepção e Portaria da Policlínica Estadual de Quirinópolis , com foco no controle de acessos, acolhimento humanizado, e na movimentação de correspondências e documentos, garantindo a segurança e a organização da unidade.

Abrangência

Este POP aplica-se às atividades realizadas pela equipe de recepção e portaria, envolvendo o controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes, colaboradores, fornecedores e visitantes, bem como o fluxo de correspondências e documentos.

Responsabilidades

- Equipe de Recepção: Realizar o acolhimento humanizado, fornecendo informações sobre os serviços e encaminhando os usuários aos consultórios e serviços da unidade.
- Equipe de Portaria: Controlar o acesso de pessoas à unidade, garantindo que apenas indivíduos devidamente autorizados entrem nas dependências e assegurando o cumprimento das normas de segurança.
- Gerente da Área: Supervisionar o serviço de recepção e portaria, aprovar os postos de controle e garantir o funcionamento adequado dos recursos materiais e tecnológicos.

Definição dos Postos de Controle

Os postos de recepção e portaria são pontos de acesso principais para a entrada de pacientes, acompanhantes, fornecedores e colaboradores. O número de postos e o horário de funcionamento serão definidos de acordo com as necessidades operacionais da unidade e aprovados pelo gerente da área.

Recursos Materiais e Técnicos

- O setor de recepção e portaria deve dispor de:
  - Área física adequada para atender às demandas de fluxo de pessoas.

- Recursos materiais como uniformes e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), devidamente orientados e capacitados para uso pela equipe.
- Tecnologia para gestão de entradas e saídas, sistemas de registro de documentos e sinalização de segurança.

Movimentação de Correspondências e Documentos

A recepção e portaria são responsáveis pelo controle de entrada e saída de correspondências e documentos, que devem ser registrados com as seguintes informações: remetente, destinatário, data de recebimento, prioridade e assunto.

- Documentos externos: Devem ser protocolados pelo setor de protocolo geral, com registro no Livro de Registro de Protocolo, incluindo assinatura do recebedor.
- Documentos internos: Seguirão fluxo próprio definido pelo serviço de recepção e portaria.

Competências da Equipe

- Recepção:
  - Informar os usuários sobre a missão, valores e serviços da unidade.
  - Direcionar os pacientes e acompanhantes de forma humanizada, respeitando prioridades como gestantes, idosos, pessoas com deficiência e crianças.
  - Articular a comunicação entre pacientes, profissionais e serviços da unidade.
- Portaria:
  - Controlar o acesso à unidade, permitindo a entrada apenas de pessoas autorizadas com crachá visível e adequado.
  - Orientar sobre as regras da unidade, como a proibição de entrada de pessoas alcoolizadas, com trajes inadequados ou portando aparelhos eletrônicos sem autorização.
  - Colaborar com a segurança, registrando ocorrências e controlando o fluxo de pessoas dentro da unidade.

Procedimentos Gerais

- Recepcionistas:
  - Receber cordialmente os visitantes e fornecer informações claras e respeitosas.
  - Verificar se os crachás de acompanhantes estão de acordo com as autorizações e comunicar imediatamente qualquer discrepância ao Serviço Social.
- Agentes de Portaria:

- Controlar o acesso de pessoas, garantir que os crachás de identificação estejam visíveis e compatíveis com o local visitado.
- Registrar e encaminhar correspondências e documentos recebidos.
- Informar sobre a responsabilidade pessoal por pertences e colaborar em casos de emergência ou ocorrências policiais.

Normas de Segurança

- A equipe deve operar equipamentos de controle de acesso e observar a movimentação de pessoas, reportando irregularidades.
- Manter afixado em local visível os números de telefone de autoridades locais (Polícia, Bombeiros) e responsáveis pela administração da unidade.
- Colaborar em situações de emergência, visando à manutenção da segurança nas instalações.

Perfil Desejado para Agentes de Recepção e Portaria

- Ensino médio completo.
- Experiência na área de saúde.
- Boa comunicação oral, simpatia, agilidade, e capacidade de lidar com pessoas de forma eficiente e respeitosa.

Fluxos de Atendimento:

Figura 1 - Fluxo da recepção/sala de coleta/consulta/hemodiálise

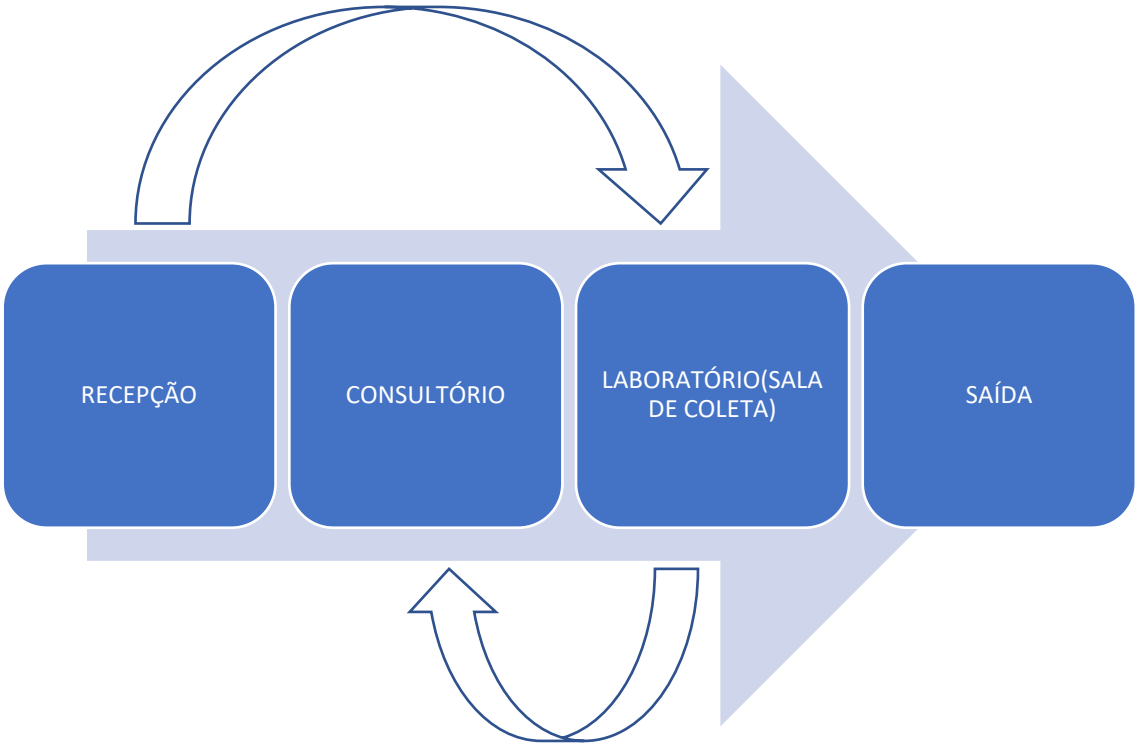


Figura 2 -Fluxo da recepção/SADT/consulta:

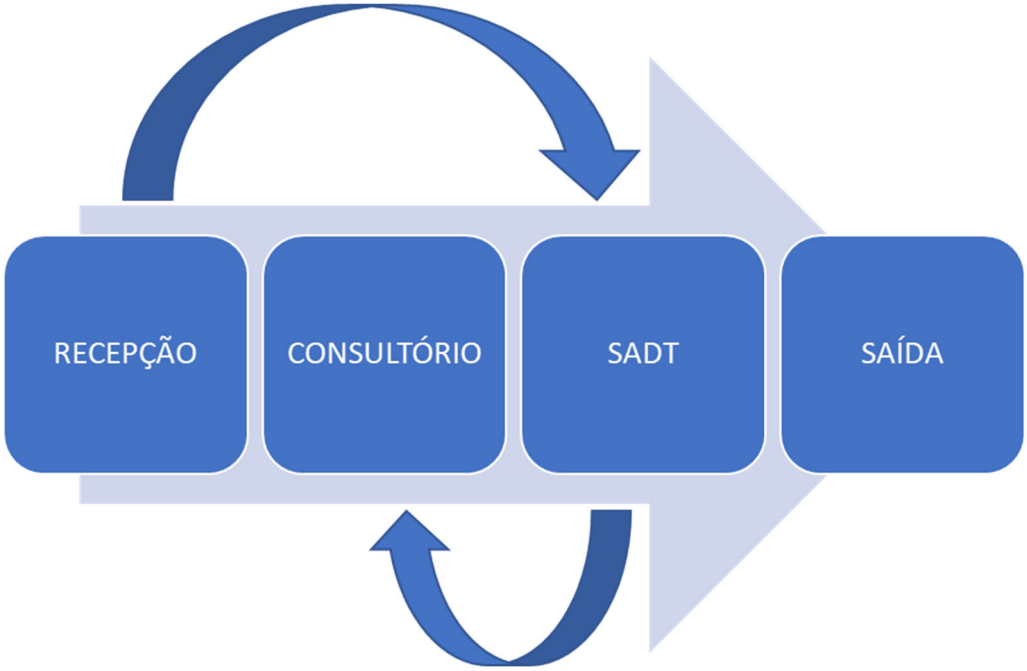


Figura 3 - Fluxo de recepção/sala de terapias multiprofissionais

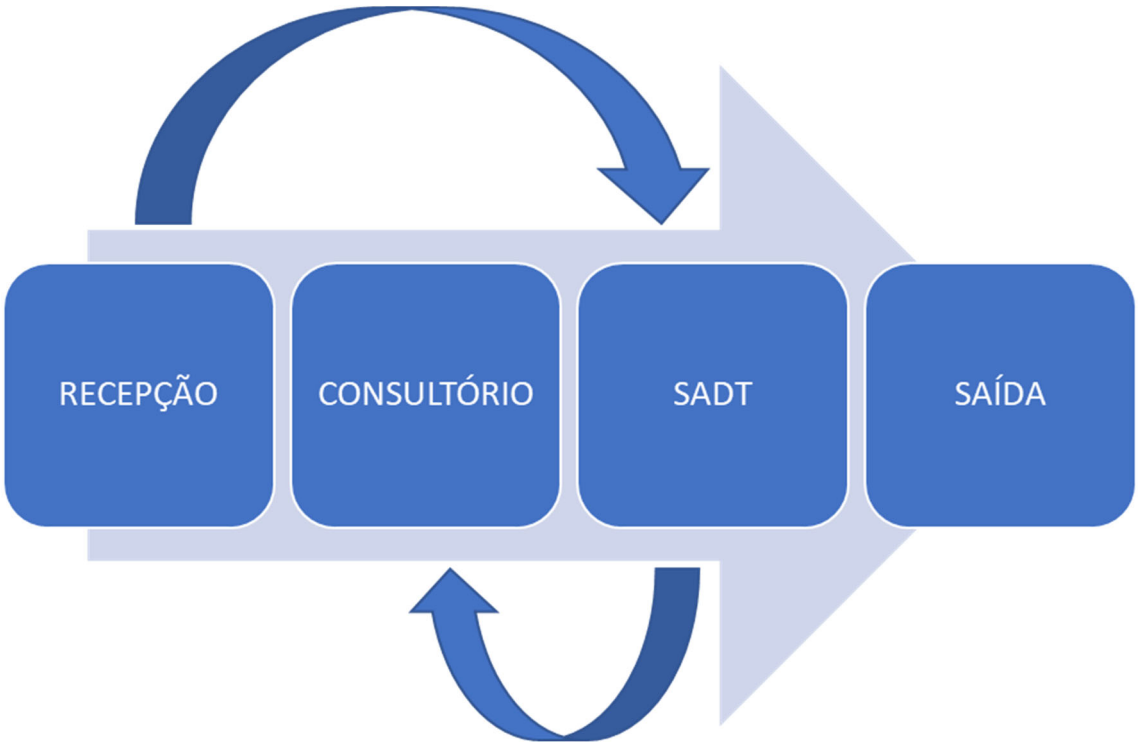
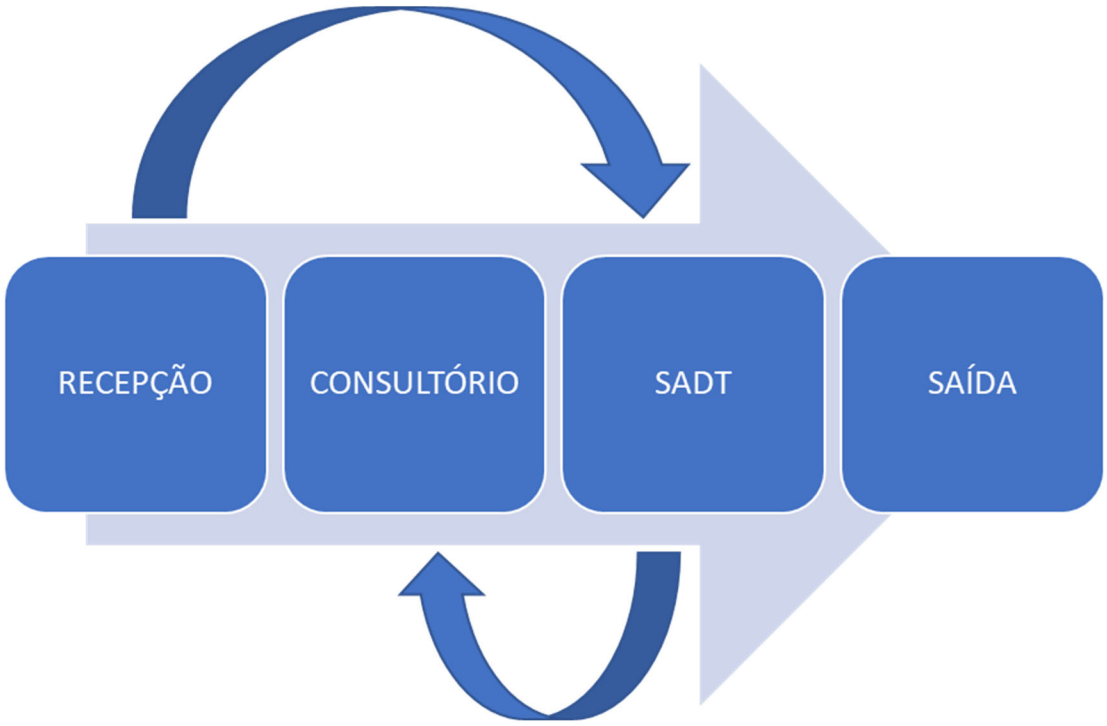


Figura 4 - Fluxo da recepção/farmácia



7.1.5. Fluxo Operacional nas Áreas Externas

O fluxo operacional nas áreas externas da Policlínica Estadual de Quirinópolis é essencial para a segurança, organização e eficiência do atendimento, começando desde a chegada dos pacientes e visitantes até o acesso aos serviços internos da unidade. Esse fluxo é cuidadosamente monitorado e gerido pela equipe de portaria e vigilância, que desempenha um papel central no controle e orientação de pessoas e veículos. Uma gestão eficaz das áreas externas contribui para a fluidez do atendimento e melhora a experiência do usuário, além de garantir a segurança de todos que frequentam a Policlínica. As áreas externas da Policlínica compreendem:

- Estacionamento:
  - Vagas destinadas a pacientes, visitantes e funcionários.
  - Vagas especiais para pessoas com deficiência, gestantes e idosos, localizadas próximas à entrada principal.
  - Controle de acesso ao estacionamento com identificação de veículos na entrada.
  - Sinalização adequada com indicações claras das vagas e fluxos de entrada e saída.
- Acesso para Ambulâncias:
  - Área isolada para ambulâncias e veículos de emergência, permitindo fácil entrada e saída sem interferir no fluxo comum de veículos.
  - Acesso direto à sala de emergência ou estabilização, garantindo rapidez no atendimento de pacientes em estado crítico.
  - Controle rigoroso de acesso para evitar congestionamento ou obstrução da área reservada para emergências.
- Entrada Principal e Recepção:
  - Acesso controlado por equipe de recepção e segurança, responsável por realizar a triagem inicial e fornecer orientações aos pacientes e visitantes.
  - Sistema de controle de entrada com registro de pacientes e visitantes, permitindo o acompanhamento do fluxo de pessoas na unidade.
  - Sinalização visual para facilitar a orientação dos usuários, indicando as diferentes áreas de atendimento e serviços disponíveis.
- Portaria:
  - Local de controle de acesso de pessoas e veículos, operado por profissionais de segurança.
  - Registro de entrada e saída de veículos e visitantes, garantindo controle e segurança no fluxo externo.
  - Sistema de monitoramento por câmeras, com gravação das atividades nas áreas externas.

- Jardins e Áreas de Convivência Externa:
  - Espaços destinados ao bem-estar e conforto dos pacientes e visitantes, com bancos e áreas verdes.
  - Manutenção periódica das áreas verdes para garantir um ambiente agradável e relaxante.
  - Iluminação adequada para garantir segurança durante o período noturno

Controle de Acesso e Vigilância

A segurança nas áreas externas é fundamental para o bom funcionamento da Policlínica, envolvendo um controle rígido de acesso e vigilância ativa:

- Equipe de Portaria e Vigilância:
  - A equipe de segurança é responsável pelo controle de acesso de veículos e pedestres, com identificação obrigatória na entrada da unidade.
  - Visitantes e pacientes devem portar crachás ou etiquetas de identificação visível, permitindo a circulação apenas nas áreas permitidas.
  - Vigilância ativa com monitoramento das áreas externas através de câmeras de segurança.
- Controle de Veículos e Estacionamento:
  - O estacionamento conta com sistema de controle de entrada e saída de veículos, permitindo a circulação apenas de veículos autorizados.
  - As vagas para pacientes e visitantes são devidamente sinalizadas, assim como as vagas exclusivas para ambulâncias e veículos de emergência.
  - Vigilância constante para garantir que os veículos estejam estacionados nas áreas designadas e para prevenir furtos ou outros incidentes.
- Monitoramento de Pedestres:
  - Rotas de circulação de pedestres devem ser organizadas e sinalizadas, orientando os pacientes e visitantes desde a entrada até as áreas de atendimento.
  - As áreas externas, incluindo entradas, jardins e áreas de convivência, devem ser monitoradas por câmeras de segurança para garantir a integridade física dos usuários.

Orientação e Acompanhamento dos Pacientes

A chegada dos pacientes à Policlínica é o primeiro ponto de contato com a unidade e deve ser organizado para garantir um fluxo eficiente e acolhedor:

- Recepção e Triagem Inicial:

- A equipe de recepção é responsável por realizar a triagem inicial, verificando a documentação dos pacientes e direcionando-os para os setores apropriados.
- Pacientes com necessidades especiais, como idosos, gestantes ou pessoas com mobilidade reduzida, devem receber assistência imediata para garantir um atendimento prioritário.

- Orientação do Fluxo de Pacientes:
  - A sinalização nas áreas externas deve indicar claramente a localização da recepção, estacionamentos e áreas de atendimento, evitando desorientação.
  - A equipe de portaria e segurança deve orientar e, se necessário, acompanhar os pacientes e visitantes até os locais de destino.

Circulação de Veículos e Pedestres

A circulação de veículos e pedestres deve ser cuidadosamente planejada para evitar congestionamentos e garantir a segurança de todos:

- Rotas Sinalizadas para Veículos:
  - As áreas de circulação de veículos devem ser bem definidas, com faixas de pedestres e sinalização clara indicando as rotas permitidas.
  - As áreas exclusivas para ambulâncias e veículos de emergência devem ser isoladas das rotas de circulação comum, evitando interferências no atendimento de urgência.
- Acessibilidade para Pedestres:
  - Todas as áreas externas devem contar com acessibilidade adequada, incluindo rampas e calçadas adaptadas para pessoas com mobilidade reduzida.
  - A iluminação adequada é essencial para garantir a segurança dos pedestres, especialmente durante o período noturno.

Gestão de Emergências nas Áreas Externas

A gestão de emergências nas áreas externas da Policlínica deve garantir rapidez no atendimento e minimizar riscos:

- Áreas Exclusivas para Emergências:
  - A área reservada para ambulâncias deve ter fácil acesso e estar livre de obstruções, garantindo que os veículos de emergência possam entrar e sair rapidamente.
  - A equipe de segurança deve ser treinada para direcionar pacientes em situação de emergência para a área apropriada, sem comprometer o fluxo geral de pessoas e veículos.
- Plano de Evacuação:

- Em caso de emergências externas, como incêndios ou acidentes, deve haver um plano de evacuação claro para retirar pacientes e visitantes em segurança.
- A equipe de segurança deve ser treinada para gerenciar situações de crise e manter a calma entre os pacientes e visitantes.

Manutenção e Limpeza das Áreas Externas

A manutenção regular das áreas externas é fundamental para garantir um ambiente seguro e acolhedor:

- Limpeza e Manutenção das Áreas Verdes:
  - Os jardins e áreas de convivência devem ser mantidos em boas condições, com limpeza regular e poda das áreas verdes.
  - A limpeza das calçadas e áreas de circulação deve ser feita periodicamente para evitar riscos de acidentes.
- Verificação das Estruturas Externas:
  - Todas as estruturas externas, como rampas, corrimãos e calçadas, devem passar por verificações regulares para garantir que estejam em boas condições.
  - A manutenção de iluminação externa é essencial para garantir a segurança dos pacientes e visitantes durante a noite.

Figura 5 - Fluxos de fornecedores

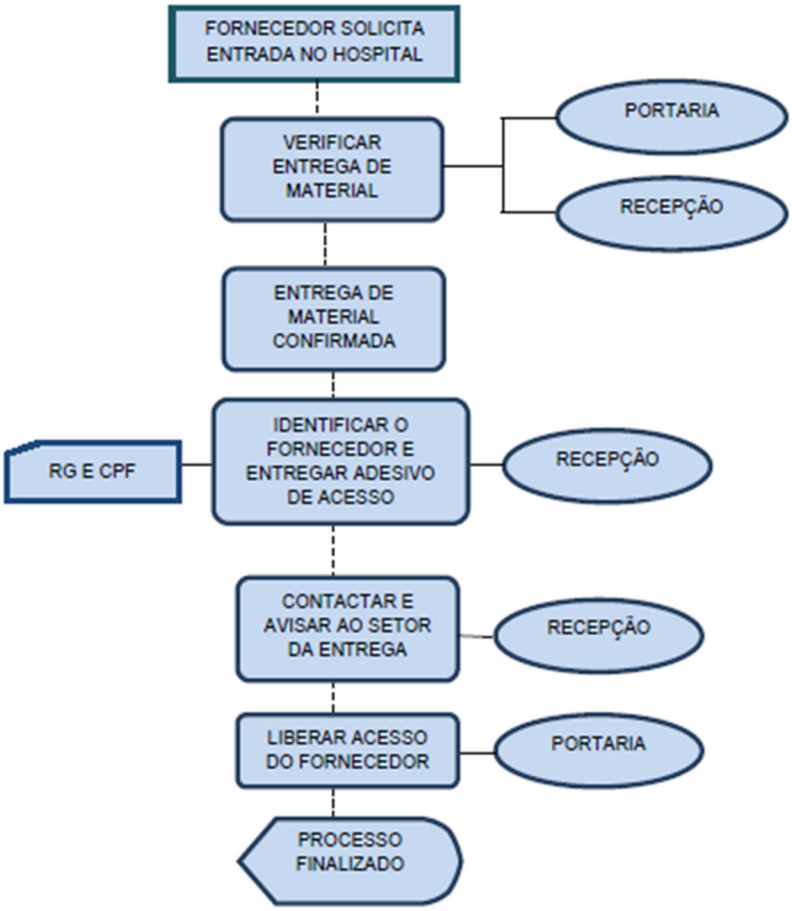


Figura 6 - Fluxo de Acesso De Funcionários À Unidade ambulatorial

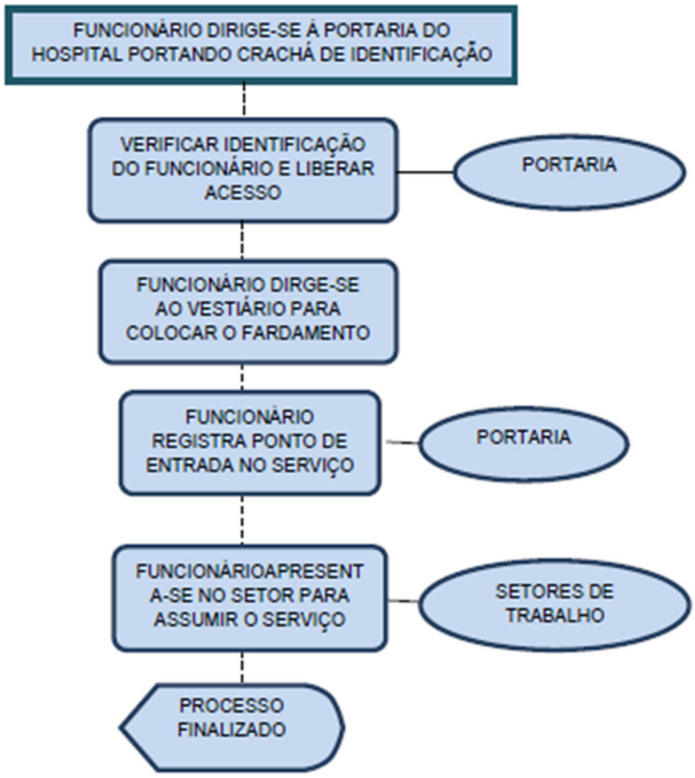


Figura 7 - Fluxo de Acesso Ao Estacionamento De Funcionário

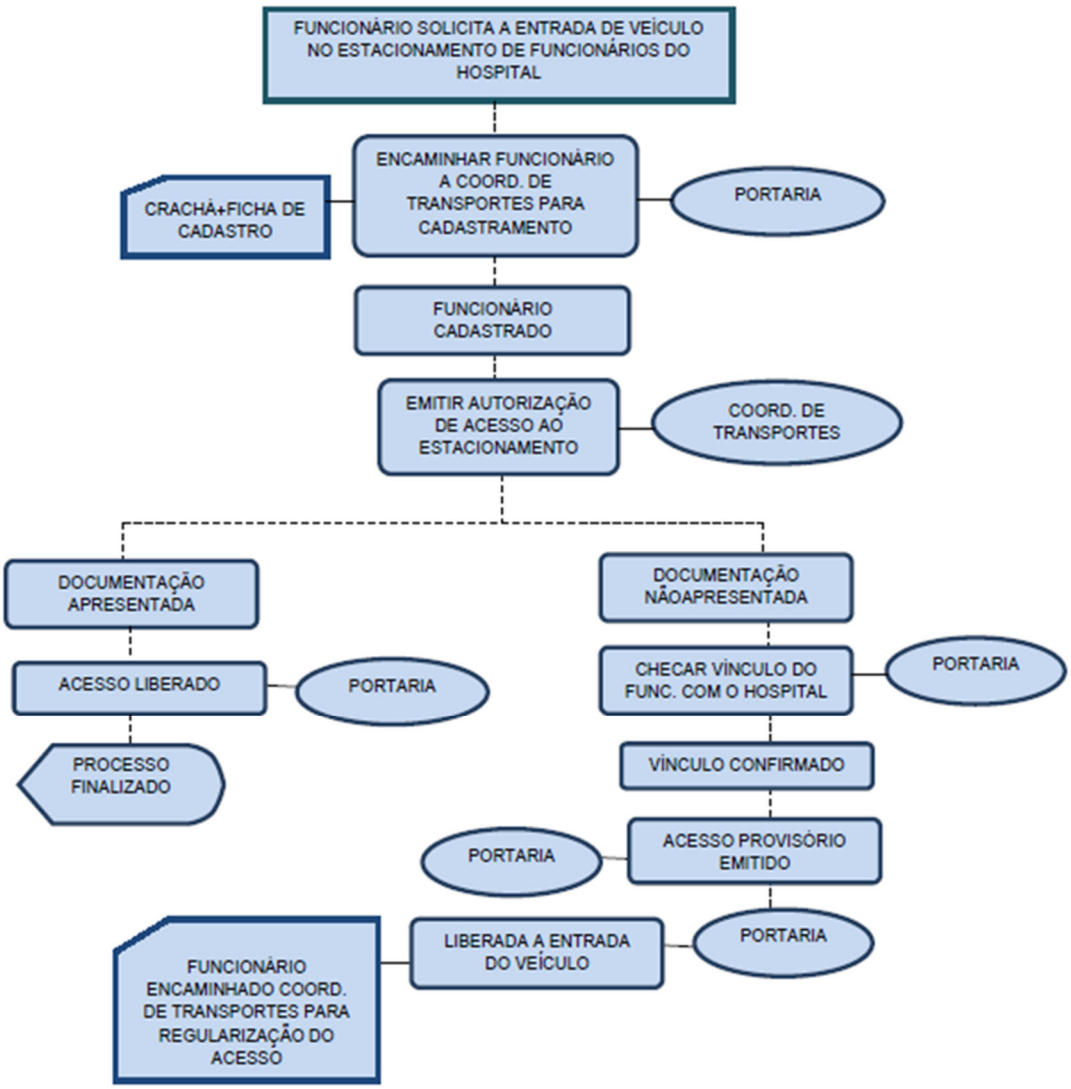


Figura 8 - Fluxo de Acesso De Veículos Oficiais À Unidade Ambulatorial

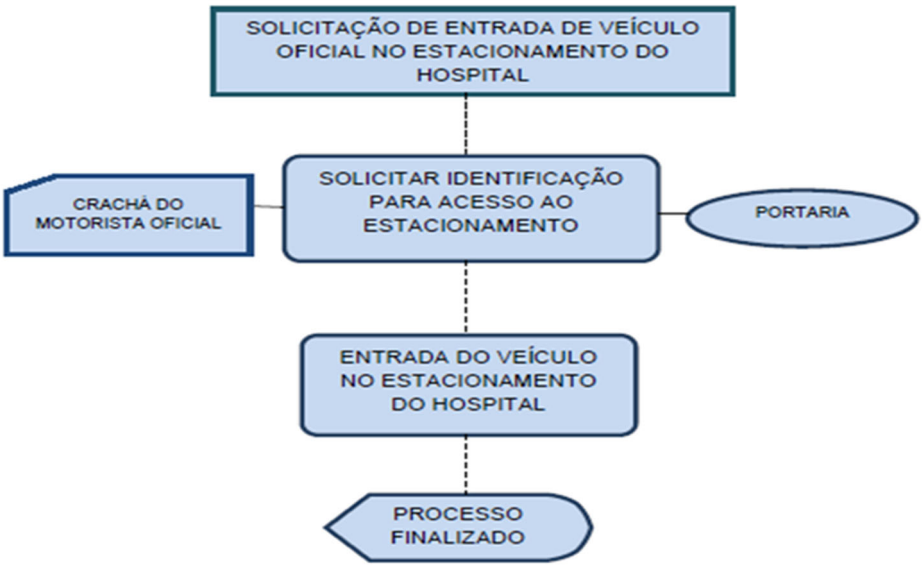


Figura 9 - Fluxo de Acesso De Pessoal Em Áreas Restritas

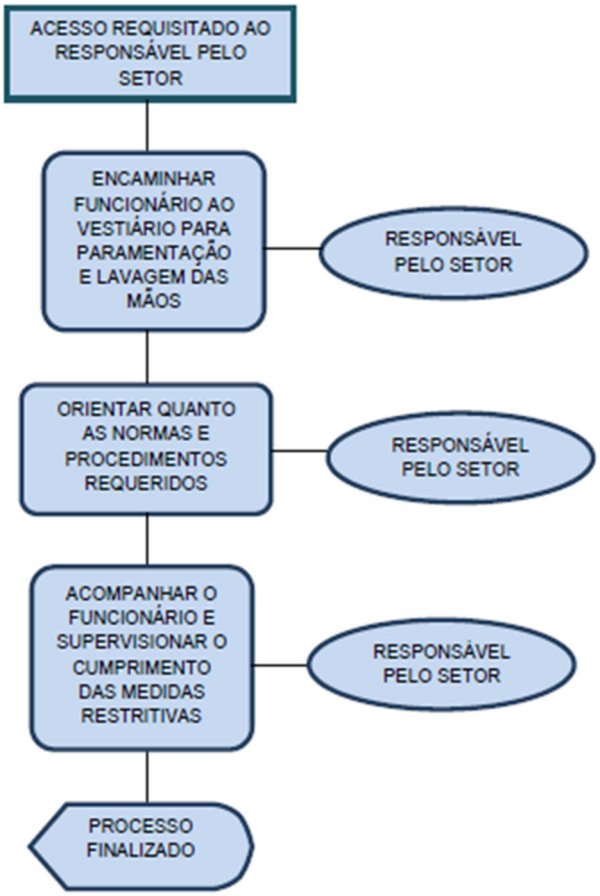
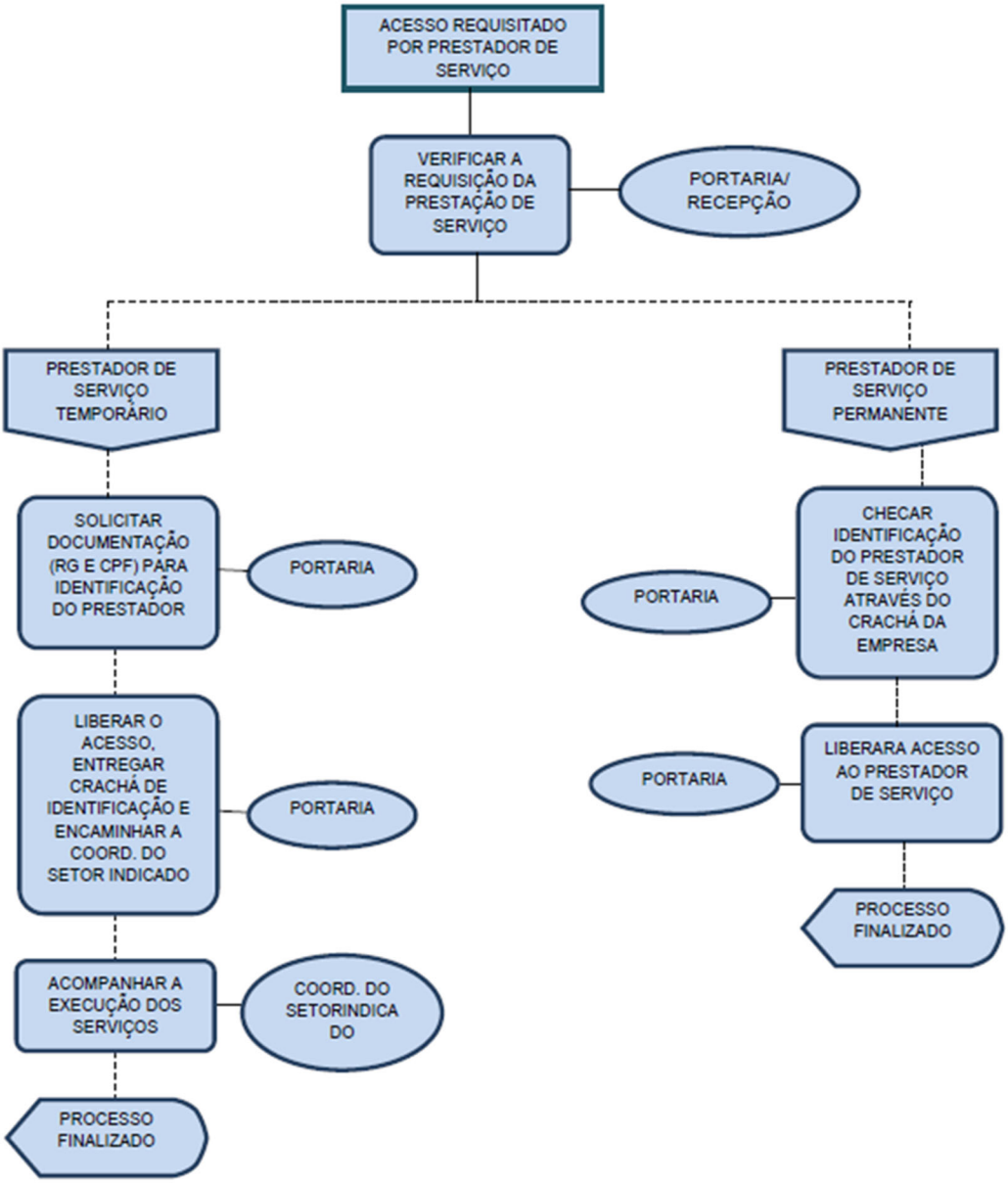


Figura 10 -Fluxo de Acesso Para Prestadores De Serviços À Unidade ambulatorial



As informações para o funcionamento dos processos do SAME são providas por diversos setores do POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , entre eles:

- Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o SISTEMA PACIENTE de informações sobre os usuários de nossos serviços;
- Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- Sala de estabilização: informações constantes sobre a movimentação de pacientes, Censo ambulatório com fechamento às 18 hs;
- Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- Profissionais de saúde: por meio das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito.
- Serviços especializados (Diagnóstico por Imagem, Laboratório, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

Ambulatórios

O usuário, ao marcar consulta, é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.

Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

Quando um prontuário é retirado das prateleiras é colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhada.

Os profissionais da equipe de saúde que necessitarem consultar algum prontuário deverão preencher uma ficha de solicitação de prontuário. A consulta deve ser feita na própria Policlínica Estadual de Quirinópolis e fica proibida a circulação do prontuário fora da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .** No caso do atendimento do usuário nos

serviços ambulatoriais sem o prontuário, existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

Composição e preenchimento do prontuário

- FICHA DE INTERNAÇÃO PARA EXAMES E ESTADA EM SALA DE OBSERVAÇÃO: É preenchida de acordo com as informações colhidas com o paciente e/ou acompanhante. Deverá ser apresentado documento de identificação do paciente e Cartão de Matrícula e Frequência do mesmo.
- ANAMNESE MÉDICA: A mesma pode ser feita na Folha de Evolução Médica ou em impresso específico com dados do exame físico completo, sinais vitais, sinais e sintomas da enfermidade atual, história pregressa do paciente, antecedentes familiares, hipótese diagnóstica e outras informações que o médico julgar necessárias.
- FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA: A mesma deverá ser, no mínimo, diária e legível. Deve apresentar o estado atual do paciente (evolução ou involução), relatório de procedimentos cirúrgicos e outros.
- PRESCRIÇÃO MÉDICA: Deve ser no mínimo, diária. Os itens devem ser escritos diariamente, indicando:
  - Nome do medicamento;
  - Apresentação;
  - Dosagem;
  - Via de administração;
  - Posologia.

  A prescrição médica deve conter o nome do paciente, nº de registro, data e assinatura do médico que a realizou. A enfermeira, responsável pela unidade de exame e estabilização, deverá fazer no impresso de prescrição médica o aprazamento (horários da medicação), diariamente.
- DIAGNÓSTICO MÉDICO: Durante o tempo em que o paciente permanecer internado, o médico deverá definir o seu diagnóstico (diagnóstico definitivo) e registrá-lo no prontuário.
- HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: É o processo de coleta de dados que subsidia a análise do estado de saúde de um paciente. A coleta de dados de enfermagem é a avaliação de sinais e sintomas físicos do paciente, da história médica, social e cultural e de fatores físicos e psicológicos do ambiente. O enfermeiro deverá preencher este impresso na admissão do paciente na unidade.

- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: É um julgamento das reações de um indivíduo, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou processo da vida. A formulação do diagnóstico de enfermagem é baseada na identificação das necessidades do paciente, uma vez que os dados contidos no histórico começam a revelar os problemas de enfermagem.
- PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: A prescrição de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem em que o profissional decide de que forma serão implementadas as condutas, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade, bem como consiste na implementação do plano assistencial.
- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: É o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. A fonte primária de dados para compor uma evolução de enfermagem é o paciente, todavia, a enfermeira também deve entrevistar os familiares, pois o registro e relato no processo de admissão são de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de internamento do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e COREN.
- OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: A finalidade da anotação de enfermagem é, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 12 horas. Deve conter o COREN do enfermeiro ou auxiliar ou técnico de enfermagem que efetuou o registro.
- RELATÓRIO DE ALTA: O mesmo é preenchido no momento da alta do paciente. Deverá conter: a identificação do paciente, nº de registro, data de admissão e alta, história da admissão, diagnóstico definitivo, resultados dos exames laboratoriais e outros, condições de alta, data e assinatura do médico responsável.

Observações:

- Casos cirúrgicos: além dos impressos normais, o prontuário deverá conter ficha operatória, débito do centro cirúrgico e ficha de anestesia.
- Exames complementares: todos os resultados dos exames solicitados deverão estar anexados ao prontuário.
- Registro Clínico Social: este deverá ser feito antes da admissão do paciente, onde são coletadas informações do paciente e do responsável pelo mesmo e em especial número da identidade e residência com ponto de referência.

Fluxo para registro do SAME

As informações para o SAME são providas por diversos setores da Policlínica Estadual de Quirinópolis :

- Informática: através do SISTEMA DE GERENCIAMENTO AMBULATORIAL que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;
- Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- Sala de estabilização: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 18h;
- Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
  - Prontuário Físico: por meio das anotações nos Prontuários, visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;
  - Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) por meio do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

Documentos Administrativos

- Documentos recebidos de Origem Externa: No que diz respeito aos documentos recebidos de origem externa, utilizaremos o sistema de **Registro de Protocolo Geral**. O setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam à Instituição e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificando o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados:
  - Data Recebimento;
  - Destinatário;
  - Remetente;
  - Data de Entrega; e
  - Assinatura do Recebedor.
- Documentos recebidos de Origem Interna: Os documentos de origem interna que irão tramitar internamente na Unidade devem seguir o procedimento de registro de protocolo, sendo este, Protocolo de Documentos Setorial. Os dados que devem constar neste protocolo e devem ser os mesmos do Livro de Registro de Protocolo de Documentos.

- Documentos de Pacientes: Com relação aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das informações e documentos pertinentes ao paciente e todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos, enquanto clientes e usuários das Instituições de Saúde. Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na instituição.
- Documentos Assistenciais: As informações para o funcionamento dos processos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME serão providas por diversos setores da unidade, entre eles:
    a. Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o sistema paciente de informações sobre os usuários de nossos serviços;
    b. Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
    c. Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
    d. Profissionais de saúde: por meio das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em Prescrições;
    e. Serviços especializados (Posto de coleta, Farmácia, Nutrição, etc.): por meio do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

O fluxo de documentos no ambulatório seguirá a seguinte rotina:

- O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo;
- Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos;
- Quando um prontuário for retirado das prateleiras será colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhada.

Figura 11 - Emissão de Ficha de Atendimento do Usuário

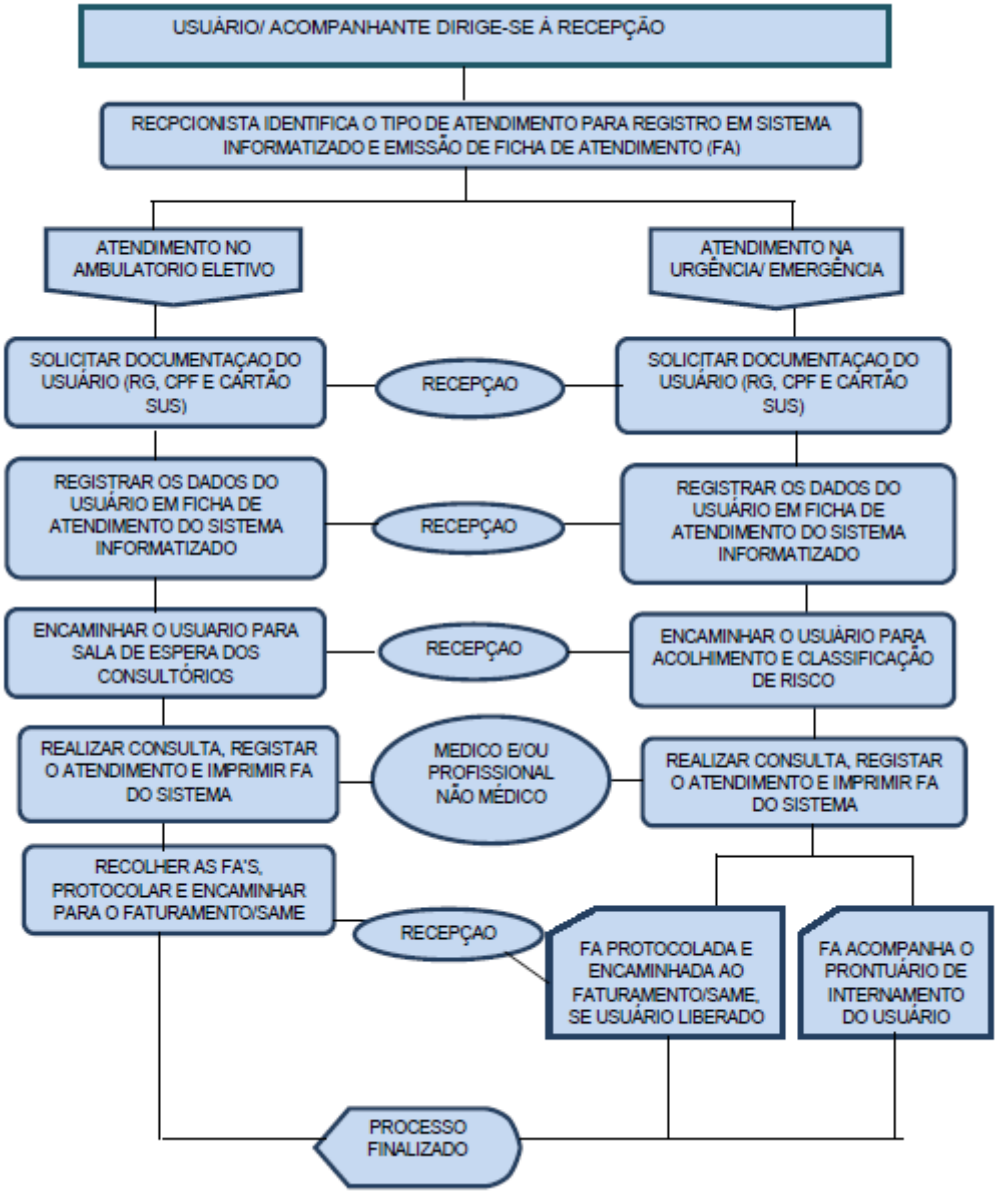


Figura 12 - Organização Do Prontuário Do Usuário

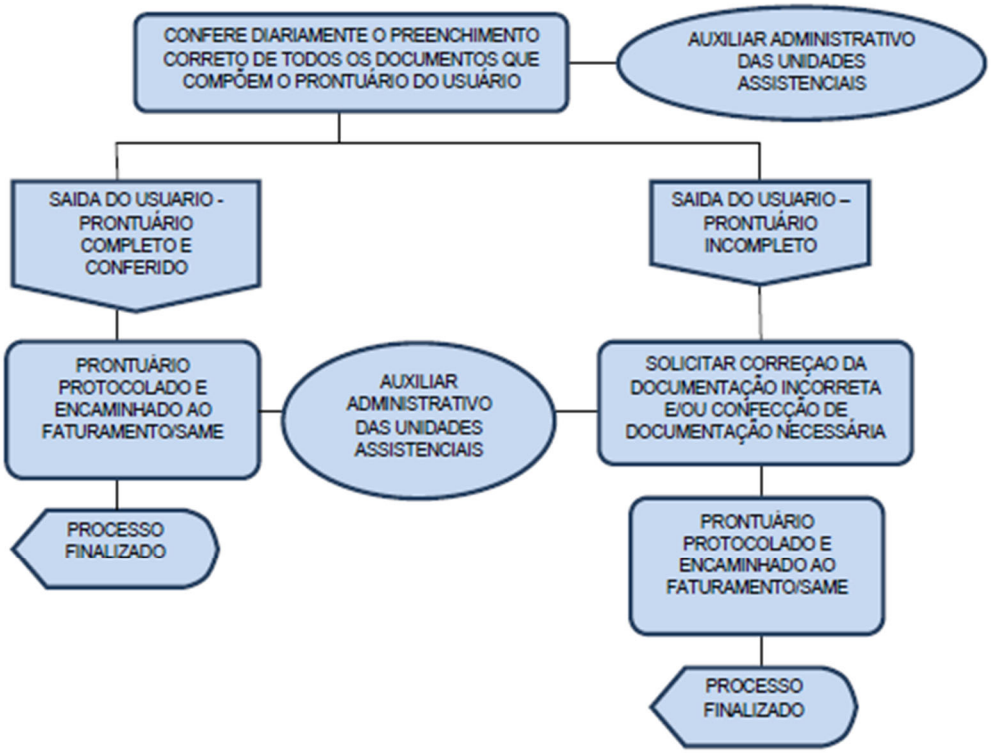


Figura 13 - Consulta A Prontuário Do Usuário Para Pesquisas

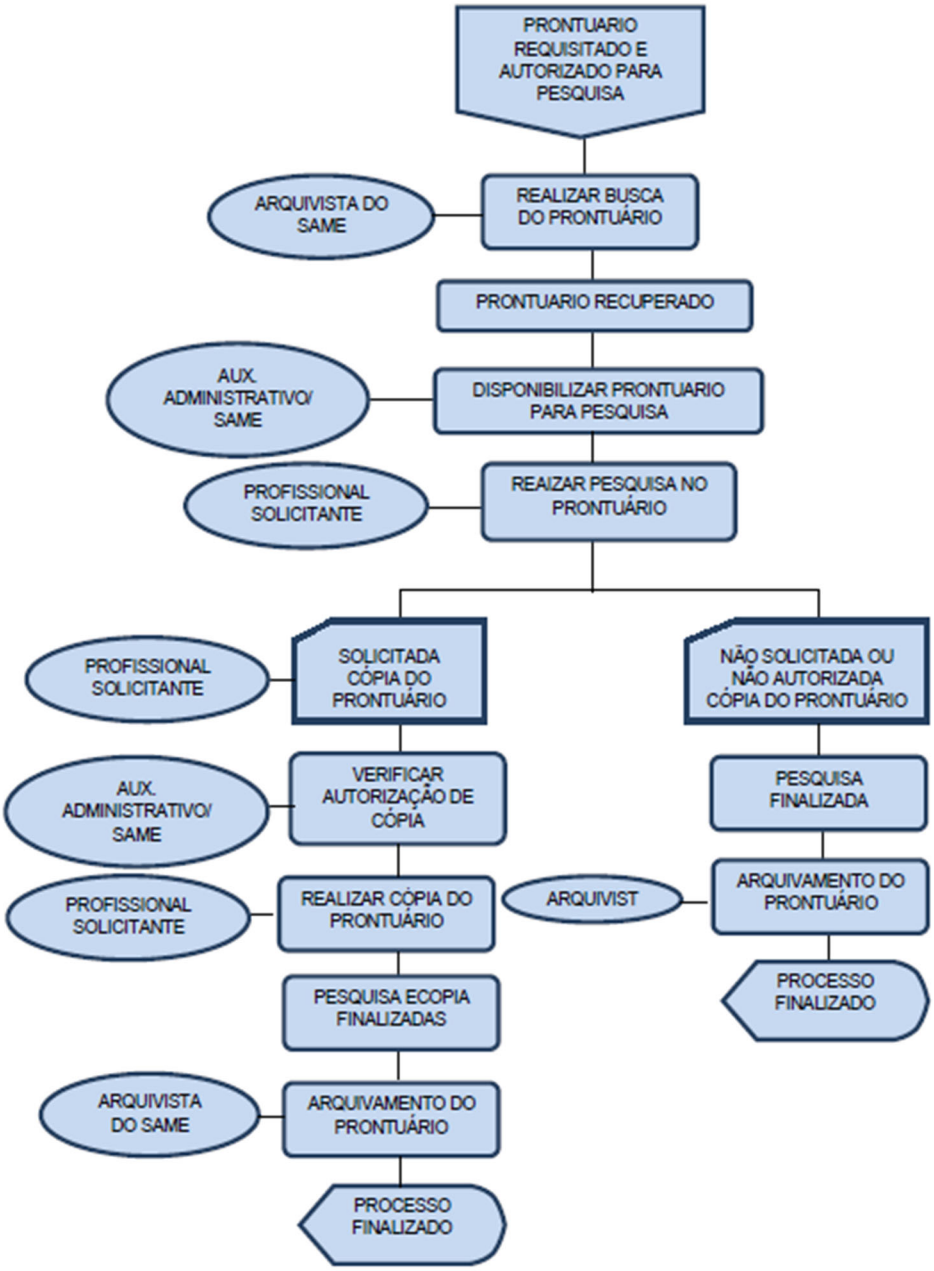


Figura 14 - Consulta A Prontuário Do Usuário Para Fins Jurídicos

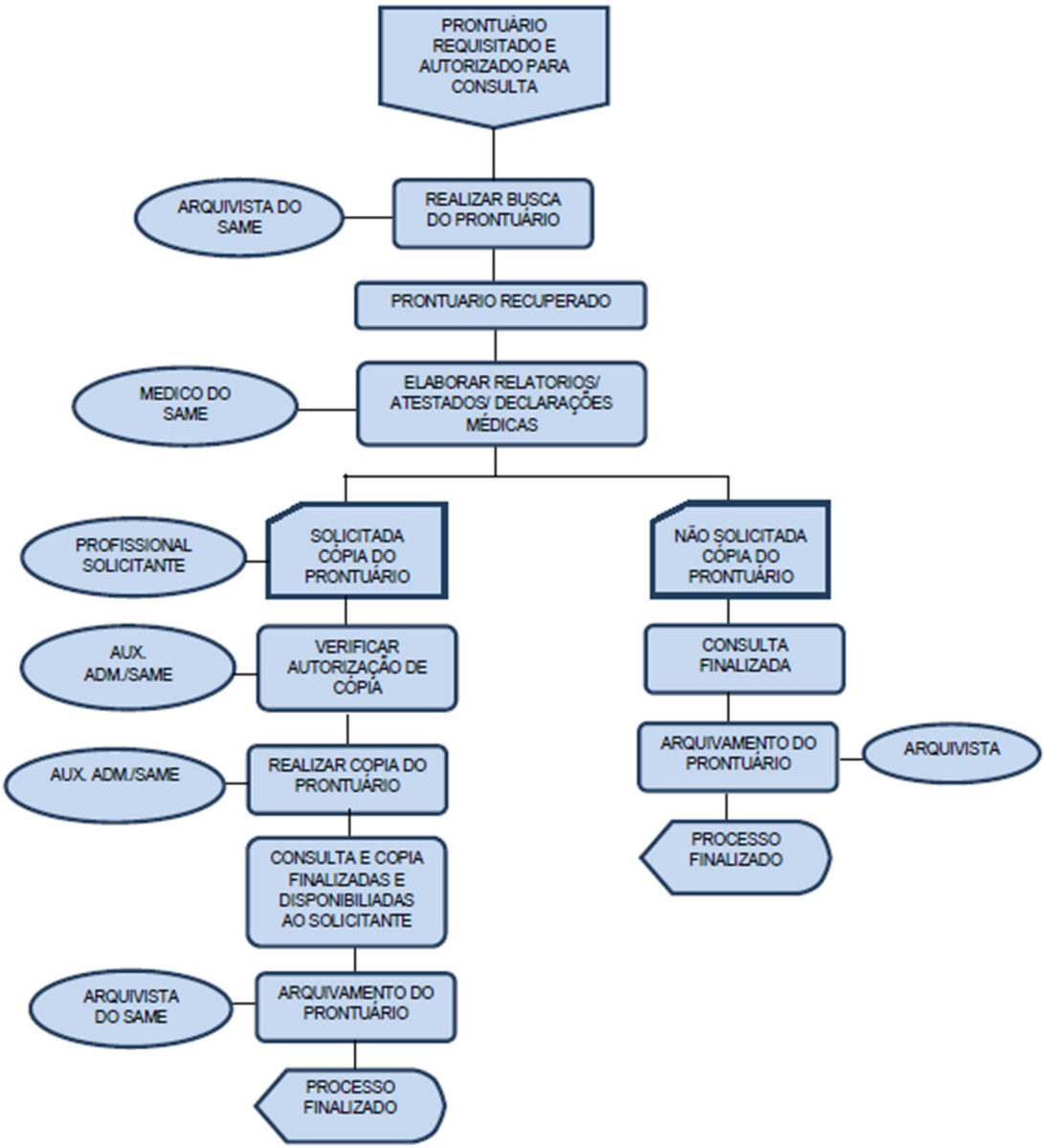


Figura 15 - Consulta A Prontuário Do Usuário Para Continuidade De Tratamento

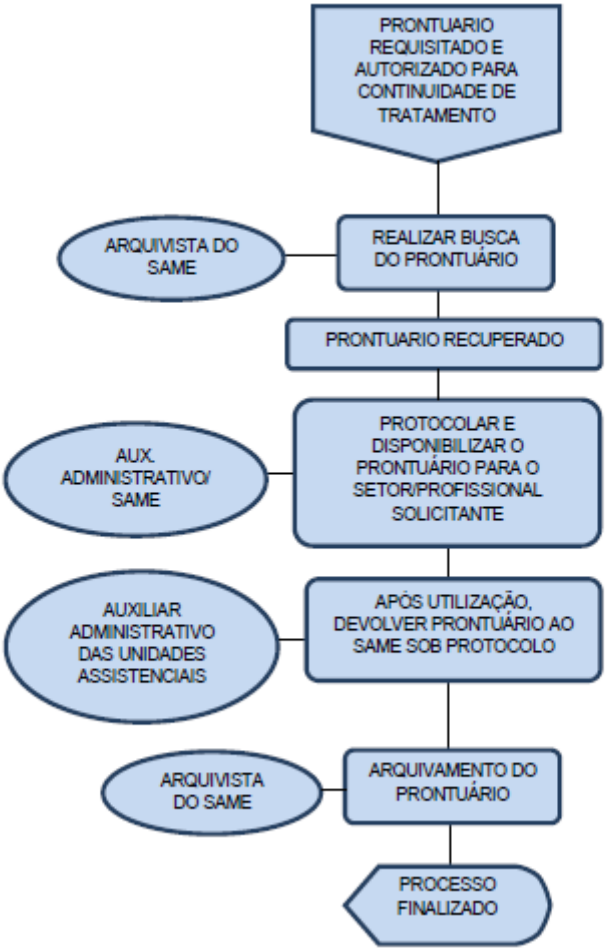


Figura 16 - Circulação E Arquivamento De Documentos Administrativos

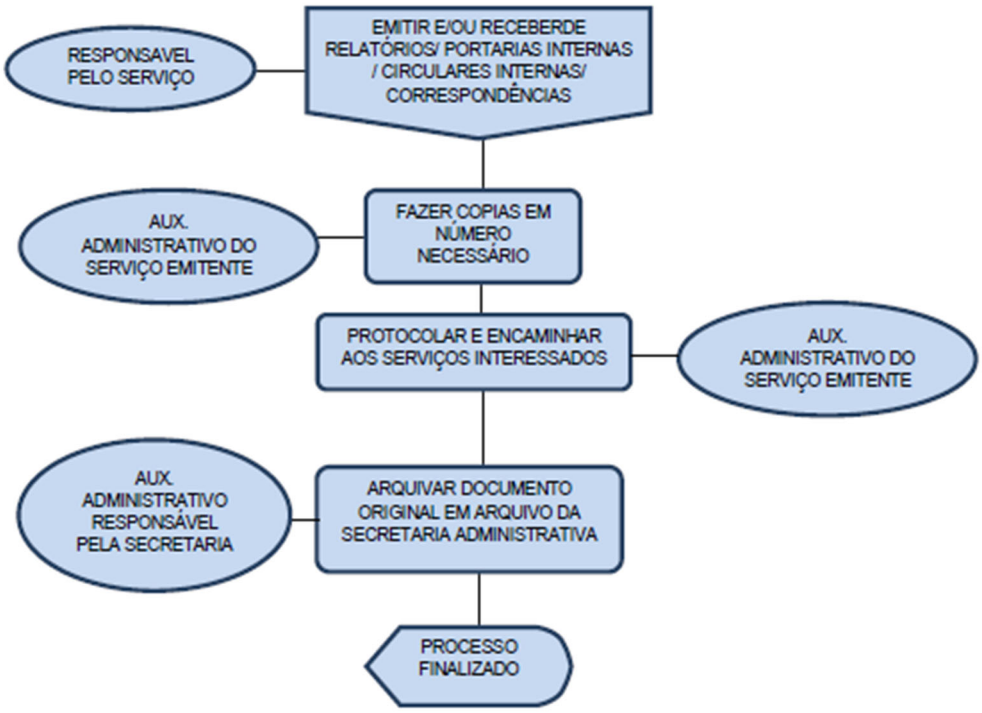


Figura 17 - Circulação E Arquivamento De Requisições De Materiais E Notas Fiscais

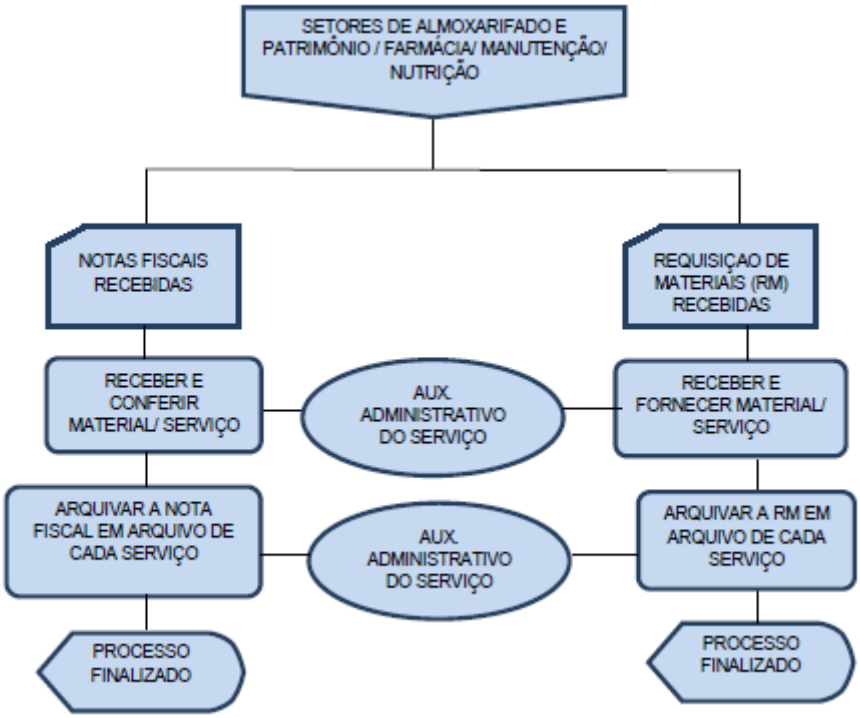


Figura 18 - Processo: Óbito do Paciente

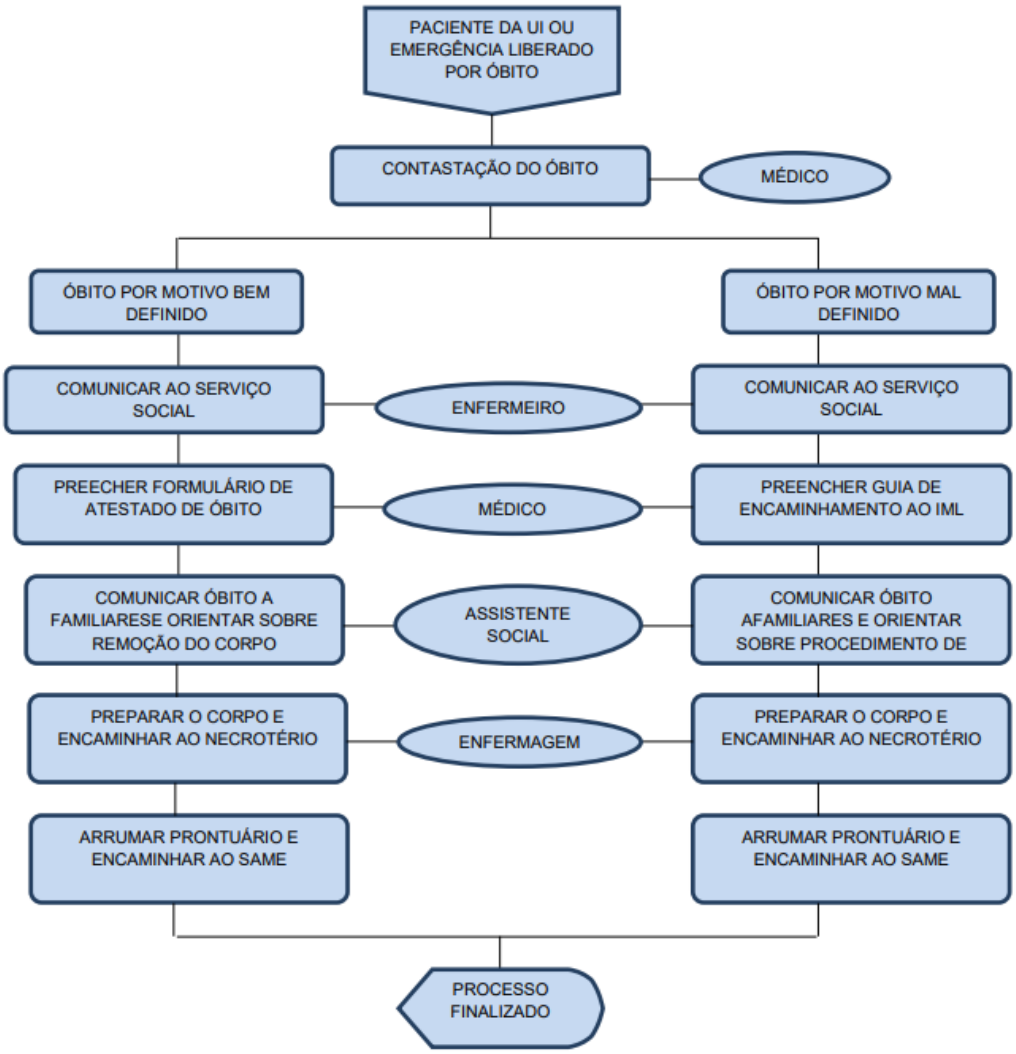


Figura 19 - Processo: Consulta a Prontuário do Usuário para Pesquisas

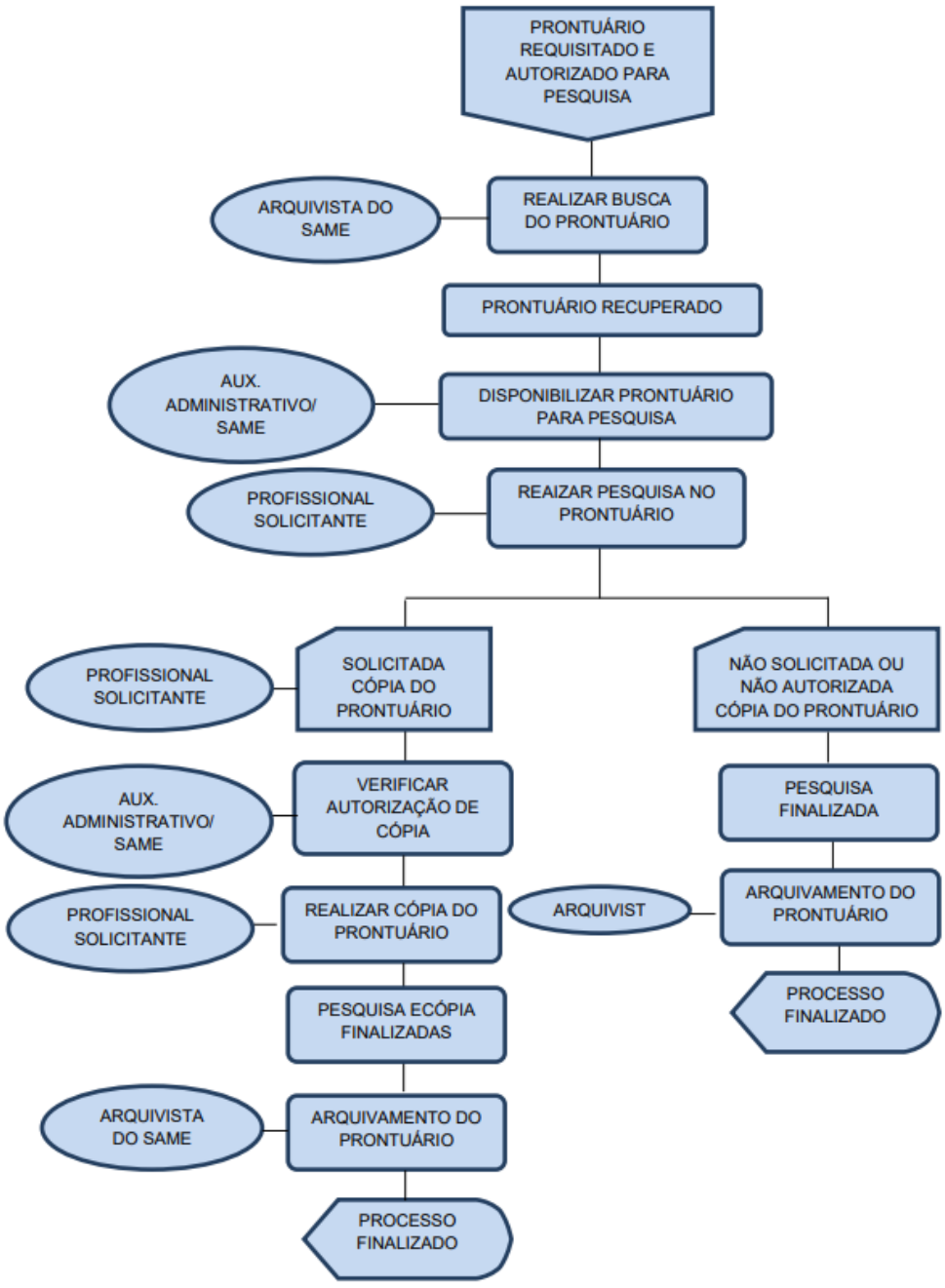


Figura 20 - Processo: Consulta a Prontuário do Usuário para Continuidade de Tratamento

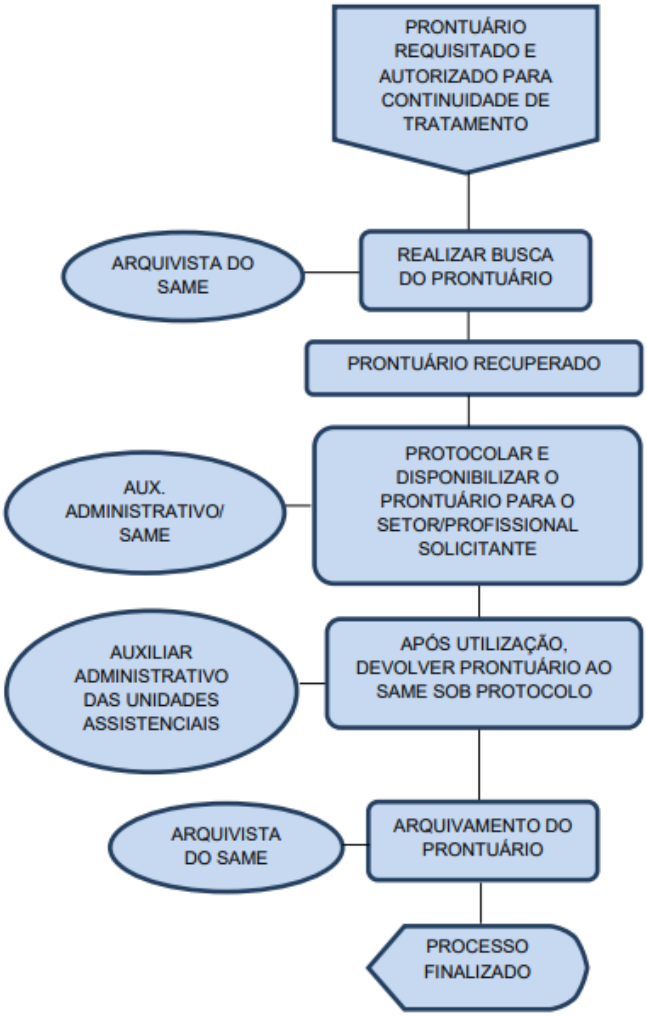
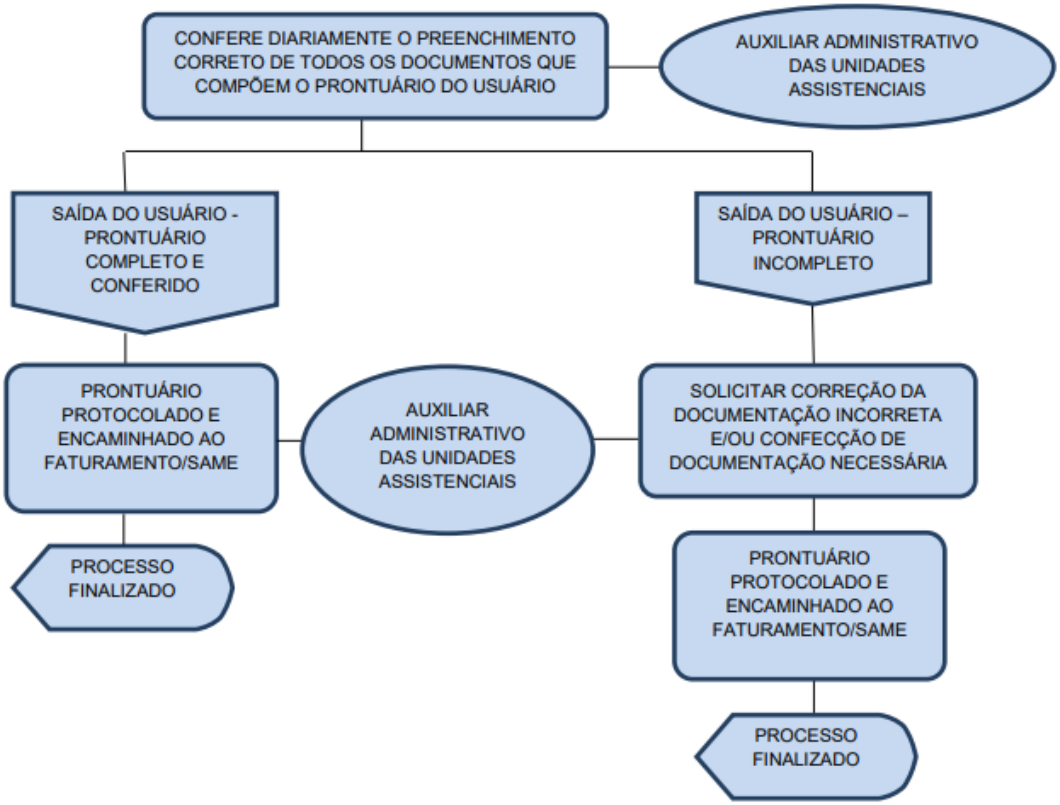


Figura 21 - Processo: Arrumação Prontuário do Usuário



7.1.7. Fluxo unidirecional para materiais esterilizados e roupas

A legislação (RDC n° 307 de 14/11/02) determina que deve existir uma Central de Materiais e Esterilização (CME) quando houver centro cirúrgico, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência.

A estrutura da CME deve conter uma barreira física de modo que as áreas limpas e contaminada sejam adequadamente separadas e não haja qualquer tipo de contaminação. O fluxo será unidirecional e a área de estocagem deverá ter acesso limitado de pessoas. A planta deverá ser dividida em, no mínimo 03 (três) áreas: descontaminação, empacotamento e esterilização/estocagem, as quais têm como atribuição:

- **Descontaminação**
  - Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
  - Desinfetar e separar os materiais;
  - Verificar o estado de conservação do material;
  - Proceder a limpeza do material;
  - Encaminhar o material para a área de preparo.
- **Empacotamento**
  - Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
  - Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais a serem esterilizados;
  - Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.
- **Esterilização/Estocagem**
  - Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
  - Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
  - Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
  - Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.
  - Embalar o material utilizando tecido de algodão, papel grau cirúrgico ou papel crepado;
  - Estocar o material esterilizado;
  - Proceder a distribuição do material às unidades;
  - Registrar a saída do material.

De acordo com a mesma RDC n° 50, os processos desenvolvidos serão:

- Limpeza: remoção da sujidade visível (orgânica e inorgânica) mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas por meio das lavadoras termo desinfetadoras, que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.
- Descontaminação: processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.
- Desinfecção: processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 minutos. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido peracético.
- Preparo: as embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento e garante a integridade do material.
- Esterilização: processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los por meio de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1 em 1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

➢ PROCESSOS FÍSICOS:

- Calor Seco: processo realizado pelo calor seco em estufas elétricas, sempre mantendo espaço suficiente entre os artigos e, sobretudo no processamento de instrumental cirúrgico, respeitar a ocupação máxima conforme fabricante.

Contudo, vale ressaltar que a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico – SOBECC – recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco. (Práticas Recomendadas – SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – 4ª edição – 2.007, pág. 78).

- Vapor Saturado Sob Pressão: processo que está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas, ocorrendo uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.
- Autoclavagem Pré-Vácuo: processo, que por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo. Observação: todos os materiais submetidos à esterilização a vapor, só serão liberados após *checklist* realizada pelo auxiliar de enfermagem da área.

➢ PROCESSOS QUÍMICOS E FÍSICO-QUÍMICOS: esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria n° 930/92 do Ministério da Saúde que são os aldeídos, o ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O peróxido de hidrogênio (na forma gás plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa pressão.

➢ VALIDAÇÃO E CONTROLE

- Validação dos Processos de Esterilização de Artigos: procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistente e fornecer produtos cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana.

- Testes Químicos: podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick serão realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.
- Testes Biológicos: são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.
- Controle do Ar:_Na área de lavagem e descontaminação, a ventilação será realizada através de um sistema de exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microrganismos para as demais áreas. Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar-condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.
- Manutenção: Serão estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia e Manutenção da Policlínica Estadual de Quirinópolis . O processo de validação das autoclaves será realizado anualmente por firma terceirizada. Observamos que o fluxo unidirecional dos materiais obedece aos padrões técnicos vigentes da RDC n° 50, sendo a manutenção dos mesmos a indicação do nosso processo de gestão.

Processamento das Roupas

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenagem e distribuição. O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando a proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos. Na retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas) deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções

padrão independentemente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

ETAPAS DO PROCESSAMENTO DA ROUPA

- Coleta da Roupa Suja na Unidade Geradora e Transporte:

O acondicionamento e guarda da roupa suja na unidade geradora deve ocorrer em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia, visando a proteção dos colaboradores e dos pacientes. Os sacos dos hampers devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos. A retirada da roupa suja da unidade geradora deve ocorrer com o mínimo de manuseio, observando-se as precauções padronizadas. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, colaboradores e pacientes.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte deve estar devidamente paramentado com todos os EPIs indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas). A coleta deve ser realizada no próprio saco do hamper, em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

- Processamento da Roupa na Área Suja

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de *hampers* (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora. Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

- Sujidade pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.
- Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.
- Processo de lavagem: O CGI irá terceirizar o serviço de lavanderia.
- Estoque e Armazenamento da Roupa:

O processo de estocagem de rouparia na Policlínica Estadual de Quirinópolis é a organização e armazenamento adequado de roupas hospitalares (lençóis, toalhas, aventais, etc.) que são processadas externamente por uma lavanderia terceirizada. Esse processo visa garantir a disponibilidade de roupas limpas e em condições adequadas para uso no atendimento ambulatorial, assegurando que o fluxo de materiais esteja sempre alinhado às necessidades da unidade. A estocagem de rouparia tem como principais finalidades:

- Garantir a Higiene e Segurança: Manter a rouparia em condições de higiene adequadas, livre de contaminações, para uso nos diversos setores da unidade ambulatorial.
- Organizar o Estoque: Facilitar a distribuição das roupas para os setores específicos da Policlínica, como salas de exame, procedimentos e estabilização, de maneira eficiente e controlada.
- Controle de Qualidade: Monitorar o estado de conservação das roupas, garantindo que estejam sempre em boas condições de uso.

Descrição do Processo

I. Recebimento da Rouparia:
- A rouparia processada pela lavanderia terceirizada é entregue à Policlínica em embalagens seladas, garantindo a integridade e limpeza durante o transporte.
- Ao chegar na unidade, a equipe responsável verifica se a quantidade e a qualidade das peças recebidas estão de acordo com o solicitado e registra as entradas no sistema de controle.

II. Organização do Estoque
- Após a conferência, as roupas são organizadas em um almoxarifado específico para rouparia, devidamente separado por categorias (lençóis, aventais, toalhas, etc.), garantindo fácil acesso e distribuição rápida.
- O almoxarifado deve ser um ambiente limpo, seco, e bem ventilado, com prateleiras adequadas para armazenar a rouparia de forma que as peças não toquem o chão e sejam preservadas de contaminação.
- Cada tipo de roupa deve ser armazenado em prateleiras diferentes, devidamente identificadas, para facilitar o controle e a reposição.

III. Controle de Estoque
- A equipe de rouparia deve manter um registro atualizado de todas as entradas e saídas de roupas do estoque, utilizando um sistema informatizado ou manual para controle da quantidade disponível.

- O sistema deve incluir a data de recebimento, quantidade, e distribuição para os setores da Policlínica, permitindo que seja feito o monitoramento do consumo e reposição conforme a demanda.

IV. Distribuição

- A distribuição da rouparia para os diversos setores da Policlínica é realizada conforme a necessidade e demanda de cada área (consultórios, salas de exames, salas de estabilização).
- As roupas são retiradas do estoque e entregues nos setores em intervalos regulares ou mediante solicitação específica.
- As roupas usadas são recolhidas nos pontos de coleta da unidade e encaminhadas de volta para a lavanderia terceirizada para reprocessamento.

V. Normas de Segurança e Higiene

- As roupas limpas devem ser manuseadas sempre com luvas e mantidas em ambiente livre de poeira e contaminação.
- A equipe responsável pela estocagem e distribuição deve seguir as normas de biossegurança, evitando o contato direto das roupas com superfícies não esterilizadas.
- O almoxarifado deve ser limpo regularmente, e as roupas devem ser armazenadas de forma que não fiquem expostas a riscos de contaminação.

VI. Transporte e distribuição da roupa limpa:

- O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores dos serviços de saúde depende do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central. A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do cliente;
- A distribuição de roupa limpa é feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas e pode ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos, exclusivos para esse fim;
- É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação da mesma;
- Cada unidade receberá uma cota de roupa para reposição de estoques nas rouparias setoriais. Geralmente o cálculo das quantidades de roupas segue a seguinte ideia: uma muda de roupa fica no leito do paciente, uma outra fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia, enquanto tem outra peça na lavanderia em processamento. É comum existir uma cota fixa de roupa para cada unidade, preestabelecida em função da necessidade estimada.

Observação:

- As peças de roupas danificadas e aproveitáveis serão reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa;
- As peças danificadas não aproveitáveis receberão baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em piso, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras;
- Após o conserto, a roupa voltará a ser lavada.

Responsabilidades da equipe de enfermagem:

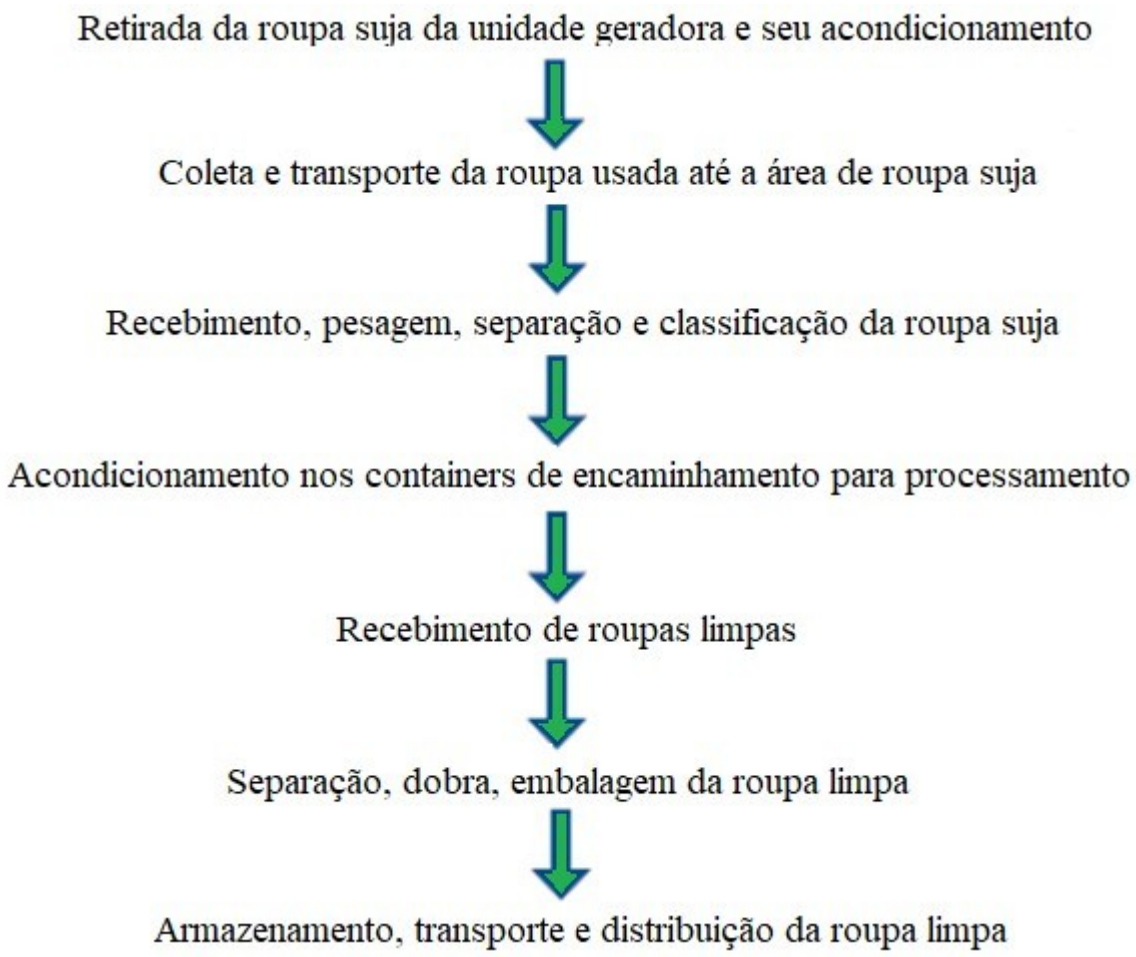
- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte.
- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper.
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso.
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum).
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário.
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hampers com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor.
- A rotina de identificação das hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente.
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados.
- Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário.

- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado por meio da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades da Policlínica.
- É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque.
- A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa.
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas.
- No momento da alta, um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Observação

- A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.
- As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.
- O Serviço de Processamento de Roupas deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

Figura 22 - Fluxograma de Roupas



7.1.8. Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados na Central de Material e Esterilização (CME)

O fluxo unidirecional na CME é o processo que assegura que os materiais e instrumentos médicos passem por um ciclo contínuo, desde o recebimento, descontaminação, lavagem, preparação, esterilização até o armazenamento e distribuição sem retorno ou cruzamento com materiais contaminados. O fluxo evita que materiais sujos entrem em contato com materiais limpos e esterilizados, garantindo a segurança e a eficácia dos processos.

I. Recebimento de Materiais Contaminados: Materiais utilizados em procedimentos médicos e cirúrgicos, após o uso, são classificados como contaminados. O processo de recebimento ocorre em uma área exclusiva da CME, destinada à manipulação inicial dos materiais contaminados. Etapas:

a. Coleta: Os materiais são coletados nos diversos setores da policlínica, utilizando recipientes fechados e específicos para transporte seguro.
b. Transporte: Materiais contaminados são transportados para a CME em recipientes selados, evitando vazamentos ou contato com o ambiente externo.
c. Área de Recepção: O recebimento ocorre em área segregada da CME, onde os materiais são preparados para o processo de limpeza.

Responsáveis: Equipe de enfermagem e equipe de logística da CME.

II. Lavagem e Descontaminação: Após o recebimento, os materiais passam pelo processo de lavagem e descontaminação para remover detritos biológicos e resíduos químicos. Etapas:

a. Triagem: Materiais são triados de acordo com o tipo, complexidade e necessidade de desinfecção.
b. Lavagem: Procede-se à limpeza mecânica ou manual dos materiais. Podem ser utilizados equipamentos de lavadora ultrassônica ou lavadora termodesinfectadora, garantindo a eficácia na remoção de resíduos.
c. Descontaminação Química: Quando necessário, materiais passam por imersão em soluções desinfetantes.

Responsáveis: Profissionais capacitados na operação de equipamentos de limpeza e descontaminação.

III. Preparação e Montagem de Kits: Após a descontaminação, os materiais são transferidos para a área limpa da CME, onde são inspecionados, montados e embalados para esterilização. Etapas:

a. Inspeção Visual: Verifica-se a integridade dos instrumentos e materiais, identificando falhas, danos ou necessidade de substituição.
b. Montagem de Kits: Os materiais são organizados em conjuntos cirúrgicos ou kits específicos para cada procedimento, assegurando que estejam completos e prontos para uso.
c. Embalagem e Rotulagem: Materiais são embalados com técnicas estéreis (papel grau cirúrgico, caixas metálicas, etc.), identificados com rótulos que indicam data, conteúdo, lote e operador responsável.

Responsáveis: Equipe de preparação e montagem da CME.

IV. Esterilização: Os materiais embalados são submetidos ao processo de esterilização utilizando autoclaves ou outros métodos de esterilização adequados ao tipo de material. Etapas:

a. Carregamento da Autoclave: Os materiais são organizados dentro da autoclave, garantindo que estejam distribuídos de maneira que o vapor ou outro agente esterilizante circule uniformemente.
b. Ciclo de Esterilização: O processo de esterilização é realizado de acordo com o protocolo para cada tipo de material (autoclave a vapor, esterilização a baixa temperatura, plasma de peróxido de hidrogênio, etc.).
c. Monitoramento: São utilizados indicadores químicos, biológicos e mecânicos para garantir a eficiência da esterilização.

Responsáveis: Técnicos da CME especializados no manuseio de autoclaves e monitoramento do processo de esterilização.

V. Armazenamento dos Materiais Esterilizados: Após a esterilização, os materiais são transportados para a área de armazenamento de materiais esterilizados, onde ficam até serem distribuídos. Etapas:
   a. Transferência Segura: Materiais são retirados da autoclave com técnica adequada, mantendo as embalagens intactas e livres de contaminação.
   b. Armazenamento: Os materiais esterilizados são armazenados em local específico, com controle de temperatura e umidade, garantindo que se mantenham em perfeitas condições até o uso.
   c. Controle de Estoque: Realiza-se controle rigoroso de inventário, priorizando o uso de materiais de acordo com a data de esterilização (método FIFO).

Responsáveis: Equipe de logística e controle de materiais da CME.

VI. Distribuição dos Materiais Esterilizados: Os materiais esterilizados são distribuídos aos setores conforme a demanda, garantindo a entrega de materiais estéreis e prontos para o uso. Etapas:
   a. Requisição: Os setores da policlínica requisitam os materiais necessários para procedimentos médicos ou cirúrgicos.
   b. Distribuição: Materiais são distribuídos em caixas ou recipientes específicos, assegurando a manutenção da esterilidade durante o transporte.
   c. Entrega: A entrega é feita diretamente nos setores de destino, com registro de controle.

Responsáveis: Equipe de distribuição e logística da CME.

Cuidados de Segurança no Fluxo Unidirecional

- Áreas Físicas Segregadas: A CME deve possuir áreas físicas bem definidas e segregadas para materiais contaminados, limpos e esterilizados, evitando cruzamento de fluxos.

- Protocolos de Higiene: Todos os profissionais envolvidos devem seguir rigorosos protocolos de higienização e utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados.
- Controle de Acesso: O acesso às áreas críticas deve ser controlado, restrito a profissionais autorizados para minimizar riscos de contaminação.

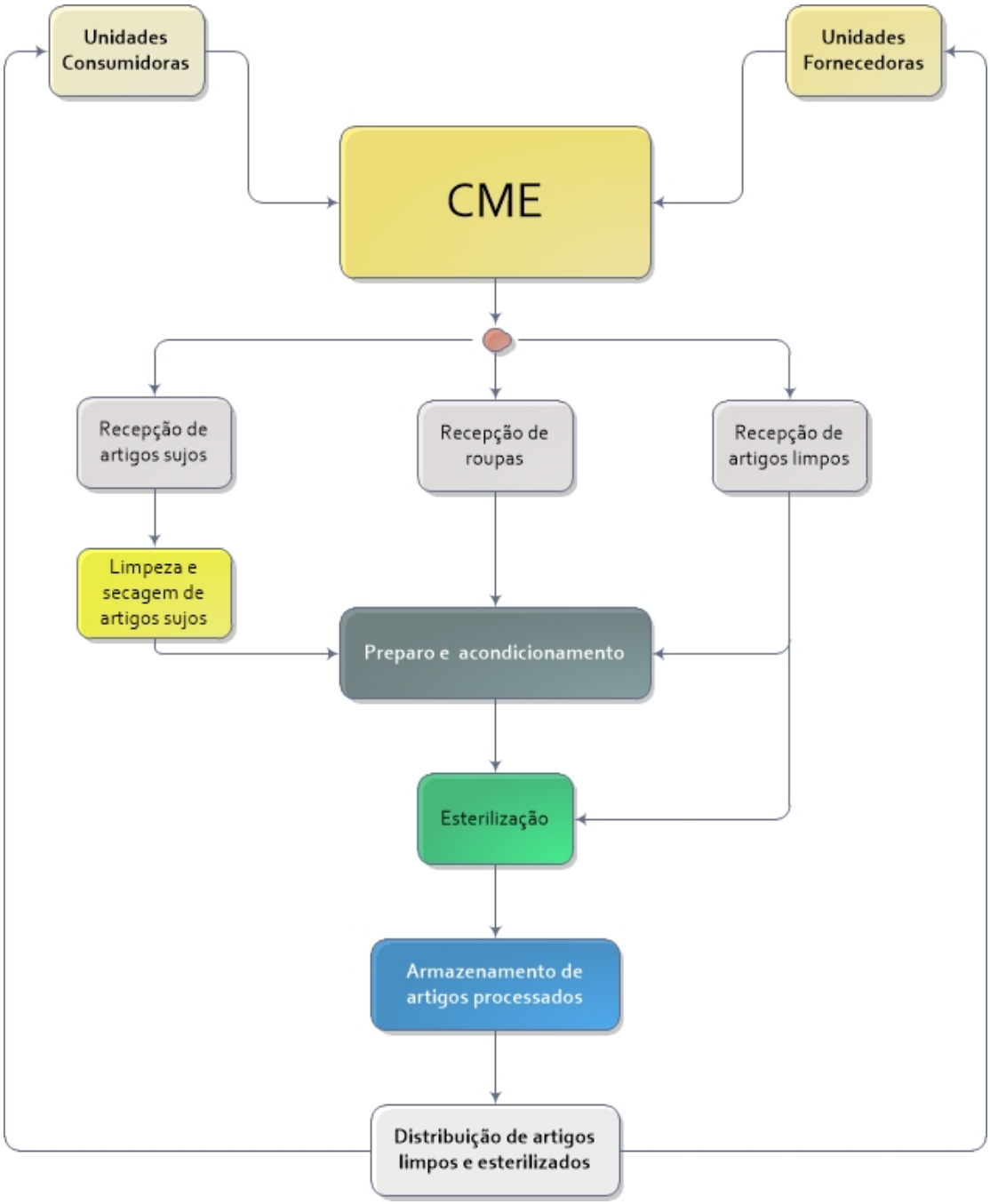
Indicadores de Qualidade

- Taxa de Infecções Relacionadas ao Uso de Materiais: Monitorar continuamente a ocorrência de infecções associadas ao uso de materiais esterilizados.
- Eficiência do Processo de Esterilização: Garantir a eficiência dos ciclos de esterilização por meio da validação constante dos indicadores biológicos e químicos.
- Satisfação dos Setores Solicitantes: Avaliar a pontualidade e integridade dos materiais esterilizados distribuídos aos setores, garantindo a qualidade no atendimento.

Considerações Especiais

- Treinamento e Capacitação: A equipe da CME deve ser treinada regularmente para seguir os protocolos de esterilização e garantir a segurança em cada etapa do fluxo.
- Manutenção dos Equipamentos: Autoclaves e outros equipamentos de esterilização devem passar por manutenção periódica para assegurar seu funcionamento correto e seguro.

O material estéril utilizado nas unidades de internamento será entregue nos seguintes horários: 7h00 às 9h00, 14h00 às 16h00, devendo os funcionários estarem munidos com protocolos no CME.



7.1.9. Fluxo unidirecional de Resíduos de Saúde

Os resíduos de serviços de saúde têm requerido especial atenção dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destino inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema assume lugar de destaque entre as políticas públicas e na

legislação brasileira, tendo como foco principal a sustentabilidade ambiental e a manutenção da saúde e da vida.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA têm assumido a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos dos serviços de saúde, com o objetivo de preservar o meio ambiente, para garantir a sua sustentabilidade ambiental.

Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Considerando os princípios do CGI, que adota ações responsáveis na área da saúde como a melhor maneira de melhorar a realidade brasileira, essa proposta assume o compromisso social e ambiental de contribuir com a administração pública nesta empreitada, por meio da adoção de um modelo de gestão responsável no que diz respeito ao controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.

Assim, o gerenciamento dos RSS da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS,** será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

7.1.9.1. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) – Policlínica Estadual de Quirinópolis

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Policlínica Estadual de Quirinópolis estabelece as diretrizes para o manejo adequado dos resíduos gerados pelas atividades de saúde da unidade. Este plano atende às normas vigentes, incluindo a RDC nº 222/2018 da ANVISA e a Resolução CONAMA nº 358/2005, bem como às regulamentações estaduais e municipais relacionadas ao gerenciamento de resíduos de saúde.

O PGRSS tem como objetivo garantir a minimização de riscos à saúde pública e ao meio ambiente, promovendo práticas seguras e eficientes de segregação, acondicionamento, coleta, transporte, armazenamento e disposição final dos resíduos gerados.

Este plano tem por objetivo:

- Garantir a gestão adequada dos resíduos sólidos de serviços de saúde (RSS), desde a geração até a disposição final, seguindo as normas técnicas e ambientais.
- Minimizar os riscos à saúde pública, à saúde ocupacional e ao meio ambiente, associando boas práticas de manejo dos resíduos a treinamentos adequados.
- Assegurar o cumprimento das legislações ambientais e sanitárias vigentes, atendendo às normativas da ANVISA, CONAMA e legislações estaduais e municipais.

Legislação Aplicável

Este PGRSS está em conformidade com as seguintes legislações:

- RDC nº 222/2018 da ANVISA – Regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- Resolução CONAMA nº 358/2005 – Disposição sobre o tratamento e disposição final dos resíduos de serviços de saúde.
- Decreto Federal nº 10.936/2022 – Política Nacional de Resíduos Sólidos.
- Normas da ABNT aplicáveis ao gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (NBR 12808, NBR 12809, NBR 12810, NBR 9191, NBR 13221).

Caracterização do Estabelecimento

A Policlínica Estadual de Quirinópolis é uma unidade de saúde de médio porte, que oferece atendimento ambulatorial especializado, com geração significativa de resíduos provenientes dos diversos serviços de saúde prestados. As áreas geradoras de resíduos incluem:

- Consultórios médicos.
- Laboratórios de análises clínicas.
- Serviço de imagem (raios-X, ultrassonografia).
- Salas de estabilização.
- Áreas administrativas e de apoio.

Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS)

A gestão dos resíduos de saúde é responsabilidade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS), composta pelos seguintes membros:

- Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Higienização (Coordenador).
- Farmacêutico Responsável pelo Serviço de Farmácia.
- Médico do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Enfermeiro do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

- Representante do Posto de Coleta (Laboratório).

Classificação dos Resíduos Gerados

Os resíduos gerados na Policlínica são classificados de acordo com a RDC 222/2018 e CONAMA 358/2005:

- Grupo A (Resíduos Biológicos): Materiais contaminados por agentes biológicos que podem representar risco de infecção. Ex.: materiais perfurocortantes, peças anatômicas, bolsas de sangue.
- Grupo B (Resíduos Químicos): Resíduos contendo substâncias químicas perigosas. Ex.: medicamentos vencidos, solventes, reagentes químicos de laboratório.
- Grupo C (Resíduos Radioativos): Resíduos que contêm radionuclídeos. Ex.: materiais radioativos de serviços de radiologia e medicina nuclear.
- Grupo D (Resíduos Comuns): Resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico, similares aos resíduos domiciliares. Ex.: restos alimentares, papéis administrativos.
- Grupo E (Perfurocortantes): Materiais perfurocortantes que apresentam risco de perfuração e contaminação. Ex.: agulhas, lâminas, bisturis.

Manejo dos Resíduos

O manejo dos resíduos de saúde compreende as seguintes etapas:

- Segregação: A segregação dos resíduos é realizada no momento de sua geração, utilizando recipientes adequados e identificados conforme os padrões da NBR 12808.
    - Grupo A: Acondicionamento em sacos brancos leitosos.
    - Grupo B: Acondicionamento em recipientes rígidos com tampa rosqueada e identificação da substância química.
    - Grupo C: Resíduos radioativos são acondicionados em recipientes próprios, com símbolo internacional de radiação e informações sobre o tempo de decaimento.
    - Grupo D: Acondicionados em sacos pretos ou cinza, conforme a natureza do resíduo.
    - Grupo E: Perfurocortantes são descartados em coletores rígidos, resistentes a punctura e ruptura.
- Acondicionamento
    - Os resíduos segregados devem ser acondicionados em recipientes adequados e resistentes à ruptura, conforme a NBR 9191/2000, e em conformidade com os limites de peso estabelecidos.

- Perfurocortantes (Grupo E) devem ser acondicionados em recipientes rígidos com tampa, e nunca reaproveitados.

- Coleta e Transporte Interno
  - O transporte interno dos resíduos é realizado por funcionários capacitados, em horários que não coincidam com a distribuição de alimentos e medicamentos.
  - Recipientes para transporte devem ser resistentes, com tampas articuladas e rodas revestidas para minimizar ruídos.
- Armazenamento Temporário
  - O armazenamento temporário é feito em abrigos internos, que são áreas próximas aos pontos de geração dos resíduos, de fácil acesso e higienizadas regularmente.
  - Os sacos de resíduos não podem ser armazenados diretamente no piso, devendo estar sempre em recipientes de acondicionamento.
  - Armazenamento Externo: O armazenamento externo é realizado em um abrigo específico, isolado e sinalizado, aguardando a coleta externa. Este local é de acesso restrito e higienizado após cada coleta.
- Coleta Externa e Tratamento
  - A coleta externa dos resíduos é realizada por empresa terceirizada, devidamente licenciada pelos órgãos competentes. O transporte é feito com veículos adequados conforme a NBR 13221.
  - O tratamento dos resíduos biológicos (Grupo A) e perfurocortantes (Grupo E) é feito por incineração ou autoclavagem, enquanto os resíduos químicos (Grupo B) são tratados de acordo com a substância.
- Disposição Final: A disposição final dos resíduos tratados é realizada em aterros sanitários licenciados ou incineradores certificados, conforme as normas ambientais vigentes.

Monitoramento e Avaliação

- O monitoramento do gerenciamento dos resíduos é feito regularmente, com auditorias internas conduzidas pela CGRSS.
- O plano deve ser revisado anualmente, ou sempre que houver atualizações nas normativas legais.
- Indicadores de desempenho incluem o volume de resíduos gerados por tipo de resíduo e setor, e o acompanhamento da efetividade dos treinamentos de funcionários.

Capacitação dos Funcionários

- Todos os funcionários que lidam com o manejo de resíduos passam por treinamentos regulares sobre segregação, biossegurança, e procedimentos em casos de acidentes com resíduos perigosos.
- Treinamentos são realizados anualmente ou em casos de atualização de normas e protocolos.

Rotinas de Emergência

- Protocolos de emergência estão estabelecidos para casos de acidentes com resíduos perigosos, como derramamento de substâncias químicas ou exposição a resíduos perfurocortantes.
- As equipes são treinadas para agir rapidamente em casos de incidentes, seguindo as diretrizes de segurança e notificando as autoridades competentes.

Cronograma de Implantação

O cronograma de implantação do PGRSS seguirá as seguintes etapas:

- Treinamento inicial de todos os funcionários.
- Implementação das práticas de segregação e acondicionamento.
- Monitoramento mensal do plano e auditorias trimestrais.
- Revisão anual e ajustes conforme necessidade.

Representação Gráfica dos Fluxos para Resíduos Sólidos e de Saúde

Figura 23 - Grupo A – Infectantes

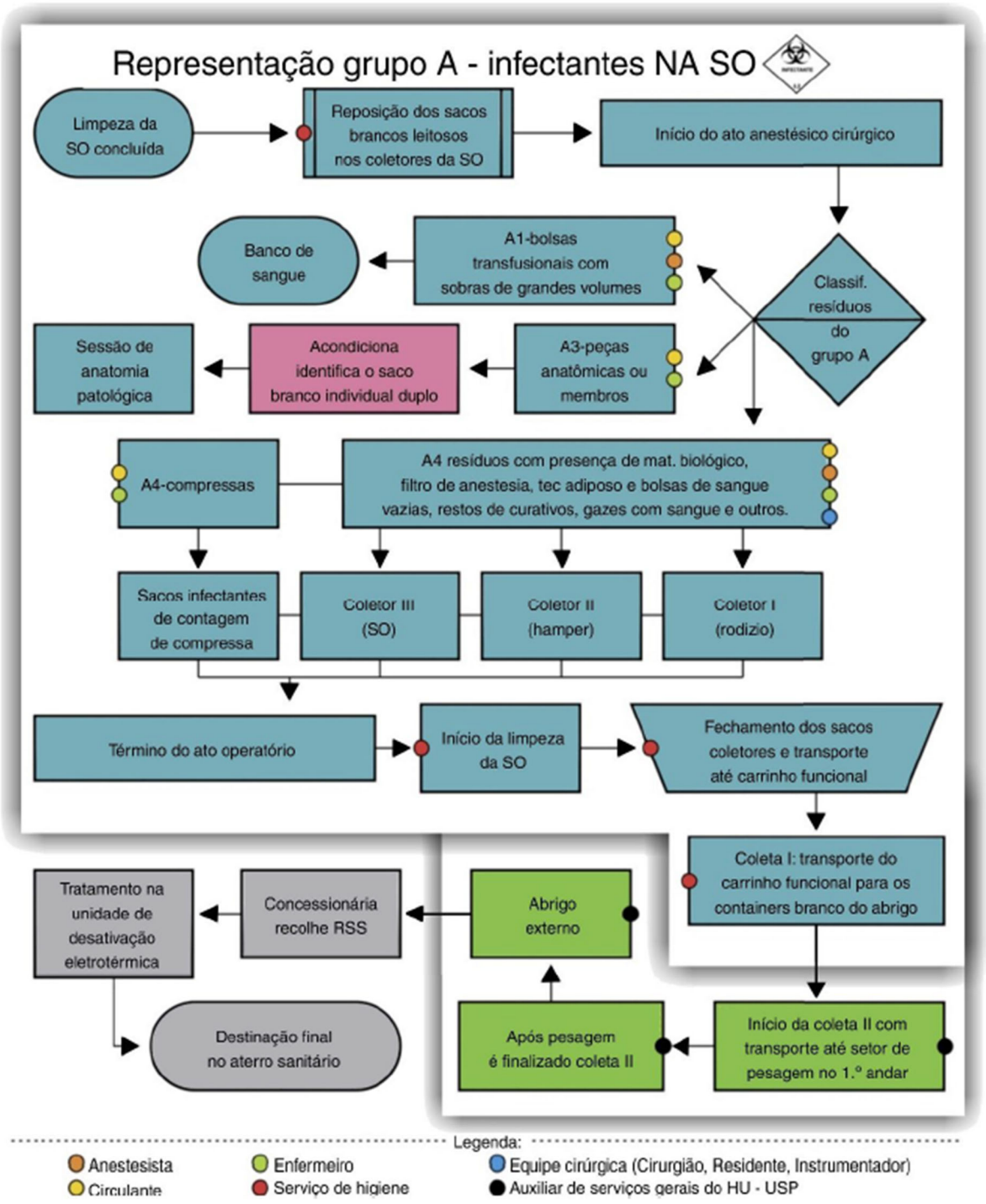
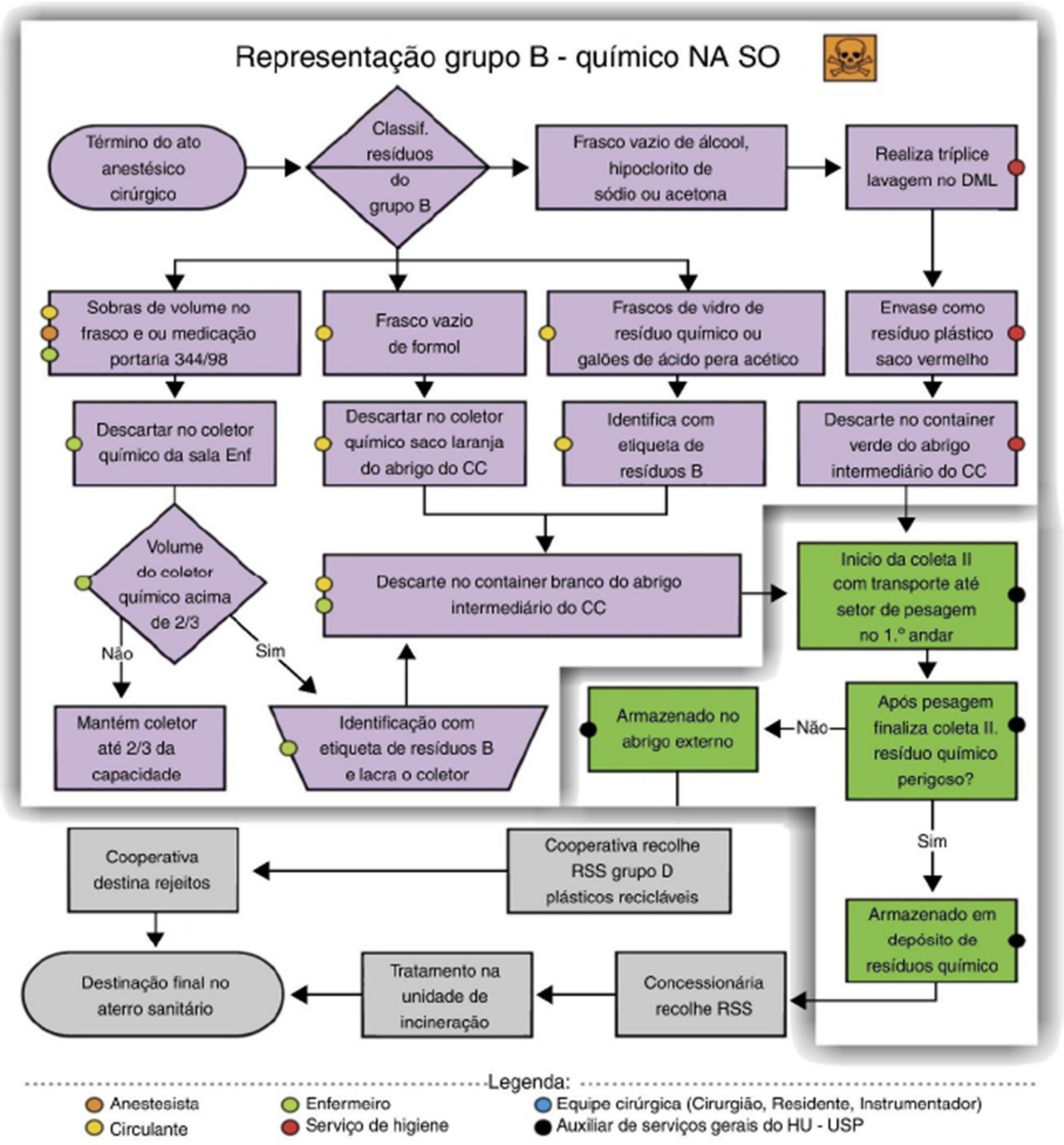


Figura 24 - Grupo B – Químico



Observações:

- Excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos: esgoto (Sistema de Tratamento de Esgoto);

- RSS de produtos hormonais e antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; antirretrovirais: tratamento ou disposição final específicos;
- Os reveladores utilizados em radiologia: processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9;
- Os fixadores usados em radiologia: recuperação da prata ou Aterro de Resíduos Perigosos;
- Pilhas, baterias e acumuladores de carga contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg): Resolução CONAMA nº 257/1999; RSS contendo Mercúrio (Hg): acondicionar em recipientes sob selo d'água e encaminhar para recuperação.

Figura 25 - Representação Grupo E - Perfuro Cortante NA SO

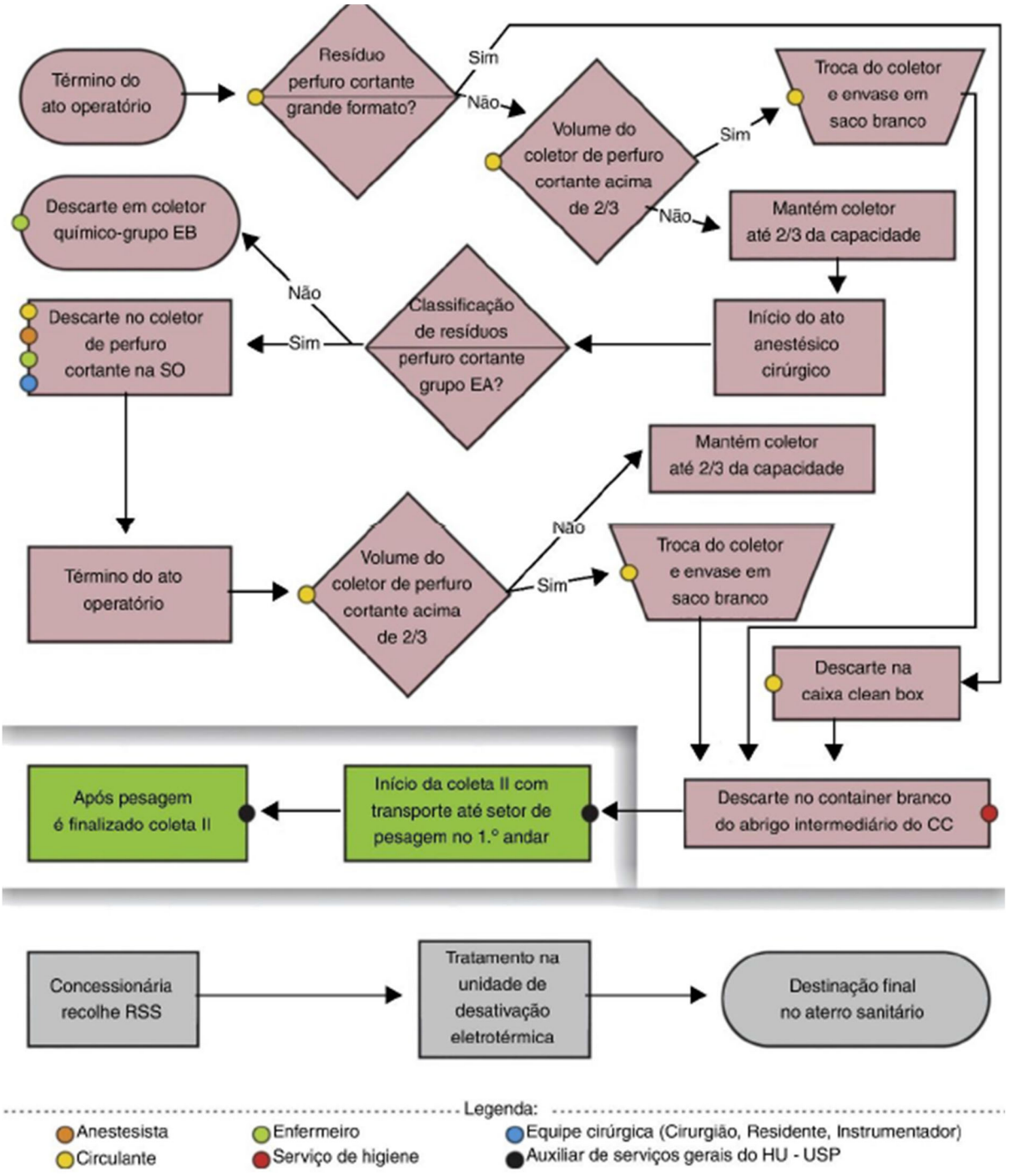


Figura 26 - Resíduos Sólidos



Horário da Coleta dos RSS:

O horário da coleta transporte interno na Unidade ambulatorial será definido em protocolos internos do serviço, em acordo com os respectivos coordenadores das áreas assistenciais da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS.**

O Serviço de Gerenciamento RSS deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

7.1.9.2. Manual de Normas e Rotinas – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Este Manual de Normas e Rotinas do PGRSS foi elaborado para garantir o gerenciamento adequado dos resíduos de serviços de saúde gerados na Policlínica Estadual de Quirinópolis. O documento estabelece as diretrizes para o manejo seguro e eficiente dos resíduos, desde a geração até a disposição final, visando proteger a saúde pública e o meio ambiente.

Objetivos

- Garantir o manejo correto dos resíduos de serviços de saúde, minimizando riscos biológicos, químicos e radioativos.
- Proteger a saúde dos trabalhadores e pacientes, assegurando que as normas de biossegurança sejam cumpridas.
- Cumprir a legislação vigente, atendendo às normas da ANVISA, CONAMA e ABNT aplicáveis ao gerenciamento de resíduos.

Este manual segue as regulamentações contidas na:

- RDC nº 222/2018 (ANVISA) – Regulamenta o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.
- Resolução CONAMA nº 358/2005 – Estabelece diretrizes para o tratamento e a disposição final dos resíduos de saúde.
- Normas da ABNT – NBR 12808, NBR 12809, NBR 12810, NBR 9191, entre outras relacionadas ao manejo de resíduos.

Os resíduos gerados na Policlínica são classificados em:

- Grupo A (Biológicos): Resíduos com risco de contaminação biológica.
- Grupo B (Químicos): Resíduos com substâncias químicas perigosas.
- Grupo C (Radioativos): Materiais contaminados com radionuclídeos.
- Grupo D (Comuns): Resíduos não perigosos, similares aos domiciliares.
- Grupo E (Perfurocortantes): Materiais que apresentam risco de perfuração e corte.

Normas Gerais de Manejo:

I. Segregação

Os resíduos devem ser segregados no local e momento de sua geração.

Utilizar recipientes específicos e identificados conforme a natureza dos resíduos (ABNT NBR 12808).

II. Acondicionamento

Grupo A: Acondicionar em sacos brancos leitosos resistentes.

Grupo B: Acondicionar em recipientes rígidos e identificados, de acordo com a substância química.

Grupo C: Utilizar recipientes com sinalização de resíduos radioativos e tempo de decaimento.

Grupo D: Acondicionar em sacos pretos ou cinza para resíduos comuns.

Grupo E: Perfurocortantes devem ser acondicionados em caixas rígidas, com tampas de segurança, nunca sendo reaproveitadas.

III. Armazenamento Temporário

O armazenamento temporário deve ocorrer em locais designados próximos aos pontos de geração, devidamente sinalizados e com higiene regular.

IV. Transporte Interno

O transporte interno dos resíduos será realizado em horários não coincidentes com distribuição de alimentos e medicamentos.

Utilizar recipientes com tampa e rodas para transporte seguro até o armazenamento externo.

V. Armazenamento Externo

Os resíduos devem ser armazenados em abrigos externos de fácil acesso, ventilados, sinalizados e higienizados regularmente, aguardando coleta externa.

VI. Coleta Externa e Disposição Final

- A coleta externa será feita por empresa terceirizada e licenciada, com transporte adequado (NBR 13221).
- O destino final será em aterros sanitários licenciados ou incineradores para resíduos biológicos e perfurocortantes.
- Rotinas Operacionais
- Coleta e Transporte Interno
- Coleta feita por profissionais capacitados, utilizando EPIs (luvas, avental, máscara), em carros fechados para evitar contato direto com os resíduos.
- As rotinas de coleta interna devem seguir um cronograma regular, com horários não coincidentes com horários de alimentação e medicação.

Armazenamento

- Armazenamento Temporário: Os resíduos devem ser mantidos em recipientes fechados, identificados conforme o grupo de resíduo, e posicionados em locais ventilados.
- Armazenamento Externo: Deve ser feito em abrigo exclusivo, limpo e com fácil acesso para veículos de coleta externa.

Tratamento

- Resíduos do Grupo A serão tratados por incineração ou autoclavagem, assegurando a destruição dos agentes infecciosos.
- Resíduos Químicos (Grupo B) devem seguir os protocolos específicos de cada substância, conforme orientações do fabricante e legislações vigentes.
- Resíduos Radioativos (Grupo C) devem seguir as orientações da CNEN para armazenamento e disposição segura.

Coleta Externa

Será feita por empresa contratada e licenciada para tal serviço. O transporte deverá ser realizado em veículos equipados para o transporte seguro de resíduos perigosos e biológicos.

Rotinas de Emergência

Derramamento de Resíduos Químicos

- Isolar imediatamente a área.
- Utilizar EPIs adequados para contenção e limpeza do material derramado.
- Acionar o responsável técnico para aplicação dos procedimentos corretos de descontaminação.
- Acidentes com Perfurocortantes
- Lavar imediatamente a área afetada com água e sabão.
- Comunicar ao responsável imediato e preencher a Ficha de Notificação de Acidente.
- Encaminhar o funcionário para atendimento médico e acompanhamento.

Capacitação de Funcionários

- Todos os funcionários da Policlínica que manuseiam resíduos devem ser treinados sobre segregação, acondicionamento, transporte, armazenamento e segurança no trabalho.
- Treinamentos periódicos serão realizados anualmente ou em caso de atualizações nas normas de manejo de resíduos.
- Treinamentos incluirão práticas de segurança em situações de emergência, como manuseio de produtos químicos perigosos e acidentes com perfurocortantes.

Monitoramento e Avaliação

O PGRSS será monitorado pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (CGRSS), com auditorias periódicas para garantir a conformidade das normas.

Indicadores de desempenho serão acompanhados para medir a eficiência do manejo dos resíduos, como quantidade de resíduos gerados por grupo, número de acidentes com resíduos e efetividade dos treinamentos.

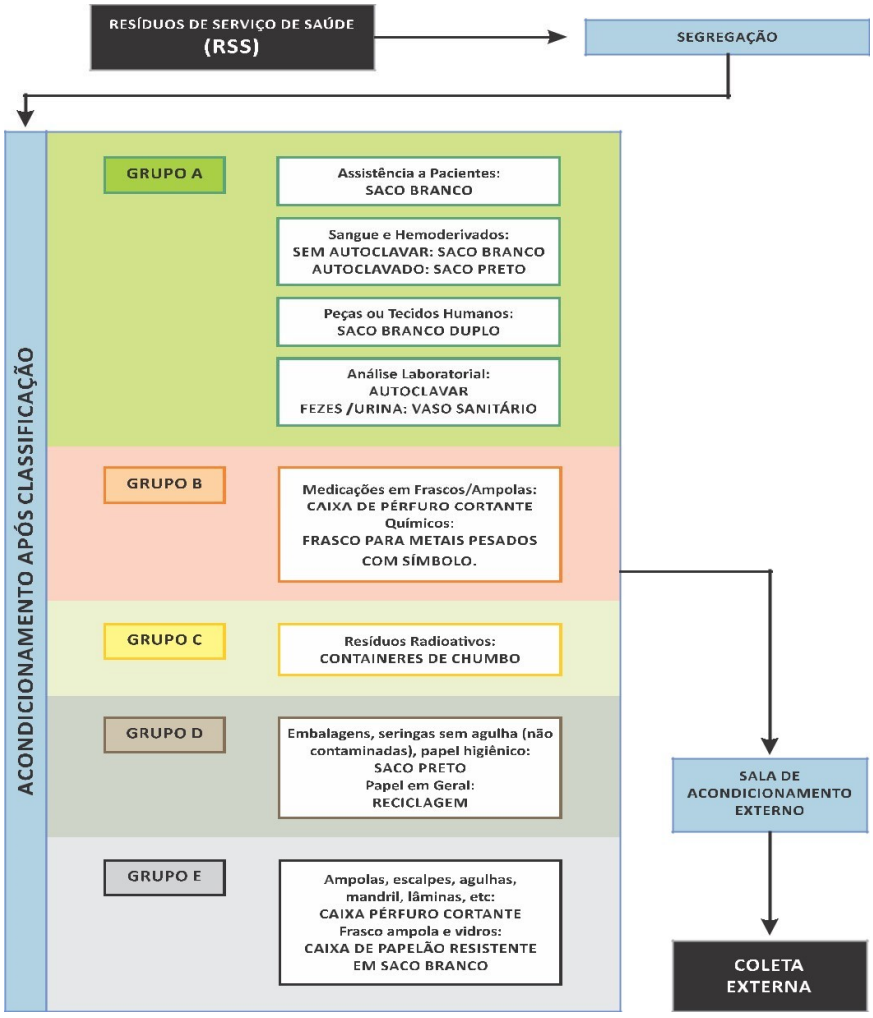
Responsabilidades

Coordenação do PGRSS: Enfermeiro responsável pelo serviço de higienização, que atuará como coordenador da CGRSS.

Equipe de Higienização: Seguir as normas e rotinas do PGRSS, manuseando os resíduos conforme os protocolos estabelecidos.

Demais Funcionários: Segregar corretamente os resíduos no local de geração, garantindo o manejo seguro e adequado.

Figura 27 - Acondicionamento Após Classificação



7.2.Implantação da Gestão

7.2.1. Implantação da Logística de Suprimentos

A gestão da logística de suprimentos na Policlínica Estadual de Quirinópolis será estruturada com o objetivo de assegurar a disponibilidade constante de materiais e medicamentos necessários para o funcionamento pleno da unidade. Essa logística abrange todas as etapas, desde o planejamento de aquisição até o controle rigoroso do estoque, distribuição interna e monitoramento de consumo. A proposta busca garantir que a unidade tenha suprimentos adequados para atender as demandas diárias dos pacientes, sem interrupções, ao mesmo tempo que promove eficiência, redução de custos e controle rigoroso dos recursos. A estruturação do processo logístico será fundamental para otimizar a cadeia de suprimentos, garantindo que os insumos cheguem ao local certo, no tempo correto e nas quantidades exatas, eliminando desperdícios e permitindo um atendimento de qualidade à população.

Objetivos da Logística de Suprimentos

- Disponibilidade Permanente de Insumos: Manter o estoque de insumos, medicamentos, equipamentos e materiais hospitalares sempre em níveis adequados, assegurando a continuidade dos serviços de saúde.
- Gestão Integrada de Suprimentos: Implementar uma gestão integrada de suprimentos, vinculada ao Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), que permita monitorar e controlar a movimentação dos materiais em tempo real, desde a aquisição até o consumo.
- Otimização de Custos: Reduzir os custos operacionais relacionados à aquisição e manutenção de estoques, utilizando estratégias de compra inteligente, contratos de fornecimento eficientes e controle de desperdícios.
- Transparência e Rastreamento: Assegurar a rastreabilidade completa dos insumos, desde a aquisição até o seu uso final, oferecendo total transparência nos processos de gestão de materiais.
- Sustentabilidade e Responsabilidade: Implementar práticas sustentáveis na gestão de suprimentos, com foco na redução de desperdícios, promoção de práticas de compra consciente e integração de políticas ambientais.

Estrutura Operacional

I. Planejamento de Necessidades e Compras

Será realizado com base na análise histórica de consumo e nas projeções de atendimento da Policlínica. Esse planejamento envolverá uma análise detalhada das demandas de cada setor, incluindo salas de cirurgia, ambulatórios, laboratórios e farmácias:

- Será realizada uma categorização detalhada dos insumos, separando-os por criticidade (insumos de alta, média e baixa criticidade), frequência de utilização, prazos de validade e condições especiais de armazenagem.
- A previsão de demanda será automatizada, utilizando sistemas de previsão baseados no histórico de consumo, que identificarão picos sazonais de demanda e períodos de maior utilização de insumos específicos.
- Para evitar a falta de insumos essenciais, serão definidos estoques de segurança que garantam a disponibilidade mínima de materiais críticos. Estoques de segurança serão calibrados de acordo com o volume de atendimento, os prazos de entrega dos fornecedores e a criticidade dos insumos.

II. Processo de Aquisição de Insumos

O processo de aquisição de insumos será padronizado e centralizado, visando garantir a qualidade dos produtos, prazos de entrega compatíveis com as necessidades da unidade e custos adequados:

- A seleção de fornecedores será baseada em critérios de qualidade, confiabilidade e certificações exigidas para o fornecimento de produtos hospitalares. Contratos de fornecimento serão estabelecidos com base em licitações ou processos de concorrência que assegurem os melhores preços e prazos de entrega.
- O processo de compras será centralizado e gerido de forma digital, com uma integração direta com o sistema de gestão de estoques. A reposição de insumos será automatizada com base nos níveis de estoque mínimo, garantindo agilidade e precisão na compra de materiais.
- Em situações emergenciais, como falta crítica de insumos, será estabelecido um protocolo de compra emergencial, que possibilitará a reposição rápida de materiais essenciais sem comprometer a operação da unidade.

III. Recebimento, Conferência e Controle de Qualidade

Todos os materiais adquiridos passarão por um processo rigoroso de conferência no ato do recebimento, para garantir que estejam de acordo com os padrões de qualidade, especificações técnicas e prazos de validade estabelecidos:

- Cada item será verificado quanto à sua conformidade com a nota fiscal e o pedido de compra. Eventuais divergências serão registradas e os itens não conformes serão devolvidos ou ajustados conforme o contrato com o fornecedor.
- Materiais e medicamentos críticos, como itens estéreis, termolábeis e medicamentos controlados, passarão por uma inspeção adicional de qualidade, garantindo que os produtos atendam às exigências de segurança sanitária e normativa.
- Cada lote de material será registrado em um sistema de rastreamento, permitindo a sua rastreabilidade completa. Dados como lote, data de validade, fornecedor e localização no estoque serão registrados e monitorados.

IV. Armazenagem e Controle de Estoques

O armazenamento dos materiais será realizado em condições adequadas, garantindo que os insumos mantenham suas características e estejam disponíveis de forma eficiente para o uso. Serão implementadas práticas de controle de estoques baseadas em padrões internacionais de logística hospitalar:

- Materiais serão armazenados de acordo com sua natureza e criticidade. Itens como medicamentos controlados e termolábeis serão armazenados em áreas de acesso restrito e controlado, com monitoramento constante de temperatura e umidade.
- O método PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair) será aplicado para garantir que os itens com menor prazo de validade sejam utilizados primeiro, minimizando perdas por vencimento.
- O sistema de gestão de estoques permitirá o monitoramento em tempo real de todos os itens armazenados. Relatórios periódicos serão gerados para identificar níveis críticos de estoque e disparar a necessidade de reposição.

V. Distribuição Interna

A distribuição interna dos insumos será realizada de maneira ordenada e eficiente, com a reposição periódica dos materiais nos setores da Policlínica, conforme a demanda:

- Serão estabelecidos roteiros de distribuição pré-definidos para cada setor da unidade, incluindo ambulatórios, salas de cirurgia, laboratórios e farmácias. Isso garantirá que os materiais estejam sempre disponíveis para as equipes assistenciais.
- Todas as saídas de materiais serão registradas no sistema de gestão de estoques, permitindo a análise detalhada do consumo por setor e facilitando o planejamento da reposição.

- Cada setor será responsável pelo controle local de seus insumos e pelo registro das saídas. Esse controle descentralizado permitirá uma visão mais detalhada do consumo de materiais e a identificação de padrões de uso.

Monitoramento e Indicadores de Desempenho

A logística de suprimentos será monitorada continuamente com base em indicadores de desempenho que avaliarão a eficiência de cada etapa do processo logístico:

- Serão definidos indicadores-chave de desempenho (KPIs), como tempo médio de reposição de insumos, taxa de ruptura de estoques, acuracidade do inventário e custo médio por insumo. Esses KPIs serão monitorados em tempo real pelo sistema de gestão.
- Auditorias periódicas serão realizadas para verificar a conformidade dos processos logísticos com as normas de qualidade e segurança. Relatórios de auditoria serão compartilhados com a administração da unidade e utilizados para ajustar os processos e corrigir falhas.

Integração com a Gestão Hospitalar

O sistema de gestão de suprimentos será totalmente integrado ao Sistema de Gestão Hospitalar (SGH), permitindo uma visão unificada de todos os processos operacionais, financeiros e clínicos. Isso garantirá que as informações sobre consumo, estoque e necessidade de reposição estejam sempre atualizadas e acessíveis aos gestores da Policlínica.

Sustentabilidade e Redução de Desperdícios

A logística de suprimentos será pautada pela sustentabilidade, com a adoção de práticas que minimizem o impacto ambiental e o desperdício de recursos. Políticas internas de redução de desperdícios serão implementadas, promovendo o uso racional dos insumos e a reciclagem de materiais sempre que possível:

- Gestão de Resíduos: Será implementada uma política de gerenciamento de resíduos hospitalares que assegure o descarte correto de materiais vencidos ou não utilizados.
- Práticas Sustentáveis de Compra: A Policlínica priorizará fornecedores que adotem práticas sustentáveis e que utilizem embalagens recicláveis ou biodegradáveis.

7.2.2. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Setor de Gestão de Compras e Suprimentos da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Objetivo

Tem como objetivo estabelecer diretrizes detalhadas para a gestão de compras e suprimentos da Policlínica Estadual de Quirinópolis, assegurando que o CGI, responsável pela administração da unidade, cumpra com as exigências legais, atue com eficiência, transparência e controle rigoroso, desde a identificação de necessidades até a entrega final dos materiais, garantindo a continuidade das operações e atendimento aos pacientes.

Definição

O Setor de Gestão de Compras e Suprimentos é responsável por todos os processos relacionados à aquisição, armazenamento e distribuição de insumos e materiais hospitalares, medicamentos, equipamentos e demais suprimentos necessários para o funcionamento pleno da Policlínica. Esse setor é fundamental para garantir que todas as áreas estejam devidamente abastecidas, com materiais de qualidade, no tempo certo, seguindo as normas de saúde pública e garantindo a eficiência do uso dos recursos financeiros geridos pela CGI.

Responsabilidades

- Gestor de Compras e Suprimentos: Responsável por toda a coordenação dos processos de compras, desde o planejamento até o controle do recebimento, armazenamento e distribuição de materiais. Garante que as aquisições sigam os procedimentos licitatórios e orçamentários, respeitando as normas estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde e os padrões de auditoria da CGI:
- Equipe de Compras: Executa o processo de cotação, licitação e aquisição dos materiais, com foco em transparência, eficiência e economia. Acompanha o mercado de fornecedores para garantir o melhor custo-benefício, sempre dentro da legalidade e normas do SUS.
- Equipe de Suprimentos: Encarregada de receber, armazenar e distribuir os materiais, controlando o estoque e sua validade, além de garantir a correta alocação dos materiais nos setores.
- Coordenação Financeira: Responsável pela liberação de recursos financeiros para a execução das compras e pelo controle de prestação de contas junto à Secretaria de Estado da Saúde e aos órgãos de fiscalização. Atua em parceria com a equipe de compras para garantir o equilíbrio orçamentário e conformidade legal.

Materiais Necessários

- Sistema de Gestão de Compras (SGC): Ferramenta digital para realizar o controle de cotações, fornecedores, contratos e ordens de compra.

- Sistema de Gestão de Estoque (SGE): Sistema para controle de inventário, entradas e saídas de materiais, controle de validade, e emissão de relatórios de estoque.
- Formulários de Requisição de Compra: Documentos digitais para solicitação de compras pelas áreas assistenciais e administrativas.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI): Máscaras, luvas, aventais para a equipe que manuseia materiais sensíveis.
- Computadores, scanners, impressoras: Para registro e emissão de documentos relacionados às compras e suprimentos.
- Planilhas de controle manual (em caso de falha do sistema).
- Área de armazenamento organizada e sinalizada: Diferenciação entre materiais estéreis e não estéreis, com controle rígido de validade e condições de estocagem.

Fluxo do Procedimento

- Planejamento de Compras
    - Identificação da Necessidade:
        - Os setores assistenciais e administrativos realizam reuniões mensais para identificar suas necessidades de materiais e insumos.
        - O Gestor de Compras e Suprimentos consolida essas demandas, cruzando com relatórios de estoque, consumo médio e previsão de demanda (especialmente em períodos de alta demanda ou sazonalidade).
        - Um cronograma trimestral de compras é estabelecido para manter estoques mínimos e estratégicos, principalmente de insumos críticos como medicamentos de alto custo, materiais de cirurgia e EPIs.
    - Solicitação de Compra:

        - As áreas requisitantes devem preencher o Formulário de Solicitação de Compra (FSC) de forma digital, detalhando tipo, quantidade e justificativa da necessidade do material.
        - Esse formulário é revisado pelo gestor de cada setor, que aprova ou ajusta a solicitação antes de enviar ao Setor de Compras.
        - Cada solicitação deve incluir a urgência e importância do pedido para definir prioridades na aquisição.
- Processo de Cotação e Licitação
    - Cotação:

- Após a aprovação do pedido, a Equipe de Compras realiza, no mínimo, três cotações de preços para cada item solicitado, conforme previsto nas normativas de compras públicas.
- As cotações devem ser registradas no Sistema de Gestão de Compras (SGC), garantindo transparência e rastreabilidade.
- Um relatório comparativo é gerado, detalhando preços, prazos de entrega e qualidade dos produtos para escolha da melhor oferta.

- Processo Licitatório:
  - O Setor de Compras seleciona o tipo de licitação adequado (pregão eletrônico, convite, etc.), conforme o valor da aquisição.
  - Elabora-se o edital de licitação com base nas cotações, especificações técnicas e prazos de entrega.
  - A licitação deve ser acompanhada pela Coordenação Jurídica e pelo setor de Compliance do CGI para garantir que o processo cumpra as normativas legais, assegurando transparência e prevenção de fraudes.
- Aprovação do Processo de Compra:
  - Após a escolha do fornecedor, o contrato de compra é revisado pela Coordenação Financeira e jurídica do CGI, para assegurar que todos os termos estejam em conformidade com as exigências contratuais.
  - A Ordem de Compra (OC) é emitida e enviada ao fornecedor escolhido, estabelecendo prazos de entrega e condições de pagamento.

- Recebimento e Conferência dos Materiais
  - Recebimento dos Materiais:
    - A Equipe de Suprimentos é responsável por receber os materiais entregues pelo fornecedor. Ao receber os produtos, a equipe deve verificar:
    - Quantidade entregue vs. quantidade solicitada.
    - Integridade dos materiais e embalagens.
    - Validade e condições de estocagem (especialmente para materiais perecíveis ou sensíveis, como medicamentos).
    - Após a conferência, o recebimento é registrado no SGE, e um relatório de recebimento é encaminhado ao Setor Financeiro para liberação de pagamento ao fornecedor.
  - Controle de Qualidade:

- Caso haja qualquer não conformidade (materiais fora das especificações, avaria ou vencimento), o Setor de Compras notifica o fornecedor imediatamente e providencia a devolução ou substituição.
- Um formulário de Não Conformidade é preenchido, documentando o problema e as medidas corretivas adotadas.

- Armazenamento e Gestão de Estoque
  - Armazenamento Adequado:
    - Todos os materiais devem ser armazenados conforme suas especificações técnicas (temperatura, umidade, distância de fontes de calor, etc.).
    - Os materiais devem ser organizados por tipo, validade e setor de uso, garantindo fácil localização e evitando desperdício por vencimento.
    - Para materiais estéreis, deve-se seguir as normas da CME (Central de Material Esterilizado), garantindo que não haja contaminação cruzada entre materiais estéreis e não estéreis.
  - Controle de Estoque:
    - O estoque é gerido de forma automatizada pelo Sistema de Gestão de Estoque (SGE), que atualiza automaticamente as entradas e saídas de materiais.
    - Inventários mensais devem ser realizados para garantir que os níveis de estoque estejam dentro das previsões e para identificar qualquer discrepância.
    - Um sistema de alerta automático de estoque mínimo deve ser implementado para materiais críticos, acionando novas compras antes que ocorra a falta.
- Distribuição de Materiais
  - Solicitação Interna de Materiais:
    - Os setores da Policlínica devem requisitar materiais e insumos utilizando o Formulário de Solicitação Interna digital, detalhando tipo, quantidade e justificativa.
    - As requisições são revisadas pelo Setor de Suprimentos, verificando a disponibilidade de estoque.
  - Entrega e Controle:
    - A Equipe de Suprimentos separa e distribui os materiais aos setores requisitantes. Cada entrega é registrada no SGE, e uma via física do comprovante de recebimento é arquivada.

        - A entrega deve ocorrer de forma ágil e eficiente, especialmente para materiais de uso emergencial (medicamentos de urgência, por exemplo).
        - Processos de Devolução e Reposição
    - Devolução e Troca de Materiais:
        - Em caso de materiais defeituosos ou em não conformidade, o Setor de Suprimentos deve coordenar com o fornecedor para a substituição.
        - O material devolvido é identificado, separado do estoque ativo e aguarda o processo de devolução ou troca.

Indicadores de Qualidade

- Custo por Pedido: Monitoramento do custo administrativo de cada pedido de compra, visando a redução de custos operacionais.
- Eficiência na Distribuição: Tempo médio entre a solicitação de um setor e a entrega dos materiais.
- Eficiência na Gestão de Estoques: Tempo médio de permanência dos materiais no estoque, comparado ao prazo de validade.
- Nível de Satisfação: Pesquisa de satisfação junto às áreas atendidas pelo Setor de Suprimentos.
- Precisão do Inventário: Percentual de discrepâncias entre o estoque físico e o registrado no SGE.
- Sustentabilidade nas Compras: Percentual de fornecedores que atendem aos critérios de sustentabilidade estabelecidos pelo CGI.
- Taxa de Entregas no Prazo: Percentual de ordens de compra que foram entregues dentro do prazo estabelecido.
- Taxa de Não Conformidade: Percentual de materiais entregues fora das especificações.
- Tempo Médio de Aquisição: Tempo entre a solicitação de compra e a entrega efetiva dos materiais.

Comunicação e Integração com Outros Setores

- Integração com o Setor de TI:
    - O Setor de Compras e Suprimentos deve manter contato constante com a equipe de TI para garantir que os sistemas estejam funcionando corretamente, sejam atualizados regularmente e cumpram as exigências de segurança de dados.

- A TI deve garantir que todos os registros de compras, suprimentos e estoque sejam armazenados em backups regulares, protegendo a integridade dos dados contra perda ou falhas.

- Integração com Setor Jurídico:
  - A equipe de compras, juntamente com o setor jurídico do CGI, deve acompanhar a renovação e execução dos contratos de fornecedores, evitando interrupções no fornecimento de materiais essenciais.
  - Antes de qualquer assinatura de contrato, o setor jurídico revisa os termos, condições e possíveis riscos envolvidos na contratação, assegurando que a OS esteja em conformidade com a legislação vigente.
- Integração com o Setor de Qualidade e Controle de Riscos:
  - O Setor de Compras e Suprimentos será submetido a auditorias internas e externas periódicas para garantir que as práticas adotadas estejam em conformidade com as normativas da SES-GO, ANVISA, e legislação vigente.
  - O Setor de Compras e Suprimentos deve trabalhar junto ao Setor de Qualidade para criar um plano de contingência em caso de falhas no fornecimento de materiais críticos, como medicamentos ou insumos hospitalares.

Controle de Custos e Eficiência Orçamentária

- Monitoramento de Custos:
  - A equipe financeira deve produzir relatórios mensais detalhados de todas as aquisições, permitindo que o Setor de Compras monitore os custos e adote medidas de economia ou readequação de despesas, conforme a demanda e os recursos disponíveis.
  - Implementação de KPIs de eficiência orçamentária para garantir que o Setor de Compras esteja alinhado ao orçamento global da Policlínica.
- Negociação com Fornecedores:
  - O Setor de Compras deve buscar negociações de volumes maiores, quando vantajoso, para conseguir preços melhores ou prazos de pagamento mais flexíveis.
  - Manter um relacionamento ativo com fornecedores chave, garantindo a continuidade no fornecimento de insumos essenciais, além de participar de negociações para criar parcerias de longo prazo.

Políticas de Compliance e Responsabilidade Social

- Transparência e Ética:
    - O Setor de Compras do CGI deve implementar práticas rigorosas de compliance, assegurando que não haja favorecimentos indevidos a fornecedores ou práticas antiéticas. Todos os processos de compra devem ser auditáveis e transparentes.
    - A OS deverá estabelecer um código de conduta ético que deverá ser assinado por todos os fornecedores, garantindo que estes atuem de acordo com os padrões legais e morais exigidos pela instituição.
- Sustentabilidade nas Aquisições: Priorizar fornecedores que adotem práticas sustentáveis, como a redução de embalagens, reciclagem e otimização logística que minimize impactos ambientais. A CGI deve promover a responsabilidade socioambiental nas aquisições.
- Responsabilidade Social: O Setor de Compras pode dar preferência, sempre que possível, a fornecedores locais, promovendo o desenvolvimento econômico da região e reduzindo os custos de transporte e emissão de carbono.

Gerenciamento de Riscos

- Identificação de Riscos:
    - O Setor de Compras deve ter um processo de análise contínua para identificar potenciais riscos de desabastecimento, devido a fornecedores inadimplentes, falta de matérias-primas ou crises no mercado.
    - A equipe de Compras deve estar atenta a mudanças nas regulamentações governamentais que possam impactar a aquisição de insumos críticos.
- Plano de Mitigação:
    - Evitar a dependência de um único fornecedor para materiais críticos, adotando estratégias de múltiplos fornecedores, sempre que possível, para garantir a continuidade no fornecimento.
    - Manter estoques de segurança para insumos de alto risco, como medicamentos essenciais, garantindo a continuidade dos serviços, mesmo em casos de crises de fornecimento.

Relatórios e Feedback

- Relatórios Periódicos:
    - O Setor de Compras deverá apresentar relatórios trimestrais detalhados ao Conselho de Administração do CGI, com dados de compras, estoques, economia alcançada e resultados das auditorias.

- Avaliar periodicamente o desempenho dos fornecedores em termos de qualidade, entrega no prazo e conformidade com os requisitos contratuais.

- Feedback Contínuo com os Setores Requisitantes:
- Implantar um sistema de feedback contínuo com os setores que requisitam materiais, garantindo que os produtos entregues atendam às suas necessidades e padrões de qualidade.
- Caso sejam identificados problemas frequentes com fornecedores ou processos de compra, a equipe de compras deverá revisar os procedimentos para corrigir falhas e melhorar a eficiência.

7.2.3. Descrição Detalhada das Atividades

Atividade	Responsável	Descrição
01	**Clientes Internos (Solicitante)**	Demandam pela avaliação de um insumo, para fins de padronização, preenchendo os campos no Formulário de Solicitação de Avaliação da Qualidade de Produto e Inclusão na Padronização e enviam ao Presidente da Comissão.
02	**Presidente da Comissão**	Para materiais hospitalares e outros insumos, não havendo amostragem, solicita ao Setor de Compras, fornecedor ou ao próprio cliente interno que envie o produto para análise da comissão, e o produto é entregue ao setor de Suprimentos.
03	**Presidente da Comissão**	Recebe a ficha parcialmente preenchida e o insumo, devolve ao solicitante ou responsável técnico e estabelece prazo para conclusão em consenso com o avaliador.
04	**Cliente Interno**	Preenche o formulário com as informações relativas à qualificação do insumo, registra o parecer, assina e devolve para o Presidente da Comissão, dentro do prazo acordado.
05	**Presidente da Comissão**	Recebe o formulário, verifica o parecer. Se positivo, envia ao Setor de Compras para levantamento de custos; se negativo, arquiva a ficha.
06	**Compras**	Faz levantamento da melhor oferta e devolve o resultado para o Presidente da Comissão.

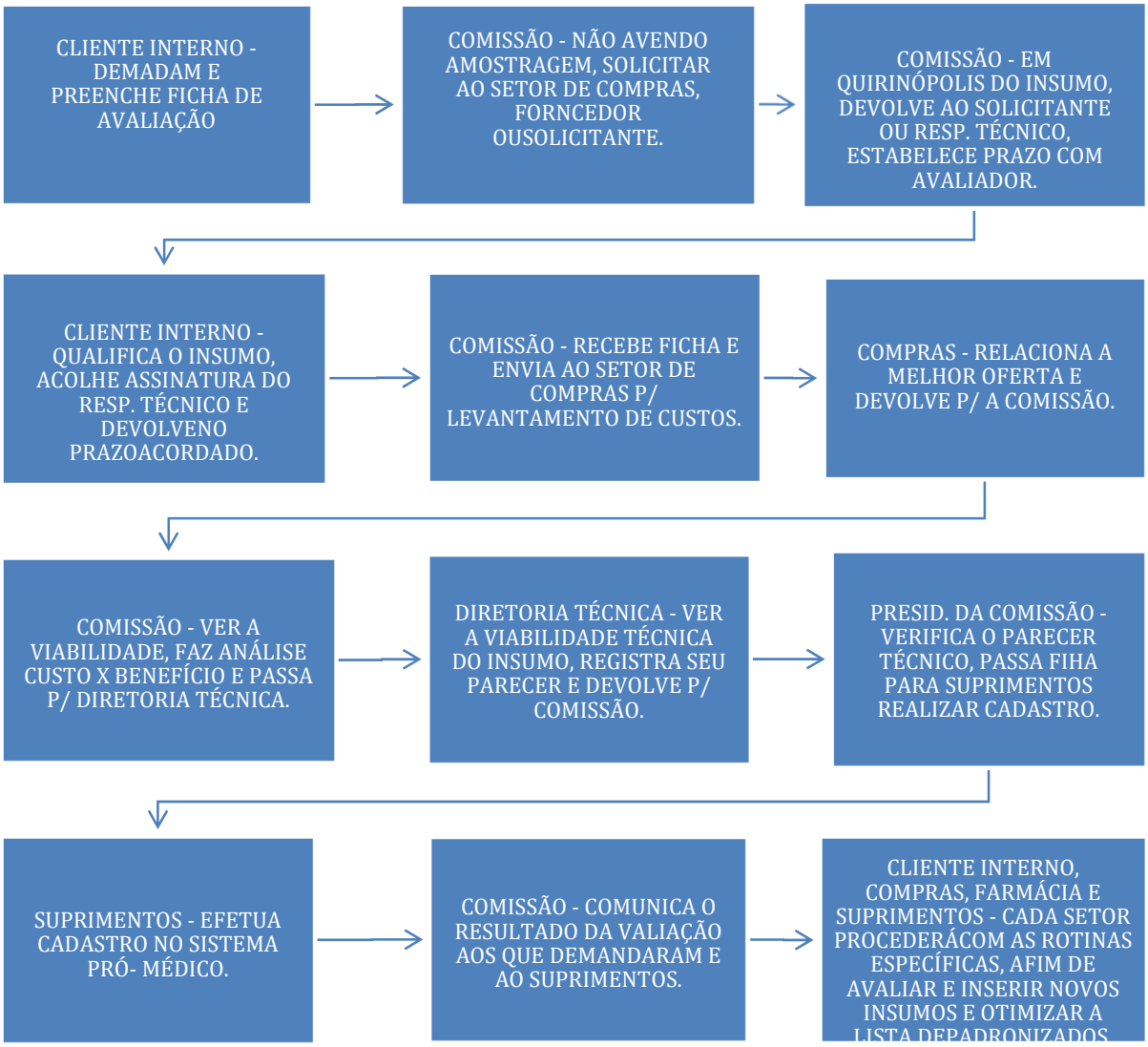
Atividade	Responsável	Descrição
07	**Presidente da Comissão**	Recebe o formulário com o custo do insumo, faz análise de custo-benefício em relação aos insumos padronizados, verifica viabilidade e registra o parecer, enviando à Diretoria Técnica.
08	**Diretoria Técnica**	Analisa o parecer da Comissão, verifica a viabilidade técnica, assina e devolve o formulário à Comissão.
09	**Presidente da Comissão**	Verifica o parecer técnico e encaminha ao setor de Suprimentos para realizar o cadastro no sistema.
10	**Suprimentos**	Efetua o cadastro no sistema, baseado nas informações da Ficha de Avaliação do produto.
11	**Comissão**	Comunica o resultado da avaliação aos Clientes Internos e ao setor de Suprimentos.
12	**Clientes Internos, Compras, Comissão e Suprimentos**	Ao receber resultados positivos, cada setor procede com as rotinas específicas para avaliar e inserir novos insumos na lista de padronizados. Por exemplo, Médicos, Enfermeiros e Profissionais se organizam para treinamentos ou mudanças de rotinas. O setor de Suprimentos verifica se pode emitir a solicitação de compra ou se aguarda a redução dos níveis de estoque dos insumos substituídos.

7.2.4. Atualização das Listas de Insumos Hospitalares Padronizados

Atividade	Responsável	Descrição
Levantamento Trimestral	**Suprimentos**	Trimestralmente, faz o levantamento da relação de insumos padronizados durante o período, com base nas informações do sistema e novas aprovações.
Divulgação	**Presidente da Comissão**	Divulga os resultados do levantamento de insumos padronizados para o setor de Suprimentos, indicando novos itens aprovados ou descontinuados.

Atividade	Responsável	Descrição
Comparação de Dados	**Suprimentos**	Compara as informações levantadas com os dados do sistema de estoques, verificando saldos, custos, rotatividade e outras operações.
Envio de Relatório	**Suprimentos**	Envia relatório detalhado com as informações de estoque, saldos, custos e outros dados relevantes para o processo de padronização de insumos.
Atualização das Listas	**Presidente da Comissão**	Atualiza as listas de insumos padronizados com base nas informações recebidas e na análise de viabilidade técnica e econômica.
Inclusão Trimestral	**Presidente da Comissão**	Trimestralmente, os insumos aprovados no período são incluídos nas listas de insumos padronizados da Policlínica.

Figura 28 - Fluxo e Detalhamento



7.2.5. Procedimento Operacional Padrão (POP) – Aquisição de Insumos e Contratação de Serviços – Contas a Pagar/Financeiro

Objetivo

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) visa estabelecer uma metodologia clara e detalhada para a aquisição de insumos e a contratação de serviços, bem como a gestão de contas a pagar e fluxo financeiro da Policlínica Estadual de Quirinópolis, garantindo a conformidade com as normativas legais, eficiência, transparência e controle financeiro adequado.

Abrangência

Este POP se aplica a todos os setores da Policlínica Estadual de Quirinópolis sob gestão da CGI (OS) e deve ser seguido por todos os colaboradores envolvidos no processo de compras, gestão financeira e administração dos contratos de serviços terceirizados.

Definições

- Insumos: Todos os materiais, medicamentos, EPIs, e demais itens essenciais para a prestação de serviços de saúde.
- Serviços: Inclui serviços de manutenção, segurança, limpeza, informática, consultorias, entre outros.
- Contas a Pagar: Todas as obrigações financeiras decorrentes de compras de insumos ou contratação de serviços.
- Solicitante: Setor ou profissional responsável por identificar a necessidade de insumos ou serviços e fazer a requisição.
- Financeiro: Equipe responsável pela gestão dos pagamentos, controle financeiro e fluxo de caixa da unidade.

Responsabilidades

- Setor de Compras: Responsável pela gestão das aquisições, seleção de fornecedores, negociação de preços, e emissão de pedidos de compra.
- Setor Financeiro: Responsável por processar os pagamentos, controle de contas a pagar e garantir que todas as transações estejam devidamente registradas e alinhadas com o orçamento.
- Setores Requisitantes: Responsáveis por solicitar os insumos e serviços necessários de forma adequada e dentro das normas estabelecidas.
- Diretoria Administrativa/Financeira: Aprovação final das requisições, liberação de pagamentos e acompanhamento do fluxo financeiro.

Materiais e Documentação Necessária

- Sistema de Gestão de Compras (SGC)
- Sistema de Gestão Financeira (SGF)
- Planilha de controle de compras e pagamentos
- Relatórios orçamentários mensais
- Ordem de Compra (OC)
- Contratos de Serviços

- Documento Fiscal (Notas Fiscais, Recibos, Boletos)

Procedimentos

- Solicitação de Insumos ou Serviços
    - Identificação da Necessidade: O setor requisitante deverá identificar a necessidade de aquisição de insumos ou contratação de serviços, com base em previsões de consumo, manutenção preventiva ou urgências operacionais.
    - Preenchimento de Requisição: Preencher a requisição no Sistema de Gestão de Compras (SGC), especificando a descrição detalhada do insumo ou serviço, a quantidade necessária e o prazo desejado.
    - Submeter a requisição ao responsável pelo setor para aprovação.
- Processo de Cotação e Seleção de Fornecedores
    - Solicitação de Cotações: O Setor de Compras deverá buscar pelo menos três cotações de fornecedores previamente cadastrados e com reputação verificada, seguindo a Política de Compras do CGI.
    - Análise de Preços e Condições:
        - Avaliar as cotações considerando preço, prazo de entrega, condições de pagamento e qualidade dos insumos ou serviços ofertados.
        - Utilizar o Sistema de Gestão de Compras (SGC) para comparar cotações e gerar um relatório detalhado de análise.
    - Seleção do Fornecedor: O fornecedor será selecionado com base na análise de custo-benefício e conformidade com as políticas internas. A decisão será registrada no sistema, justificando a escolha.
    - Emissão da Ordem de Compra (OC): Após aprovação pela Diretoria Administrativa/Financeira, emitir a Ordem de Compra no SGC e enviar ao fornecedor selecionado, confirmando os detalhes da aquisição.
- Recebimento de Insumos e Serviços
    - Controle de Recebimento:
        - Ao receber os insumos, o Setor de Almoxarifado deverá conferir as quantidades e a qualidade, comparando com a Ordem de Compra e a Nota Fiscal emitida.
        - Para serviços contratados, a equipe requisitante deverá validar a execução do serviço conforme especificado no contrato.

- Registro de Recebimento: O recebimento deve ser registrado no sistema, vinculado à Ordem de Compra, e os documentos fiscais (Notas Fiscais) devem ser enviados ao Setor Financeiro para conferência.

- Pagamento e Controle Financeiro
  - Validação de Documentos Fiscais:
    - O Setor Financeiro deverá verificar a conformidade das Notas Fiscais recebidas com os itens entregues ou serviços realizados.
    - Conferir se o pagamento está dentro dos prazos acordados e dentro do orçamento aprovado.
- Processamento de Pagamento:
  - O pagamento será realizado conforme as condições acordadas no contrato de fornecimento ou prestação de serviço.
  - Todos os pagamentos deverão ser processados e registrados no Sistema de Gestão Financeira (SGF).
- Monitoramento de Contas a Pagar: O Setor Financeiro deverá monitorar continuamente as obrigações financeiras, atualizando o fluxo de caixa e garantindo que os pagamentos sejam realizados pontualmente, evitando multas e juros.
- Auditoria e Conformidade
  - Auditoria de Processos: O setor de compras e o setor financeiro serão periodicamente auditados para garantir a conformidade com as normativas do CGI e da SES-GO, garantindo transparência em todos os processos.
- Relatórios e Indicadores: Relatórios mensais de compras, estoque, serviços contratados e pagamentos serão gerados para análise da Diretoria Administrativa/Financeira, assegurando que todas as aquisições e pagamentos estão dentro do planejamento orçamentário.

Cuidados de Segurança e Conformidade Legal

- Garantir que todos os fornecedores e prestadores de serviços estejam devidamente registrados e com documentação legal em dia.
- Os processos de aquisição e contratação devem estar em conformidade com a legislação vigente, incluindo a Lei de Licitações (Lei nº 14.133/2021), no que couber ao CGI
- Todos os contratos e pedidos de compra devem estar disponíveis para auditoria interna e externa, promovendo transparência e responsabilidade.

Indicadores de Desempenho

- Taxa de cumprimento de prazos de pagamento: Acompanhar o percentual de pagamentos realizados dentro do prazo estipulado.
- Índice de Eficiência nas Compras: Monitorar a economia gerada pelas cotações e negociações realizadas.
- Qualidade dos Fornecedores: Avaliação periódica da qualidade dos insumos e serviços prestados, com base no feedback dos setores requisitantes.
- Custo Médio por Insumo: Acompanhar a variação do custo dos principais insumos adquiridos, otimizando a negociação com fornecedores.

Gestão de Estoques e Monitoramento de Níveis Críticos de Insumos

Monitoramento de Estoques:

- Implementar um controle diário dos níveis de estoque de insumos, utilizando o Sistema de Gestão de Compras (SGC) para verificar as quantidades disponíveis e evitar rupturas.
- Definir níveis críticos de estoque para cada insumo, acionando automaticamente a necessidade de novas aquisições quando o estoque atingir um limite pré-determinado.
- Inventário Rotativo:
    - Realizar inventários periódicos para confrontar o estoque físico com o estoque registrado no sistema, garantindo a integridade das informações e a gestão eficiente dos materiais.
    - Responsabilidade do Setor de Almoxarifado por garantir que os registros estejam sempre atualizados, evitando desperdícios e faltas de insumos.
- Classificação ABC: Adotar a classificação de insumos pela metodologia ABC, onde itens de maior importância financeira e impacto operacional são monitorados com maior frequência e prioridade de aquisição.

Fluxo Detalhado para Contratação de Serviços

- Análise Prévia e Justificativa de Contratação:
    - Para a contratação de qualquer serviço, o setor requisitante deve justificar formalmente a necessidade, especificando se é um serviço recorrente ou de demanda pontual.
    - Essa justificativa será avaliada pela Diretoria Administrativa, que poderá aprovar ou solicitar mais informações.
- Formalização de Contratos:

- Todos os contratos firmados deverão conter cláusulas de responsabilidade, prazos de entrega, valores acordados, indicadores de desempenho, e sanções em caso de descumprimento das obrigações.
- Antes de assinar o contrato, o documento será analisado pelo setor jurídico da CGI, para garantir a conformidade com as normativas legais e evitar riscos futuros.

- Acompanhamento da Execução dos Serviços: Após a contratação, o Setor de Qualidade e Auditoria Interna deverá monitorar periodicamente a prestação dos serviços, verificando se estão sendo realizados conforme contrato e se os indicadores de qualidade estão sendo cumpridos.

Processos de Pagamento e Fluxo de Caixa

- Planejamento Financeiro Anual:
  - O Setor Financeiro deverá realizar um planejamento financeiro anual para prever todos os custos relacionados a compras e serviços, em alinhamento com o orçamento da unidade de saúde.
  - O orçamento será revisado trimestralmente para ajustes com base em variações de consumo e demanda de serviços.
- Fluxo de Pagamentos:
  - Definir um cronograma de pagamentos alinhado com o fluxo de caixa da Policlínica, garantindo que todos os fornecedores recebam dentro do prazo estipulado em contrato.
  - Caso ocorra algum problema financeiro que impossibilite o pagamento no prazo, o fornecedor deverá ser informado com antecedência e uma nova data será acordada.
- Revisão e Aprovação dos Pagamentos:
  - Todos os pagamentos deverão ser revisados pelo Departamento Financeiro e aprovados pela Diretoria Administrativa antes de serem liberados.
  - O processo de liberação de pagamento deve passar por uma dupla verificação, garantindo que as entregas de insumos ou serviços foram validadas pelo setor requisitante.

Gestão de Riscos e Continuidade Operacional

- O Setor de Compras deverá mapear os riscos associados à falta de insumos críticos e à contratação de serviços essenciais, elaborando um Plano de Contingência para garantir o fornecimento ininterrupto em situações emergenciais.

- O Plano de Contingência deverá prever a substituição rápida de fornecedores em caso de falhas de entrega ou serviços, bem como garantir a existência de contratos de backup com outros prestadores de serviço.
- Em caso de falta de insumos críticos, deve ser priorizado o reabastecimento imediato para garantir a continuidade do atendimento na Policlínica.

Treinamento e Capacitação de Equipes

- Realizar treinamentos periódicos com a equipe do setor de compras e financeiro para garantir a familiaridade com as políticas de aquisição, contratação e gestão de fornecedores, bem como as normas de controle de custos e compliance.
- A capacitação deve incluir módulos de negociação com fornecedores, gestão de contratos, e planejamento orçamentário, além de atualizações sobre legislações aplicáveis.
- Realizar avaliações periódicas do desempenho da equipe do Setor de Compras e do Financeiro, estabelecendo metas de eficiência e redução de custos, com feedbacks constantes para o aprimoramento das operações.

Auditoria e Relatórios de Desempenho

- Implementar auditorias internas trimestrais e auditorias externas anuais para verificar o cumprimento dos procedimentos de compras, contratação de serviços e fluxo financeiro, com relatórios enviados à Diretoria Executiva da CGI.
- Elaborar relatórios mensais detalhados de desempenho financeiro, monitorando os custos com insumos e serviços, bem como o andamento das contas a pagar. Esses relatórios serão utilizados para ajustes no planejamento orçamentário e no processo de tomada de decisões.

Política de Compras Sustentáveis

- O Setor de Compras deverá adotar práticas de compras sustentáveis, priorizando fornecedores que sigam práticas ambientalmente responsáveis, como uso de materiais reciclados, redução de emissões de carbono e consumo consciente de recursos.
- Inserir nas solicitações de propostas (RFPs) e contratos com fornecedores uma cláusula de compromisso com a sustentabilidade, incentivando o uso de insumos biodegradáveis ou sustentáveis, quando aplicável.

Avaliação de Impacto Ambiental:

Antes da aquisição de determinados insumos ou serviços, deverá ser realizada uma avaliação de impacto ambiental, garantindo que o processo de compra minimize danos ao meio ambiente e siga as diretrizes de Responsabilidade Social Corporativa (RSC) da CGI.

Implementação de Tecnologias para Otimização de Processos

- Automação do Processo de Compras:
    - Introduzir sistemas integrados de gestão de compras automatizada, que utilizam inteligência artificial para prever a demanda de insumos com base no histórico de consumo, eliminando o desperdício e melhorando a eficiência.
    - Automatizar o processo de aprovação de pedidos, facilitando a tomada de decisões em tempo real e reduzindo o tempo de resposta para compras urgentes.
- Integração com Fornecedores:
    - Implementar um portal de fornecedores onde os prestadores de serviço e fornecedores de insumos podem acompanhar suas ordens de compra, status de pagamentos e enviar propostas ou cotações. Isso otimiza a comunicação e centraliza todas as transações em uma única plataforma.
- Rastreamento e Análise de Dados: Utilizar ferramentas de business intelligence (BI) para rastrear o desempenho dos fornecedores, tempo de entrega, qualidade dos insumos e custo-benefício. Essas ferramentas também devem ser capazes de prever tendências de mercado que possam impactar os custos ou a disponibilidade de produtos.

Gestão de Fornecedores e Parcerias Estratégicas

- Cadastro e Avaliação de Fornecedores: Manter um Cadastro Nacional de Fornecedores, avaliando a reputação, a qualidade dos serviços e insumos, bem como a conformidade legal e financeira dos prestadores antes de formalizar qualquer contrato. Esse processo de avaliação pode incluir visitas técnicas e análises de referências de mercado.
- Estabelecimento de Parcerias Estratégicas: Identificar fornecedores-chave com os quais a CGI pode estabelecer parcerias estratégicas de longo prazo, garantindo estabilidade no fornecimento de insumos essenciais e possibilitando negociações mais vantajosas, como compras em maior volume com desconto ou melhores condições de pagamento.
- Critérios de Performance e Qualidade: Cada contrato com fornecedores deverá incluir indicadores de performance (KPIs), que monitoram a entrega pontual, a qualidade do material/serviço e a capacidade de resolução de problemas. Fornecedores que não alcançarem os índices estabelecidos serão reavaliados e poderão ser descontinuados.

Compliance e Conformidade com Legislação

- Todas as aquisições e contratações de serviços deverão estar em conformidade com as normas da Anvisa, RDC, normas fiscais e tributárias aplicáveis à área de saúde, além das diretrizes específicas da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e demais legislações vigentes.
- Implementar uma política anticorrupção no Setor de Compras e Contratação de Serviços, incluindo uma auditoria rigorosa sobre contratos e compras, garantindo transparência em todas as fases do processo, com relatórios periódicos para as partes interessadas e entidades de controle interno e externo.
-

20. Controle de Custos e Eficiência Operacional

- O Setor Financeiro deverá definir um orçamento mensal para cada categoria de insumos e serviços, baseado no planejamento anual da Policlínica, com revisões trimestrais. O acompanhamento contínuo deste orçamento será essencial para a gestão responsável dos recursos.
- Relatórios mensais de análise de custos versus orçamento, destacando áreas de sobrecarga e possíveis economias, deverão ser entregues à Diretoria Administrativa para revisão e possíveis ajustes no fluxo financeiro.
- Todos os contratos de fornecedores deverão passar por uma avaliação de custo-benefício antes da assinatura. Isso inclui uma análise detalhada do retorno sobre investimento (ROI) para garantir que o fornecedor esteja oferecendo serviços de alta qualidade a preços competitivos.

21. Políticas de Ética e Transparência nas Relações Comerciais

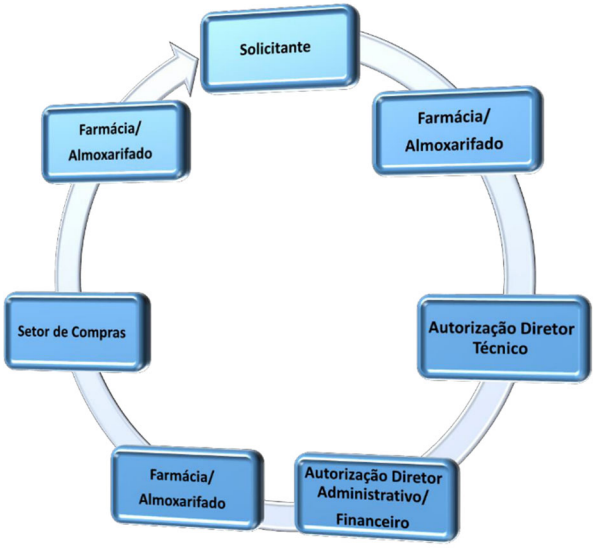
- O Setor de Compras deverá seguir um Código de Ética Comercial, garantindo que todas as negociações sejam feitas com base na transparência, evitando conflitos de interesse, práticas de favorecimento ou qualquer tipo de conduta inadequada com fornecedores.
- Implementar um canal de denúncias anônimo para que funcionários ou parceiros possam relatar práticas comerciais inadequadas, incluindo favorecimento indevido de fornecedores ou qualquer desvio ético durante as aquisições e contratações de serviços.

Monitoramento e Avaliação de Resultados

- Definir indicadores-chave de desempenho (KPIs) para avaliar a eficiência das compras, o tempo de resposta das contratações, a qualidade dos insumos adquiridos e a satisfação dos setores que utilizam os produtos ou serviços contratados.

- Realizar reuniões trimestrais de avaliação do desempenho do Setor de Compras, com base nos indicadores e resultados obtidos, ajustando processos conforme necessário para melhorar a eficiência operacional.

Figura 29 - Fluxograma de Solicitação de Produtos Não Padronizados



7.2.6. Da Qualificação e Avaliação do Fornecedor

Objetivo

Assegurar que todos os fornecedores de insumos e serviços contratados pela Policlínica Estadual de Quirinópolis atendam aos mais elevados padrões de qualidade, legalidade, transparência e sustentabilidade, promovendo uma relação de confiança mútua e eficiência operacional.

I. Critérios de Qualificação de Fornecedores

Para garantir que os fornecedores contratados sejam confiáveis e compatíveis com as necessidades da Policlínica, os seguintes critérios serão considerados:

- Legalidade e Documentação: O fornecedor deverá apresentar toda a documentação exigida para sua regularização junto aos órgãos competentes, incluindo CNPJ, certidões negativas, alvarás e licenças específicas.
- Histórico de Conformidade: Serão realizadas verificações de antecedentes do fornecedor, tanto em relação ao cumprimento de contratos anteriores como à sua reputação no mercado. Qualquer histórico de não conformidade com legislações ou práticas irregulares pode levar ao descredenciamento.

- Capacidade Operacional e Técnica: O fornecedor será avaliado quanto à sua infraestrutura, capacidade de atendimento das demandas contratuais, equipe técnica qualificada e estrutura logística. Além disso, poderão ser solicitadas certificações de qualidade, como ISO 9001, que comprovem a qualidade do processo produtivo.
- Sustentabilidade Ambiental e Responsabilidade Social: Será priorizada a contratação de fornecedores que adotem práticas sustentáveis e de responsabilidade social, alinhando-se às políticas da CGI e ao compromisso com o desenvolvimento sustentável.

II. Processo de Avaliação Contínua

- Avaliado fornecedor passará por uma avaliação periódica de desempenho, que medirá a qualidade do produto ou serviço entregue, o cumprimento de prazos e a conformidade com as especificações contratuais.
- A capacidade do fornecedor de responder rapidamente a demandas emergenciais ou a ajustes no cronograma será um critério importante na avaliação de sua eficiência.
- Será implementado um sistema de auditorias internas para avaliar o cumprimento dos fornecedores em relação aos requisitos contratuais e legais. Auditorias externas poderão ser realizadas em casos de fornecimento crítico ou com riscos elevados.
- Fornecedores que não atingirem as metas mínimas de qualidade serão obrigados a implementar um plano de melhoria contínua, com cronogramas de ações corretivas a serem monitoradas pela equipe de gestão de compras da Policlínica.

III. Qualificação para Novos Fornecedores

- Todo novo fornecedor deverá passar por um processo de homologação, que incluirá a apresentação de documentos, comprovação de capacidade técnica e, quando aplicável, a realização de visitas técnicas às instalações da empresa.
- Em alguns casos, novos fornecedores podem ser contratados para um projeto-piloto, com fornecimento limitado, antes de uma contratação em maior escala. Esse procedimento permite uma avaliação mais detalhada da performance do fornecedor.
- Em contratos de fornecimento de insumos médicos ou produtos de alta complexidade, poderá ser exigida a apresentação de amostras para avaliação de conformidade antes da contratação definitiva.

IV. Gestão de Riscos e Penalidades

- Um processo de avaliação de riscos será conduzido para identificar potenciais vulnerabilidades no fornecimento. Isso inclui a análise de dependência excessiva de um

único fornecedor ou de fornecedores com histórico de inconsistência na entrega de produtos ou serviços.

- O contrato com os fornecedores deverá incluir cláusulas claras sobre penalidades em casos de não cumprimento dos prazos, fornecimento de produtos de baixa qualidade ou qualquer desvio das especificações contratuais. Penalidades podem incluir desde multas até o descredenciamento total do fornecedor.
- Fornecedores de produtos ou serviços essenciais deverão apresentar um plano de contingência que assegure a continuidade no fornecimento em casos de crises, falhas na cadeia logística ou problemas de produção.

V. Monitoramento e Relatórios Periódicos

- Serão exigidos relatórios periódicos dos fornecedores, que deverão detalhar a execução dos contratos, o cumprimento das especificações e eventuais problemas enfrentados. A partir desses relatórios, a equipe de compras e suprimentos poderá ajustar a estratégia de fornecimento conforme necessário.
- A Policlínica utilizará um sistema de gestão integrada (ERP) que permitirá o monitoramento em tempo real do status de compras, contratos e entregas, garantindo total transparência e rastreabilidade das transações realizadas com os fornecedores.

Auditoria e Conformidade

- Para garantir o cumprimento das normas vigentes, serão realizadas auditorias periódicas, tanto internas quanto por entidades independentes, verificando se os fornecedores estão atuando de acordo com as exigências contratuais e legais.
- Após a entrega dos insumos ou a prestação dos serviços, a Policlínica realizará uma avaliação pós-entrega para garantir que o fornecimento atendeu às expectativas e padrões de qualidade. Feedbacks contínuos serão emitidos para o fornecedor.

VI. Critérios de Exclusão e Descredenciamento

- Fornecedores que apresentarem problemas recorrentes ou falhas críticas poderão ser descredenciados do cadastro de fornecedores da Policlínica. Este processo será conduzido de forma criteriosa, com base em relatórios de não conformidade e falhas contratuais.
- Fornecedores que forem identificados como responsáveis por práticas fraudulentas, má-fé ou que desrespeitarem as normas da SES-GO serão imediatamente excluídos do rol de fornecedores e estarão sujeitos a penalidades legais.

VII. Inovação e Tecnologia na Gestão de Fornecedores

- Implantação de Ferramentas Tecnológicas
    - A Policlínica utilizará um sistema de gestão de fornecedores com uma plataforma digital integrada, que permitirá a automação de processos de avaliação e qualificação, facilitando a consulta de documentos, certificados e performance em tempo real. O uso de inteligência artificial para prever problemas de fornecimento e análise de riscos será incentivado.
    - Plataforma de Cadastro Automatizada: Todos os fornecedores serão cadastrados em uma plataforma centralizada que automatiza a verificação de documentos fiscais e licenças, integrando com bases públicas como Receita Federal, Procon e Cadastro de Inadimplentes (Cadin).
    - Monitoramento de Performance em Tempo Real: Através de dashboards de performance, a equipe de compras poderá monitorar métricas de cumprimento de contrato, como pontualidade na entrega, qualidade dos produtos, e nível de satisfação com os serviços prestados.
- Blockchain para Rastreabilidade A implementação de tecnologia blockchain será explorada para assegurar maior rastreabilidade em toda a cadeia de fornecimento. Com isso, todos os registros e transações com fornecedores serão imutáveis e transparentes, garantindo integridade e permitindo auditorias detalhadas de cada lote de insumo adquirido.

Todos os insumos recebidos na Policlínica terão registros detalhados de origem, transporte e condições de armazenagem em blockchain, facilitando auditorias e controles regulatórios.

VIII. Responsabilidade Social e Ambiental

- Política de Compras Sustentáveis A Policlínica implementará uma política de compras sustentáveis, onde serão priorizados fornecedores que adotam práticas ecológicas, como a redução do uso de plásticos, o controle de emissão de gases, e a utilização de materiais recicláveis. Fornecedores que demonstrem iniciativas de responsabilidade social terão preferência no processo de seleção e qualificação.
    - Fornecedores serão avaliados periodicamente para verificar a adoção de práticas sustentáveis, e um sistema de pontuação será estabelecido para garantir que aqueles que seguem práticas ecológicas tenham vantagem em processos licitatórios e de renovação de contratos.
    - Certificações Ambientais e Sociais: Exigir certificações como ISO 14001 (Gestão Ambiental) e SA8000 (Responsabilidade Social) nos contratos com fornecedores de maior volume ou impacto, como insumos médicos descartáveis.

IX. Relatórios de Impacto Social

Fornecedores que contribuem para projetos sociais ou comunitários deverão reportar regularmente suas iniciativas à Policlínica, que compilará tais relatórios para análise de impacto. Será implementada uma métrica de impacto social, medindo a contribuição dos fornecedores em áreas como inclusão de mão-de-obra local e programas de sustentabilidade.

X. Capacitação e Relacionamento com Fornecedores

- Programas de Capacitação para Fornecedores: Será implementado um programa de capacitação e desenvolvimento contínuo para os fornecedores, em que a Policlínica, em parceria com a CGI e o Centro Integrado de Gestão, promoverá workshops e treinamentos periódicos para orientar sobre boas práticas de fornecimento, sustentabilidade, e conformidade regulatória.
    - Workshops de Boas Práticas: Treinamentos e capacitações serão oferecidos para que os fornecedores entendam as melhores práticas em termos de logística, armazenamento de insumos médicos, conformidade legal e gestão de qualidade.
    - Certificação Interna: Fornecedores que participarem dos treinamentos receberão uma certificação interna de parceria estratégica, que poderá aumentar sua pontuação em novos processos de compra e licitação.

XI. Relacionamento e Parcerias Estratégicas: Será incentivado o estabelecimento de parcerias de longo prazo com fornecedores estratégicos, criando um programa de fidelização de fornecedores, em que aqueles que mantêm alto desempenho ao longo dos anos possa ser beneficiados com contratos de renovação automática ou priorização em processos emergenciais. O relacionamento será estruturado com base na confiança e cumprimento de metas de qualidade e sustentabilidade. Fornecedores com boa performance poderão ter acesso a contratos de longo prazo.

XII. Gestão de Conflitos e Transparência

- Mecanismos de Solução de Conflitos: Para assegurar que eventuais conflitos entre a Policlínica e os fornecedores sejam resolvidos de maneira rápida e eficiente, será criado um Comitê de Gestão de Conflitos e Ética Comercial. Esse comitê será responsável por mediar questões contratuais, falhas de entrega, e quaisquer discordâncias entre as partes.
    - Caso algum conflito não possa ser resolvido internamente, será oferecida a possibilidade de mediação através de um órgão externo, assegurando que ambas as partes tenham seus direitos resguardados.
    - Todos os contratos e comunicações com fornecedores serão armazenados em sistemas digitais, assegurando rastreabilidade e transparência no processo

decisório, de modo que possam ser auditados periodicamente por órgãos regulatórios.

XIII. Política Anticorrupção: Uma política anticorrupção rigorosa será implementada, com auditorias frequentes e controle rígido sobre as compras e negociações com fornecedores. Qualquer tentativa de fraude, suborno ou favorecimento será penalizada com descredenciamento imediato do fornecedor e denúncia aos órgãos competentes. Será criado um canal confidencial onde funcionários da Policlínica, bem como os próprios fornecedores, poderão reportar comportamentos inadequados, tentativas de corrupção, ou práticas comerciais abusivas.

7.2.6.1. Critérios de Avaliação para Qualificação e Avaliação de Fornecedores

A qualificação e avaliação dos fornecedores da Policlínica Estadual de Quirinópolis, gerida pela Centro Integrado de Gestão, serão realizadas com base em critérios bem definidos, assegurando que os parceiros comerciais atendam às expectativas de qualidade, eficiência e responsabilidade. Abaixo estão os critérios detalhados que serão utilizados para a avaliação contínua dos fornecedores:

I. Qualidade do Produto/Serviço
- Verificação da aderência às especificações técnicas exigidas no contrato ou solicitação. Produtos que não atendam aos requisitos técnicos serão automaticamente desqualificados.
- Presença de certificações como ISO 9001, ISO 13485 (no caso de dispositivos médicos), e outras relevantes.
- Inspeção de procedimentos internos do fornecedor para garantir que os produtos/serviços estejam livres de falhas ou defeitos.

II. Cumprimento de Prazos
- Monitoramento contínuo do cumprimento dos prazos de entrega estabelecidos em contrato. Atrasos recorrentes serão penalizados e podem resultar na desqualificação do fornecedor.
- Capacidade de gerenciar a logística de entrega de produtos/serviços de forma eficiente, sem comprometer a integridade dos materiais, principalmente em casos de insumos médicos sensíveis.

III. Preço e Custo-Benefício

- Avaliação da competitividade dos preços oferecidos em comparação com outros fornecedores do mercado, sem comprometer a qualidade.
- A análise levará em consideração não apenas o preço mais baixo, mas a combinação entre custo e qualidade oferecida.

IV. Capacidade Técnica e Operacional

- Verificação da capacidade técnica do fornecedor em desenvolver, fabricar, distribuir ou prestar serviços dentro dos padrões exigidos pela Policlínica.
- Avaliação da capacidade do fornecedor de lidar com volumes de pedidos variáveis, garantindo que o fornecimento seja adequado, especialmente em momentos de alta demanda.

V. Certificações e Conformidade Legal

- Certificações Regulamentares: Verificação da conformidade com normas regulatórias (ANVISA, ISO, entre outras), bem como certificados obrigatórios para a comercialização de produtos/serviços específicos.
- Cumprimento de Obrigações Legais: Avaliação do cumprimento de obrigações fiscais, tributárias e trabalhistas, garantindo que o fornecedor não esteja envolvido em práticas ilegais ou irregulares.

VI. Sustentabilidade e Responsabilidade Social

- Avaliação das práticas de sustentabilidade, como a utilização de materiais recicláveis, a redução do impacto ambiental e o cumprimento das normas de proteção ambiental.
- Avaliação do compromisso do fornecedor com práticas éticas, tratamento justo dos trabalhadores, e envolvimento em programas sociais.

VII. Inovação Tecnológica

- Investimento em Inovação: Verificação da disposição do fornecedor em investir em novas tecnologias e processos inovadores, principalmente em soluções que impactem diretamente a eficiência e qualidade dos produtos/serviços.
- Capacidade do fornecedor de incorporar tecnologias modernas em seus processos, como automação, inteligência artificial e outras inovações relevantes para o setor de saúde.

VIII. Relação e Suporte ao Cliente

- Proatividade na Resolução de Problemas: Capacidade de resposta rápida e eficiente a problemas ou reclamações, garantindo que as soluções sejam implementadas prontamente.
- Atendimento e Suporte Técnico: A prontidão do fornecedor em oferecer suporte técnico quando necessário, garantindo que o serviço não seja interrompido por falhas em produtos ou falta de orientação técnica.

IX. Compliance e Ética

- Verificação da adoção de programas de compliance, garantindo que o fornecedor esteja em conformidade com as políticas de anticorrupção e as boas práticas de governança.
- Avaliação da conduta ética do fornecedor em relação ao mercado, funcionários e clientes, garantindo que não haja envolvimento em práticas como suborno, corrupção ou conduta antiética.

X. Capacidade de Resposta em Situações Emergenciais

- Flexibilidade Operacional: Avaliação da capacidade do fornecedor de responder rapidamente a mudanças inesperadas ou a situações emergenciais, como necessidade de fornecimento urgente de insumos ou serviços.
- Capacidade de Escalabilidade: Verificação da possibilidade do fornecedor expandir suas operações em caso de aumento de demanda, garantindo que o fornecimento não seja interrompido.

XI. Rastreabilidade e Transparência

- O fornecedor deve ser transparente sobre suas cadeias de fornecimento, garantindo rastreabilidade total dos produtos fornecidos.
- Capacidade de identificar rapidamente a origem, lote e localização de qualquer produto ou serviço, especialmente em situações de recall ou substituição de materiais.

XII. Feedback de Desempenho

- O fornecedor será avaliado constantemente com base em feedback da equipe da Policlínica sobre a qualidade dos produtos e serviços.
- Implementação de indicadores de desempenho específicos, como o tempo de resposta a emergências, qualidade dos produtos entregues e satisfação geral da Policlínica.

XIII. Auditorias Periódicas

- Realização de auditorias periódicas para verificar a conformidade do fornecedor com as exigências contratuais e regulatórias.
- A equipe da Policlínica realizará auditorias internas para garantir que os padrões sejam mantidos ao longo do tempo, avaliando desde o armazenamento até a entrega dos produtos/serviços.

XIV. Capacidade de Sustentação de Longo Prazo: Avaliação contínua da saúde financeira do fornecedor, assegurando que ele seja capaz de manter um fornecimento confiável a longo prazo, sem interrupções.

7.2.6.2. Pontuação Atribuída a Cada Critério de Avaliação dos Fornecedores

A pontuação máxima para cada critério é baseada em uma escala de 0 a 10, com pesos aplicados de acordo com a importância de cada critério.

Critério	Peso (%)	Faixa de Pontuação (0-10)	Cálculo (Pontuação x Peso)
Qualidade do Produto/Serviço	20%	Conformidade com Especificações, Certificações, Controle de Qualidade	(Pontuação obtida x 0.20)
Cumprimento de Prazos	15%	Pontualidade nas Entregas, Gestão Logística	(Pontuação obtida x 0.15)
Preço e Custo-Benefício	15%	Competitividade de Preços, Relação Custo-Benefício	(Pontuação obtida x 0.15)
Capacidade Técnica e Operacional	10%	Expertise Técnica, Capacidade de Atendimento	(Pontuação obtida x 0.10)
Certificações e Conformidade Legal	10%	Certificações Regulamentares, Cumprimento de Obrigações Legais	(Pontuação obtida x 0.10)
Sustentabilidade e Responsabilidade Social	5%	Práticas de Sustentabilidade, Responsabilidade Social	(Pontuação obtida x 0.05)
Inovação Tecnológica	5%	Investimento em Inovação, Utilização de Tecnologia Moderna	(Pontuação obtida x 0.05)
Relação e Suporte ao Cliente	10%	Proatividade na Resolução de Problemas, Suporte Técnico	(Pontuação obtida x 0.10)
Compliance e Ética	5%	Aderência a Práticas de Compliance, Práticas Éticas	(Pontuação obtida x 0.05)
Capacidade de Resposta em Situações Emergenciais	5%	Flexibilidade Operacional, Escalabilidade	(Pontuação obtida x 0.05)

Rastreabilidade e Transparência	5%	Transparência de Processos, Rastreabilidade dos Produtos	(Pontuação obtida x 0.05)
Feedback de Desempenho	5%	Feedback Contínuo, Avaliação de Desempenho	(Pontuação obtida x 0.05)
Auditorias Periódicas	5%	Auditorias Externas e Internas	(Pontuação obtida x 0.05)

A soma da pontuação ponderada dará a avaliação final do fornecedor. Por exemplo, se o fornecedor obteve nota 8 em "Qualidade do Produto/Serviço", o cálculo seria 8 x 0.20 = 1.6 pontos. Ao final, somam-se todos os pontos para obter a nota total final.

Pontuação Final

A pontuação total final será a somatória das médias ponderadas de cada critério acima. O fornecedor será avaliado com base na seguinte faixa de classificação:

90-100: Excelente – Qualificado para fornecimento sem restrições.
75-89: Muito Bom – Qualificado com algumas áreas para melhoria.
60-74: Bom – Qualificado, mas com necessidade de atenção e melhorias.
50-59: Razoável – Necessita de melhorias significativas.
Abaixo de 50: Insatisfatório – Desqualificado para fornecimento.

7.2.7. Manutenção do Cadastro de Fornecedores Qualificados

A manutenção do cadastro de fornecedores qualificados da Policlínica Estadual de Quirinópolis, sob a gestão do Centro Integrado de Gestão (CIG), é um processo contínuo, necessário para assegurar a contratação de fornecedores que atendam aos requisitos de qualidade, eficiência e conformidade legal.

1. Documentação e Atualização de Registros

Os fornecedores devem manter sua documentação legal e fiscal sempre atualizada. A cada seis meses, a equipe de compras da Policlínica solicitará a renovação das certidões negativas de débitos (tributários e trabalhistas), além de outros documentos, como:

- Certificado de regularidade fiscal.
- Licenças operacionais e sanitárias (quando aplicável).
- Comprovação de capacidade técnica.

O fornecedor que não apresentar a documentação solicitada dentro do prazo estipulado será automaticamente suspenso do cadastro.

2. Avaliação Periódica de Desempenho

- O desempenho dos fornecedores será monitorado regularmente, com base em critérios como:
- O material ou serviço fornecido deve estar em conformidade com as especificações contratuais, atendendo às normas de segurança e qualidade exigidas pela Policlínica.
- O fornecedor deve cumprir rigorosamente os prazos de entrega acordados.
- A capacidade de resolver problemas, atender prontamente demandas e proporcionar suporte técnico quando necessário.
- Os preços praticados devem ser justos e em linha com os valores de mercado.

Esses critérios serão registrados após cada entrega ou prestação de serviço, com o responsável pelo recebimento atribuindo notas de avaliação ao fornecedor.

3. Revisão e Retenção de Fornecedores

Com base nos relatórios de avaliação periódica, será feita uma revisão anual do cadastro de fornecedores. Fornecedores que não cumprirem os critérios mínimos (pontuação inferior a 70%, por exemplo) poderão ser suspensos ou excluídos do cadastro. Se um fornecedor for avaliado negativamente em três ou mais ocorrências consecutivas, será realizada uma revisão formal para determinar sua permanência no cadastro. Serão considerados os seguintes aspectos:

- Número de reclamações.
- Gravidade dos problemas ocorridos.
- Possíveis soluções ou compromissos firmados para correção.

4. Programa de Melhoria Contínua

- Os fornecedores que apresentarem problemas pontuais, mas que demonstrem compromisso com a melhoria contínua, poderão ser convidados a participar de um programa de melhoria, em que deverão adotar medidas corretivas para ajustar sua performance.
- A Policlínica oferecerá suporte na forma de reuniões de feedback, com foco na construção de parcerias de longo prazo, desde que o fornecedor apresente a intenção clara de resolver os problemas identificados.

5. Rotatividade e Inclusão de Novos Fornecedores

- A cada atualização semestral, será aberta a possibilidade de novos fornecedores se cadastrarem no sistema. Isso garante que a Policlínica tenha à disposição uma maior variedade de opções, promovendo competitividade e garantindo que os preços e qualidade dos produtos/serviços sigam adequados.
- Os novos fornecedores passarão por um processo de qualificação inicial, no qual será analisado:
    - Histórico de atuação no mercado.
    - Referências de outros clientes.
    - Capacidade técnica e financeira.
    - Certidões de regularidade.

6. Sistema de Pontuação para Fornecedores: Para garantir um acompanhamento eficiente e justo, os fornecedores serão classificados com base em uma escala de pontuação que avalia diferentes critérios. Abaixo, está um exemplo de como o sistema de pontuação poderá ser estruturado:

Critério de Avaliação	Peso (%)	Nota (0 a 10)	Pontuação (Peso x Nota)
Qualidade dos Produtos/Serviços	40%		
Cumprimento de Prazos	30%		
Atendimento ao Cliente/Pós-Venda	20%		
Preços Competitivos	10%		
Total	100%		
Critério de Avaliação	Peso (%)	Nota (0 a 10)	

Fornecedores que alcançarem uma pontuação superior a 7,5 serão considerados "qualificados". Abaixo desse nível, poderão ser reavaliados e, se necessário, excluídos.

7. Monitoramento e Acompanhamento

A Policlínica deverá monitorar continuamente o desempenho dos fornecedores por meio de relatórios mensais de compras e fornecimento. Uma comissão de avaliação, composta por membros do setor de compras e usuários dos serviços/insumos, será responsável por revisar periodicamente os resultados das avaliações. A transparência nesse processo é fundamental para garantir que os melhores fornecedores continuem a prestar serviços à Policlínica e que possíveis falhas sejam identificadas e corrigidas rapidamente.

Na estrutura de gestão da Policlínica Estadual de Quirinópolis, sob a administração Centro Integrado de Gestão (CIG), a responsabilidade pela manutenção e atualização do cadastro de fornecedores qualificados será compartilhada por diferentes departamentos para assegurar o controle eficiente e transparente.

O Setor de Gestão de Compras e Suprimento será o principal responsável por coordenar todo o processo de qualificação e manutenção dos fornecedores. Suas funções incluem:

- Gerenciamento do Cadastro:
  - Atualizar periodicamente o cadastro de fornecedores, garantir que a documentação esteja regular e que os relatórios de avaliação de desempenho sejam mantidos.
  - Conduzir a coleta e análise das avaliações de desempenho dos fornecedores, garantindo que os critérios de qualidade, prazos e preços estejam sendo cumpridos.

  Manter uma linha direta de comunicação com os fornecedores para esclarecer questões relacionadas a documentação, prazos, qualidade dos produtos e serviços, e providenciar feedback após cada avaliação.
- Comissão de Qualificação de Fornecedores Uma comissão formada por membros do setor de compras, financeiro, jurídico, e áreas operacionais. Suas responsabilidades incluem:
  - Realizar o processo de qualificação inicial de novos fornecedores, avaliando sua capacidade técnica e financeira, histórico de mercado, referências e certificações.
  - Analisar o desempenho anual dos fornecedores com base nos relatórios de avaliação, decidindo sobre a permanência, suspensão ou exclusão do cadastro.
  - Intervir em casos de desempenho insatisfatório, definindo planos de ação corretiva para fornecedores problemáticos ou decidindo sobre sua exclusão em casos mais graves.
- Setor de Controle Interno e Auditoria:
  - O setor de auditoria interna será responsável por garantir que todos os processos relacionados à manutenção do cadastro de fornecedores estejam em conformidade com as normativas vigentes e que as avaliações e contratações ocorram de forma transparente e dentro das regras estabelecidas.
  - Realizar auditorias periódicas no setor de compras e suprimentos, certificando-se de que os critérios de avaliação de fornecedores estão sendo aplicados de maneira justa e precisa.

Responsabilidade Final

A responsabilidade final pela manutenção do cadastro de fornecedores e sua devida qualificação será do Gestor Administrativo da Policlínica, em conjunto com o Diretor de Suprimentos, assegurando que todos os processos sejam conduzidos de acordo com as políticas da CGI e as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

FORMULÁRIOS

I. Cadastro e Qualificação de Fornecedores

FORMULÁRIO: FOR.COM.xxx

DATA DE ELABORAÇÃO: xx/xx/xxxx

REV.000 DATA DE REVISÃO: xx/xx/xxxx

1. IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Campo	Descrição
Nome Fantasia	*Inserir o nome comercial pelo qual o fornecedor é conhecido.*
CNPJ	*Número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).*
Razão Social (Fornecedor)	*Nome oficial da empresa fornecedora, conforme registrado em órgão competente (Razão Social).*

2. DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Documentos Requeridos	Situação (*Marcar com X*)	Observações
CNPJ	[ ] Apresentado	*Inserir número do CNPJ e sua validade.*
Alvará de Funcionamento	[ ] Apresentado	*Certificado de licença emitido pela Prefeitura para funcionamento do estabelecimento.*
Inscrição Estadual	[ ] Apresentado	*Inserir número da Inscrição Estadual e sua validade.*
Inscrição Municipal	[ ] Apresentado	*Inserir número da Inscrição Municipal e sua validade.*
Certificado da Vigilância Sanitária	[ ] Apresentado	*Inserir número do certificado emitido pela Vigilância Sanitária e validade.*
Certidão da Receita Federal	[ ] Apresentado	*Inserir número da Certidão emitida pela Receita Federal e prazo de validade.*

3. CRITÉRIOS ATENDIDOS PELO FORNECEDOR

Critérios de Qualificação	Situação (*Marcar com X*)	Observações
Ciência dos Critérios de Qualidade	[ ] Atendido	*Declaração de que o fornecedor está ciente e concorda com os critérios de qualidade exigidos.*
Garantias	[ ] Atendido	*Declaração formal das garantias oferecidas pelo fornecedor (produtos, suporte, etc.).*
Amostras para Avaliação de Produtos	[ ] Apresentado	*Registro da apresentação de amostras de produtos para avaliação técnica, quando necessário.*
Tabela de Preços	[ ] Apresentado	*Fornecedor apresenta tabela de preços detalhada para análise de competitividade e adequação.*
Ciência da Especificação dos Produtos	[ ] Atendido	*Declaração de que o fornecedor está ciente das especificações exigidas para os produtos fornecidos.*
Disponibilidade para Receber Visitas	[ ] Atendido	*Confirmação de que o fornecedor está disponível para visitas técnicas, quando solicitado.*

4. AVALIAÇÃO FINAL

Critério de Avaliação	Resultado (Conforme/Não Conforme)	Comentários
Documentação Completa	[ ] Conforme [ ] Não Conforme	*Se todos os documentos requeridos foram entregues e estão válidos.*
Critérios de Qualidade Atendidos	[ ] Conforme [ ] Não Conforme	*Se o fornecedor atende a todos os critérios de qualidade exigidos para o fornecimento.*
Avaliação de Amostras de Produtos	[ ] Conforme [ ] Não Conforme	*Avaliação técnica das amostras fornecidas.*
Disponibilidade para Visita Técnica	[ ] Conforme [ ] Não Conforme	*Verificação da disposição do fornecedor em receber visitas de auditoria técnica.*

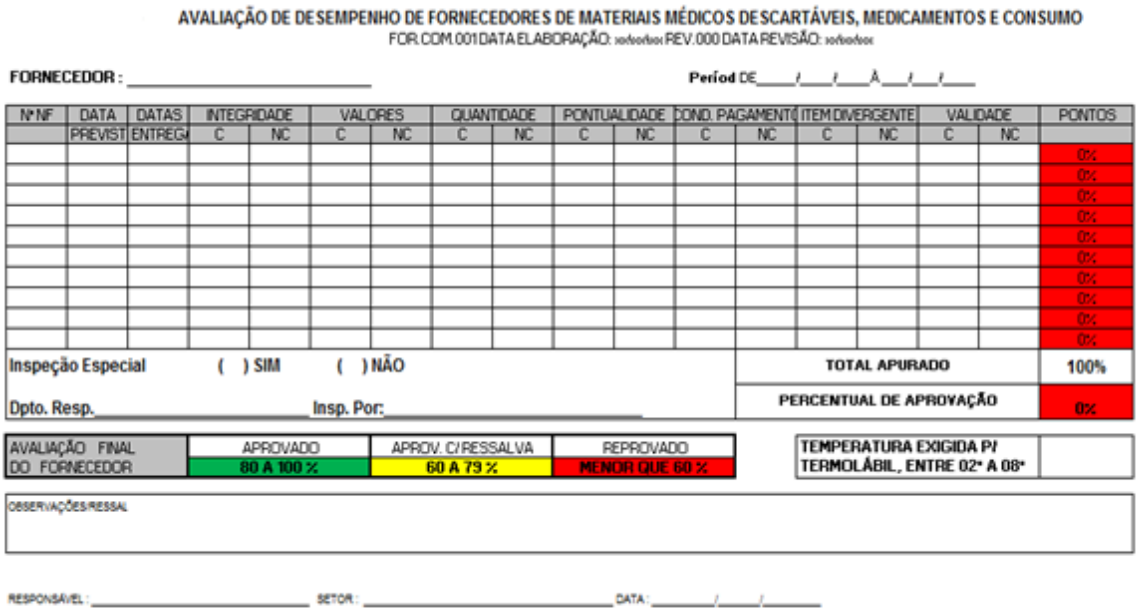
5. CONCLUSÃO DA QUALIFICAÇÃO

Aprovado	Reprovado	Comentários Finais
[ ] Fornecedor Aprovado	[ ] Fornecedor Reprovado	*Inserir comentários finais sobre o processo de qualificação do fornecedor e eventuais ressalvas.*

Responsável pela Avaliação

- **Nome:**
- **Assinatura:**
- **Data:**

Figura 30 - Avaliação Com Fornecedores



AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE FORNECEDORES DE MATERIAIS MÉDICOS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS E CONSUMO

FOR.COM.001 DATA ELABORAÇÃO: xx/xx/xxxx REV.000 DATA REVISÃO: xx/xx/xxxx

FORNECEDOR: _____ Period DE ___/___/___ À ___/___/___

Nº NF	DATA PREVIST	DATAS ENTREGA	INTEGRIDADE C	INTEGRIDADE NC	VALORES C	VALORES NC	QUANTIDADE C	QUANTIDADE NC	PONTUALIDADE C	PONTUALIDADE NC	COND. PAGAMENTO C	COND. PAGAMENTO NC	ITEM DIVERGENTE C	ITEM DIVERGENTE NC	VALIDADE C	VALIDADE NC	PONTOS
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%
																	0%

Inspeção Especial ( ) SIM ( ) NÃO	TOTAL APURADO	100%
Dpto. Resp. _____ Insp. Por: _____	PERCENTUAL DE APROVAÇÃO	0%

AVALIAÇÃO FINAL DO FORNECEDOR	APROVADO	APROV. C/ RESSALVA	REPROVADO
	80 A 100 %	60 A 79 %	MENOR QUE 60 %

TEMPERATURA EXIGIDA P/ TERMOLÁBIL, ENTRE 02° A 08°

OBSERVAÇÕES/RESSAL

RESPONSÁVEL: _____ SETOR: _____ DATA: ___/___/___

II. CADASTRO E QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

FORMULÁRIO: FOR.COM.0xx

DATA DE ELABORAÇÃO: xx/xx/xxxx

REV.000 DATA DE REVISÃO: xx/xx/xxxx

1. IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Campo	Descrição
Nome Fantasia	_____
CNPJ	_____

Campo	Descrição
Fornecedor (Razão Social)	_____

2. 2. DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA E CRITÉRIOS ATENDIDOS

Documentos Apresentados	Critérios Atendidos
[ ] **CNPJ**	[ ] **Ciência dos Critérios de Qualidade**
[ ] **Alvará de Funcionamento**	[ ] **Garantias**
[ ] **Inscrição Estadual**	[ ] **Amostras para Avaliação de Produtos**
[ ] **Inscrição Municipal**	[ ] **Tabela de Preços**
[ ] **Certificado da Vigilância Sanitária**	[ ] **Ciência da Especificação de Produtos**
[ ] **Certidão Receita Federal**	[ ] **Disponibilidade para Receber Visitas**
[ ] **Certidão INSS**	[ ] **Sistema de Qualidade**
[ ] **Certidão Negativa de Débito**	[ ] **Comunicar Intercorrências na Linha de Produção**
[ ] **Cartas de Credenciamento dos Laboratórios**	[ ] **Autorização da ANVISA para Importação**
[ ] **Autorização ANVISA para Importação (caso aplicável)**	
[ ] **Certidão Negativa Trabalhista**	
[ ] **Certidão Simples Nacional – Declaração**	
[ ] **Certidão Tribunal Regional do Trabalho (TRT)**	
[ ] **Registro no Conselho Regional Competente – RT**	[ ] **Autorização dos Laboratórios que representa (caso de medicamentos)**

3. OBSERVAÇÕES

4. QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Visita Técnica Necessária	**Marcar uma opção**
[ ] Visita Necessária	[ ] Visita Não Necessária

Data da Visita	**Horário da Visita**
___ / ___ / _____	_____: _____ h

Motivo da Visita:	_____
Contato:	_____
Telefone:	_____

5. RESULTADO DA VISITA

Resultado Final	**Marcar uma opção**
[ ] Apto Qualificado	[ ] Inapto

Observações:

6. ASSINATURA E RESPONSÁVEIS

Responsável pela Avaliação	**Assinatura**	**Data**
_____	_____	___ / ___ / ___
_____	_____	___ / ___ / ___

Responsável pela Avaliação	Assinatura	Data
_____	_____	___ / ___ / ___
_____	_____	___ / ___ / ___

7. VISITA AO FORNECEDOR

Objetivo da Visita	Marcar uma Opção
[ ] Qualificação	[ ] Requalificação

8. ITENS AVALIADOS

Item Avaliado	Ref.	Nota 1	Nota 2	Nota 3	Observações
Data de Validade dos Produtos e Condição Física das Embalagens	5	[ ]	[ ]	[ ]	
Temperatura do Ambiente de Produção e Armazenamento / Umidade no Armazenamento	4	[ ]	[ ]	[ ]	
Incidência de Raios Solares / Acesso a Insetos e/ou Roedores	3	[ ]	[ ]	[ ]	
Higiene do Ambiente de Produção e/ou Armazenamento	3	[ ]	[ ]	[ ]	

Item Avaliado	Ref.	Nota 1	Nota 2	Nota 3	Observações
Empilhamento dos Volumes e Identificação dos Produtos	3	[ ]	[ ]	[ ]	
Sistema de Distribuição (Entrega)	4	[ ]	[ ]	[ ]	
Estrutura de Atendimento ao Cliente	5	[ ]	[ ]	[ ]	
Controle de Estoque	3	[ ]	[ ]	[ ]	

9. TOTAIS

Total de Pontuação por Avaliador	Nota 1	Nota 2	Nota 3
Pontuação Total	[ ]	[ ]	[ ]

10. CÁLCULO DA NOTA FINAL

Nota Final: Média dos Totais de 1, 2 e 3 / Total de Referência:

Resultado: _____ %

Critério de Aprovação

- **Observação:** O fornecedor será aprovado na visita se obtiver **80% ou mais** de pontuação na avaliação.

11. CONCLUSÃO DA VISITA

Conclusão	Marcar uma Opção
[ ] Apto à Qualificação	[ ] Inapto

12. AVALIADORES

Nome do Avaliador	Área/Atividade	Assinatura

III. CHECK LIST DA VISITA AO FORNECEDOR

Item Avaliado	Ref.	Nota Apurada	Observações
Data de Validade dos Produtos e Condição Física das Embalagens	5		
Temperatura de Armazenamento e Umidade do Ambiente	4		
Incidência de Raios Solares	3		
Higiene do Ambiente	3		
Empilhamento dos Volumes e Identificação dos Produtos	3		
Sistema de Distribuição (Entrega)	4		
Estrutura de Atendimento ao Cliente	5		
Controle de Estoque	3		

1. TOTAL APURADO:

| Total Apurado: _____ |

2. COMENTÁRIOS:

3. AVALIADOR RESPONSÁVEL

Nome do Avaliador	Área/Atividade	Data	Assinatura
		_____ / _____ / _____	

IV. SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

Solicitamos cotação para os seguintes produtos ou serviços:

ITEM	UN	QTE	ESPECIFICAÇÃO DO PRODUTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Instruções para Proposta

Especificação do Produto/Serviço: Discriminar detalhadamente o(s) produto(s) ou serviço(s) cotado(s) e informar o fabricante/marca.

Envio da Proposta: A proposta deverá ser enviada em papel timbrado da empresa, nominal à CGI, contendo:

- CNPJ, Inscrição Estadual e/ou Inscrição Municipal
- Endereço completo
- Telefone
- Nome do vendedor
- Prazo de entrega do produto/serviço
- Informações sobre o frete (CIF ou FOB).

A proposta deve ser legível e com caracteres nítidos. Orçamentos ilegíveis ou incompletos serão desconsiderados.

Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares: Para produtos como medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos, é obrigatório informar o número de Registro no Ministério da Saúde / ANVISA.

Orçamento para Manutenção:

- Caso seja necessária a retirada de equipamentos para orçamento de manutenção, a retirada deverá ser acompanhada pelo Serviço de Patrimônio do POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .
- Se a visita técnica para orçamento ocorrer dentro da unidade do Pronto Socorro, deverá ser acompanhada pelo Serviço de Manutenção. A visita deve ser agendada com antecedência junto ao Setor de Compras.

Aquisição de Equipamentos: Informar o local de assistência técnica e o tempo de garantia dos equipamentos.
Negociação de Preços: Empresas cujas propostas atendam tecnicamente poderão ser convidadas para negociação de preços.

Forma de Pagamento: A forma de pagamento será definida mediante negociação entre as partes, podendo ser via depósito em conta ou boleto bancário. No caso de depósito, os dados bancários deverão constar na nota fiscal.

Recebimento de Produtos: O recebimento de produtos será de segunda a sexta-feira.

Documentação Exigida:
Juntamente com a Proposta de Preço, deverá ser entregue as 05 Certidões vigentes, descritas a seguir:

- Certidão Negativa de Débitos junto à Receita Federal.
- Certidão Negativa de Débitos junto ao FGTS.
- Certidão Negativa de Débitos junto ao INSS.
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Estado da sede da empresa.
- Certidão Negativa de Débitos junto ao Município (ISSQN).
- Certidão Negativa Trabalhista.
    - Nota: As certidões mencionadas acima serão exigidas também no ato do pagamento da(s) empresa(s) vencedora(s).

Contato para dúvidas e envio de propostas:

Telefone: _____

E-mail: _____

V. APURAÇÃO DA MELHOR OFERTA

			FORNECEDOR		VENDEDOR		TELEFONE			
Nº	DESCRIÇÃO PRODUTO/SERVIÇO	QTD	UN	P. UNIT.	P. TOTAL	P. UNIT.	P. TOTAL	P. UNIT.	P. TOTAL	P. UNIT.	P. TOTAL
1											
2											
3											
4											
5											
6											

COMPRADOR

Subtotais	C. Realizada	Imposto	Prazo de Entrega

SOLICITAÇÃO DE PARECER TÉCNICO

- **Para:** _____
- **Observação:** Solicitamos análise e parecer de todas as propostas apresentadas neste processo, informando e justificando quais empresas/marcas atendem tecnicamente às necessidades da instituição.

VI. PEDIDO DE COMPRA

Número do Pedido de Compra: _____

FORNECEDOR (Razão Social):	**CNPJ:**	**Contato:**
Setor Solicitante:	**Vendedor:**	

VII. AUTORIZAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE PRODUTOS/INSUMOS

Itens Autorizados para Aquisição:

ITEM	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	UNIDADE	QUANTIDADE (QTD)	VALOR UNITÁRIO (R$)	VALOR TOTAL (R$)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Informações Adicionais:

Forma de Pagamento: _____

Endereço de Entrega: _____

Prazo para Entrega: _____

Autorização da Diretoria:

Nome da Diretoria: _____ |

Assinatura: _____ **Data:** ____ / ____ / _____

VIII. INSUMOS NÃO CONFORMES

Identificação		
Não Conformidade: ( ) Produtos Hospitalares ( ) Medicamentos	Localização (Setor) do Insumo: ( ) Almoxarifado ( ) Farmácia ( ) Interno (Setor de Uso)	**Descrição da localização:**
Descrição do Insumo:		

( ) Nota Fiscal e data	( ) Lote de fabricação	Quantidade de produto não - conforme:
Descrição da Não-conformidade:		
Ação Imediata Tomada:		
Emitente:	Visto:	Data:
Correção da Não-conformidade		
( ) Troca no Fornecedor:	( ) Devolução ao Fornecedor:	( ) Descartar	( ) Permuta c/ parceiros:
Descrição da Correção:		
Responsável pela execução da correção:	Data:	
Observações:	Necessita de Ação Corretiva: ( ) Não ( ) Sim, FNCNº:	
Situação: () Conforme ( ) Não Conforme	Visto (inspetor): Data:_/_____/	

IX. SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PRODUTO E INCLUSÃO NA PADRONIZAÇÃO

() INCLUSÃO () AVALIAÇÃO
Identificação do produto
Nome do produto:

Quantidade:	Registro M.S.:	
Marca:	Modelo/dosagem:	
Fabricante:	N° Patrimônio/ N° Série/N° Lote:	
Data de fabricação: / /	Data de validade: / /	
Fornecedor:		
Contato (nome):	Tel. (comercial):	Tel. (outro):
Indicações:__Justificativa: _____		
Solicitante: Data:_/_____/ *Assinatura e Carimbo*		
Solicitante		
Avaliação técnica do produto: ( ) Não se aplica		
Atende a necessidade do requerente: ( ) Atende ( ) Não atende		
Pontos positivos:		
Pontos negativos:		
Solicitante:_ Data:_/_____/ *Assinatura e Carimbo*		
Farmácia		
Parecer: _____ _____ _____ **Farmacêutico(a):_**CRF:__Data:_/_____/ *Assinatura e Carimbo*		
Comissão		
Resultado Final:		
Aprovado ( ) Reprovado ( )		
Padronizar ( ) Não Padronizar ( )		
Justificativa:		
Diretor(a): *Assinatura e Carimbo*		

Diretor Técnico: Data: / /   *Assinatura e Carimbo*

X. SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE PRODUTO NÃO PADRONIZADO

Solicitante
Nome do Paciente:
Nome do produto:
Nome comercial:
Dosagem: Quantidade: Forma farmacêutica: Indicações terapêuticas: _____   Justificativa: _____   _____   _____   **Solicitante(a)**_____ Data:/ /   *Assinatura e Carimbo*
Diretoria Técnica
( ) APROVADO ( ) REPROVADO
Justificativa: _____   _____   **Diretor(a):**_Data:_/_____/_____   *Assinatura e Carimbo*
Diretoria Geral ou Administrativa/Financeiro
( ) APROVADO ( ) REPROVADO

Justificativa:

_____

_____

Diretor(a):_Data:_/_____/_____

Assinatura e Carimbo

XI. TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RECEBIMENTO E USO DE UNIFORMES PROFISSIONAIS

NOME

CPF ou RG:

FUNÇÃO:

SETOR:

UNIFORMES RECEBIDOS:

DECLARO que estou ciente da necessidade e obrigatoriedade da utilização de uniforme profissional, conforme legislação específica, para o perfeito desempenho das minhas funções. Através das provas efetuadas dos modelos e tamanhos solicitados, os recebidos são os que se adaptam perfeitamente a mim, bem como recebi as orientações quanto ao uso correto, higienização, conservação e finalidade dos mesmos.

Enfim, comprometo-me a:

- Fazer uso na empresa, de forma regulamentar, abstendo-me de usá-lo para fins extra profissionais;
- Zelar pela guarda, uso e conservação dos mesmos;
- Restituí-lo, ou o valor correspondente, para a empresa no caso de: Transferência de função ou Setor não sendo necessário seu uso no novo local de trabalho; na eventualidade de afastamento de emprego e ou cessação do contrato de trabalho; no caso de extravio ou quaisquer outros danos oriundos de uso inadequado ou falta de cuidados.

Autorizo, em caso de danos por dolo ou perda, a CONTRATANTE a descontar de meus vencimentos mensais ou na rescisão do contrato de trabalho.

Assinatura Responsável:

XII. NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADES NAS ENTREGAS

Prezado Fornecedor:

Conforme informado anteriormente, foram definidos critérios para Qualificação e Avaliação de fornecedores de todos os produtos adquiridos pela POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , e foi apontado a não conformidade marcada abaixo na entrega da NF nº .

- ☐ Integridade dos itens;
- ☐ Valores acordados;
- ☐ Quantidades;
- ☐ Pontualidade nas entregas;
- ☐ Condição de Pagamento;
- ☐ Validade dos Produtos fornecidos; Obs.:

_____

_____

A nossa parceria comercial contará com a vossa colaboração nas ações de melhoria.

Ação corretiva da Não Conformidade apontada acima:

_____

_____

Prazo para correção:

_____

_____

_____

- ☐ Próxima Entrega
- ☐ Data Prevista: / /

Atenciosamente,

7.3.Proposta para Regimento Interno da Unidade

Organograma da Unidade Policlínica Estadual de Quirinópolis

Setor	Responsabilidades	Subunidades
Coordenador Operacional	Supervisão geral da Policlínica e decisões estratégicas	Diretor Geral -CGI

Setor Administrativo	Gestão das funções administrativas, conformidade legal e coordenação geral	Recursos Humanos, Departamento Financeiro, Departamento Jurídico
Setor Clínico	Serviços médicos prestados pela Policlínica	Equipe Médica, Serviços de Enfermagem, Farmácia
Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Serviços diagnósticos e terapêuticos	Departamento de Imagem, Serviços de Laboratório, Unidades de Fisioterapia/Terapia
Setor de Atendimento ao Paciente	Gestão do atendimento diário dos pacientes e serviços de suporte	Recepção/Admissão, Suporte ao Paciente, Serviços de Emergência
Setor de Suprimentos e Logística	Gerenciamento da compra de suprimentos e controle de estoque	Compras, Controle de Estoque
Setor de Manutenção e Segurança	Manutenção da infraestrutura física e protocolos de segurança	Manutenção, Segurança
Setor de Tecnologia da Informação (TI)	Gerenciamento de infraestrutura tecnológica e suporte técnico	Sistemas de Gestão de Pacientes, Suporte Técnico
Setor de Qualidade e Controle Interno	Implementação e monitoramento das políticas de qualidade	Auditoria Interna, Segurança do Paciente
Setor de Educação Continuada e Capacitação	Capacitação constante do corpo clínico e administrativo	Capacitação Profissional, Estágios
Setor de Ouvidoria e Atendimento ao Usuário	Recepção de feedback e fornecimento de suporte aos usuários	Ouvidoria, Atendimento ao Usuário
Coordenação de Unidades Especializadas	Coordenação de setores médicos especializados	Unidades Especializadas, Gestão dos Recursos Especializados

Setor de Projetos e Expansão	Identificação e implementação de novos projetos	Desenvolvimento de Projetos, Parcerias e Convênios
Setor de Planejamento e Gestão de Metas	Definição de metas e monitoramento do desempenho	Planejamento Estratégico, Indicadores de Desempenho
Setor de Tecnologia da Informação e Inovação	Avaliação e implementação de novas tecnologias	Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas, Segurança da Informação, Inovação Tecnológica
Setor de Responsabilidade Social e Projetos Comunitários	Desenvolvimento de iniciativas de saúde na comunidade local	Projetos Sociais, Voluntariado e Parcerias Comunitárias
Setor de Vigilância Epidemiológica	Acompanhamento e controle de surtos e epidemias	Monitoramento de Doenças, Ações Preventivas
Setor de Saúde Mental	Apoio psicológico e psiquiátrico aos pacientes	Atendimento Psicossocial, Integração com Atenção Básica
Setor de Gestão Ambiental	Gestão de resíduos hospitalares e promoção de práticas sustentáveis	Gestão de Resíduos, Sustentabilidade
Setor de Humanização do Atendimento	Atendimento humanizado e suporte ao paciente e familiares	Política Nacional de Humanização (PNH), Apoio ao Paciente e Familiares
Setor de Regulação e Auditoria de Serviços	Gerenciamento de acesso aos serviços especializados e auditoria interna	Regulação de Acesso, Auditoria
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS)	Monitoramento e prevenção de infecções hospitalares	Controle de Infecções, Protocolos de Higiene
Setor de Planejamento de Emergências e Desastres	Preparação para emergências e desastres	Gestão de Riscos, Treinamento de Equipes

A Policlínica Estadual de Quirinópolis estará na gestão do CGI organizada em uma estrutura complexa e multifacetada, capaz de atender diversas demandas de saúde, tanto no âmbito clínico quanto no administrativo e comunitário. Além dos serviços básicos de atendimento médico, há uma preocupação com a qualidade, segurança, inovação tecnológica e responsabilidade social

REGIMENTO INTERNO DA POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS

CAPÍTULO I – DA MISSÃO, VISÃO E VALORES

Art. 1º – Missão

A Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como missão prestar serviços de saúde de alta qualidade aos usuários do SUS, com foco na humanização, segurança e eficiência, buscando a excelência na assistência e a promoção da saúde.

Art. 2º – Visão

Ser referência regional na prestação de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade, destacando-se pela qualidade dos processos assistenciais, tecnológicos e de gestão.

Art. 3º – Valores

I - Humanização: Atendimento centrado no respeito e dignidade dos pacientes;

II - Segurança: Compromisso com a segurança do paciente e equipe;

III - Ética: Integridade e transparência em todas as ações;

IV - Qualidade: Busca contínua pela excelência dos serviços;

V - Inovação: Adoção de práticas assistenciais modernas e eficazes.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Art. 4º A Policlínica Estadual de Quirinópolis tem por finalidade prestar assistência à saúde da população, por meio da coordenação e execução de ações desenvolvidas nos níveis ambulatorial e apoio ao diagnóstico e terapêutica, dentro das especialidades de sua competência, com qualidade e atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º Para a consecução de seus objetivos, cabe à unidade:

I - Estimular e promover o ensino e a pesquisa, servindo-lhes de campo de atividades e desenvolvimento;

II - Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde;

III - Colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais.

Art. 6º São de responsabilidade administrativa da Policlínica suas instalações, equipamentos, valores e demais recursos ou bens que lhe sejam destinados.

CAPÍTULO III – DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 7º – Composição

A Policlínica Estadual de Quirinópolis é composta por:

I – Coordenação Operacional

II – Gerencia assistencial

III – Gerencia Administrativa;

Art. 8º – Coordenação Operacional compreende:

I - Gerencia assistencial

III – Gerencia Administrativa;

Art. 9º – Gerencia assistencial compreende:

I. Setor de Enfermagem
II. Setor medico
III. Setor de farmácia
IV. Setor de hemodiálise
V. Setor multiprofissional
VI. SADT
VII. CCIRAS

Art. 10 – Gerencia Administrativo compreende:

a) Recursos Humanos;

b) Tecnologia da Informação;

c) SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística);

d) SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) /ouvidoria;

e) SESM

g) Faturamento.

H) NQSP

II - Coordenação de Apoio Operacional:

a) Recepção e Portaria;

b) Manutenção;

c) Transporte;

d) segurança;

e) limpeza.

I - Coordenações dos Setores;

II – Sala de pequenas cirurgias, Central de Material Esterilizado (CME) e Comissões

III - Unidade de Atendimento (Emergência, Ambulatório, hemodiálise, SADT, endoscopia/colonoscopia, Laboratório clinico, CEO);

IV - Fisioterapia;

V - Psicologia;

VI - Serviço Social;

VII - Nutrição.

VIII – Fonoaudiologia

IX - Enfermagem

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES E PERFIL DE CARGOS

Art. 11 - Ao Coordenador Operacional compete:

I. Competências:

- Planejar, programar, coordenar e acompanhar as atividades a serem cumpridas na Policlínica;
- Cumprir e fazer cumprir as normas e instruções específicas da unidade, além das legislações aplicáveis, e expedir ordens e instruções de serviços;
- Comparecer às reuniões de Diretoria, esclarecendo os assuntos administrativos; d) Assinar a documentação referente à unidade;
- Prestar trimestralmente contas detalhadas à Superintendência Responsável do CGI, incluindo a demonstração orçamentária e o relatório de atividades;
- Delegar aos diretores competências para resolver assuntos específicos;
- Desenvolver tarefas correlatas necessárias ao desenvolvimento da Unidade como órgão didático, científico e assistencial.

II. Perfil:

- Formação superior em Gestão Hospitalar, Administração, ou áreas afins;
- Experiência mínima de 5 anos em gestão de unidades de saúde;
- Capacidade de liderança, visão estratégica e capacidade de tomada de decisão;
- Conhecimento das legislações do SUS e normas de saúde pública;
- Excelente comunicação e habilidades organizacionais.

Art. 12 – Subcoordenador Administrativa

a. Competências:

- Planejar, coordenar e controlar as atividades administrativas e financeiras da Policlínica.
- Administrar a concessão, implementação e execução do orçamento anual.

- Garantir que os processos de compras, contratos e gestão financeira sejam realizados conforme normas legais e éticas.
- Desenvolver estudos para a racionalização de rotinas administrativas e otimização de recursos.
- Manter o controle rigoroso das receitas e despesas, supervisionar contratos e prestar contas periodicamente à Diretoria Geral e ao CGI.

b. Perfil:

- Formação em Administração, Ciências Contábeis ou Economia, preferencialmente com especialização em Gestão Hospitalar.
- Experiência mínima de 5 anos em gestão financeira e administrativa em hospitais ou unidades de saúde.
- Conhecimento das legislações financeiras aplicáveis ao SUS e órgãos públicos de saúde.
- Capacidade de gestão de equipes, controle orçamentário, e forte habilidade em negociação de contratos.

Art. 13 - Competências e Atribuições da Subcoordenação Assistencial

I – Competências A Subcoordenação Assistencial da Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como objetivo garantir a prestação de serviços de saúde de alta qualidade, centrados na segurança do paciente e no bem-estar da equipe multiprofissional. Suas principais competências são:

- Planejar, coordenar e supervisionar todas as atividades assistenciais da Policlínica, garantindo a execução de cuidados adequados e humanizados;
- Garantir que os serviços de saúde sejam prestados com segurança, qualidade e eficiência, sempre respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Colaborar com a Diretoria Técnica e outras áreas para assegurar uma integração fluida entre os serviços assistenciais e de apoio ao diagnóstico.
- Desenvolver, implementar e supervisionar protocolos de atendimento assistencial, garantindo que estejam alinhados com as diretrizes de boas práticas clínicas e normas regulamentares;
- Promover a revisão contínua dos protocolos assistenciais, visando à atualização e melhoria contínua com base nas evidências científicas mais recentes.
- Coordenar as equipes multiprofissionais que atuam na área assistencial, como médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais de saúde;
- Assegurar a formação e a capacitação contínua das equipes assistenciais, promovendo o desenvolvimento profissional e a qualificação técnica;

- Estabelecer escalas de trabalho e supervisionar o cumprimento de horários, visando à eficiência no atendimento.
- Implementar mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços assistenciais, por meio de indicadores de desempenho e satisfação dos pacientes;
- Realizar auditorias internas regulares nos processos assistenciais, identificando áreas de melhoria e estabelecendo planos de ação para correção de falhas.
- Garantir que o atendimento prestado aos pacientes seja baseado na política de humanização, facilitando a comunicação clara e objetiva com pacientes e familiares;
- Supervisionar as ações de acolhimento e educação em saúde realizadas pelos profissionais assistenciais.
- Garantir a implementação das políticas de segurança do paciente em toda a Policlínica, com foco na prevenção de eventos adversos;
- Supervisionar a correta aplicação dos protocolos de prevenção de infecções hospitalares, uso seguro de medicamentos, e outras ações voltadas para a segurança no cuidado ao paciente.
- Participar ativamente das comissões internas da Policlínica, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e a Comissão de Ética, colaborando com a elaboração de políticas institucionais de qualidade assistencial.
- Participar do planejamento e aquisição de recursos materiais e insumos necessários para a adequada execução dos serviços assistenciais;
- Supervisionar a correta utilização dos materiais e equipamentos assistenciais, promovendo a otimização dos recursos e o controle de estoque de medicamentos e materiais.

II - Perfil da Subcoordenação Assistencial

- Graduação em Enfermagem, Medicina, Fisioterapia ou outra área da saúde; Pós-graduação ou especialização em Gestão Hospitalar, Administração em Saúde, ou áreas correlatas.
- Experiência mínima de 5 anos em gestão assistencial ou cargos de liderança em hospitais ou unidades de saúde de médio ou grande porte;
- Comprovada experiência na coordenação de equipes multiprofissionais e na gestão de protocolos assistenciais;
- Vivência em atividades relacionadas à segurança do paciente e implementação de políticas de qualidade assistencial.
- Forte capacidade de liderança e gestão de equipes multidisciplinares;
- Excelência na tomada de decisões baseadas em dados e evidências científicas;

- Habilidade em desenvolver e implementar protocolos assistenciais;
- Visão estratégica voltada para a humanização do atendimento e a melhoria contínua dos serviços de saúde;
- Capacidade de comunicação eficaz com diferentes públicos, incluindo equipes, pacientes e familiares;
- Proatividade na solução de problemas assistenciais e administrativos;
- Conhecimento avançado das diretrizes do SUS e das regulamentações vigentes para o setor da saúde.
- Compromisso com a qualidade e segurança no cuidado ao paciente;
- Ética, responsabilidade e transparência no exercício de suas funções;
- Iniciativa e capacidade de adaptação a mudanças e desafios;
- Capacidade de trabalho em equipe, promovendo a integração entre diferentes setores assistenciais.

Art. 14 - Competências e Atribuições da RT-Medico

I – Competências

- O RT Técnica da Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como responsabilidade principal garantir a qualidade e a eficiência dos serviços médicos e técnicos prestados pela instituição. Suas competências envolvem a supervisão das atividades clínicas, o desenvolvimento de protocolos médicos e a gestão dos profissionais da área da saúde. Suas principais atribuições são:
- Coordenar, supervisionar e avaliar os serviços médicos, diagnósticos e terapêuticos da Policlínica, assegurando que estejam de acordo com as normas de qualidade e segurança;
- Desenvolver e implementar protocolos clínicos baseados nas melhores evidências científicas, visando à padronização dos tratamentos e à segurança dos pacientes.
- Coordenar e supervisionar as equipes médicas, enfermeiros e técnicos que atuam na Policlínica, garantindo que os profissionais sigam os padrões técnicos e éticos no atendimento;
- Definir a composição das equipes de plantão e assegurar a adequada distribuição dos profissionais, conforme as necessidades assistenciais da unidade.
- Implementar e monitorar indicadores de qualidade e desempenho dos serviços técnicos e médicos prestados;
- Identificar pontos de melhoria nos processos assistenciais, propondo soluções para garantir a qualidade no atendimento e a satisfação dos pacientes.

- Estabelecer e monitorar os protocolos clínicos em conjunto com os coordenadores das especialidades, garantindo a atualização constante com base nas diretrizes mais recentes e boas práticas;
- Supervisionar a correta aplicação de diretrizes terapêuticas e diagnósticas, promovendo uma prática clínica baseada em evidências.
- Assegurar a utilização adequada dos equipamentos médicos e tecnológicos da Policlínica, em parceria com as áreas de apoio técnico;
- Supervisionar a manutenção e atualização dos equipamentos médicos, garantindo seu funcionamento adequado e seguro.
- Promoção da Segurança do Paciente:
- Implementar ações voltadas à segurança do paciente, supervisionando a aplicação de práticas de prevenção a eventos adversos e garantindo o cumprimento de normas de segurança;
- Promover a implementação e supervisão das medidas de controle de infecção hospitalar, em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
- Promover a educação continuada dos profissionais técnicos e médicos, oferecendo treinamentos e qualificações, visando ao aprimoramento técnico e científico da equipe;
- Participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão em parceria com instituições acadêmicas e de saúde.
- Realizar auditorias internas para garantir que os serviços prestados estejam em conformidade com as normas técnicas e regulamentações vigentes;
- Avaliar periodicamente o desempenho dos serviços e propor planos de ação para correção de possíveis falhas.
- Interface com a Diretoria Assistencial e Outras Áreas:
- Trabalhar em colaboração com a Diretoria Assistencial e outras áreas da Policlínica para garantir a integração dos serviços e a continuidade do atendimento ao paciente;
- Participar de reuniões de diretoria e conselhos internos para discutir melhorias, necessidades e desenvolvimento da unidade.
- Representar a Policlínica junto a entidades regulatórias, conselhos de classe e outras instituições de saúde, assegurando o cumprimento das normas técnicas e éticas estabelecidas.

II - Perfil do RT Medico

- Graduação em Medicina, preferencialmente com especialização em Gestão Hospitalar, Administração de Serviços de Saúde, ou áreas correlatas;

- Pós-graduação ou residência médica em especialidade clínica ou cirúrgica será um diferencial, assim como titulação em áreas de gestão ou liderança em saúde.
- Experiência mínima de 5 a 10 anos em cargos de liderança em hospitais ou unidades de saúde de médio ou grande porte, preferencialmente em áreas técnicas ou médicas;
- Vivência comprovada na gestão de equipes multiprofissionais, protocolos clínicos e controle de qualidade assistencial;
- Experiência em implementação e monitoramento de práticas de segurança do paciente e controle de infecção hospitalar.
- Sólida capacidade de liderança e tomada de decisão, com foco na melhoria contínua dos processos clínicos e assistenciais;
- Habilidade para gerenciar equipes médicas e técnicas, com forte foco em motivação e desenvolvimento profissional;
- Conhecimento técnico robusto sobre protocolos médicos, práticas clínicas baseadas em evidências e tecnologias médicas;
- Proatividade na implementação de melhorias operacionais e capacidade de adaptação rápida a mudanças e novos desafios no ambiente de saúde;
- Conhecimento das regulamentações e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e normativas de órgãos como a ANVISA e conselhos profissionais.
- Compromisso com a excelência técnica e ética no cuidado ao paciente;
- Capacidade de trabalhar sob pressão, mantendo a eficiência e a segurança no atendimento;
- Visão estratégica voltada para inovação, sustentabilidade e qualidade nos serviços médicos e diagnósticos;
- Comunicação clara e eficaz, com capacidade de dialogar com diferentes públicos, incluindo equipe, pacientes e gestores.

Art. 15 - Competências e Atribuições do Serviço de Contas Médicas

I – Competências

- Realizar o levantamento e registro dos serviços;
- Conferir e classificar as notas de despesas.
- Garantir o cumprimento das diretrizes fiscais e contábeis na organização dos comprovantes;
- Manter o controle adequado sobre as notas fiscais dos diversos segmentos da unidade.
- Gerir arquivos físicos e eletrônicos que contenham documentos relevantes para auditorias, prestação de contas e comprovação de serviços;
- Assegurar a segurança e acessibilidade dos dados.

- Conduzir auditorias internas nas contas médicas para verificar a conformidade dos registros com os serviços realizados;
- Detectar inconsistências e promover a transparência e segurança.
- Colaborar com o setor financeiro para garantir a correta cobrança dos serviços prestados.
- Acompanhar as mudanças nas regulamentações fiscais e de faturamento hospitalar.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Contas Médicas

- Ensino Superior completo em Administração, Contabilidade ou áreas correlatas;
- Especialização em faturamento hospitalar será um diferencial.
- Experiência comprovada em sistemas de gestão hospitalar;
- Domínio da legislação fiscal e contábil, especialmente no contexto hospitalar e de gestão de recursos.
- Capacidade de análise detalhada e controle específico de informações;
- Organização e sistematização no manejo de dados e documentos;
- Proatividade na atualização sobre alterações na legislação contábil e fiscal.

Art. 18 - Competências e Atribuições do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos

I - Competências

- Assegurar a integridade e atualização constante dos registros cadastrais dos pacientes;
- Garantir que as informações sejam facilmente acessíveis, precisas e seguras.
- Realizar o cadastro completo e detalhado de novos pacientes, seguindo os procedimentos padronizados para coleta e registro de dados pessoais e clínicos;
- Respeitar as normas de segurança e privacidade na coleta de informações.
- Monitorar continuamente a movimentação dos prontuários médicos, tanto em meio físico quanto eletrônico;
- Garantir a rastreabilidade dos prontuários e evitar extravios.
- Compilar, organizar e preparar mapas, boletins e relatórios para órgãos competentes, em conformidade com as regulamentações de saúde e normas institucionais.
- Revisar periodicamente as práticas de gestão documental e arquivamento;
- Implementar inovações que aumentem a eficiência, segurança e acessibilidade dos dados.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos

- Ensino Superior completo em áreas afins.
- Experiência comprovada em gestão de arquivos médicos, abrangendo desde arquivamento físico até uso de sistemas de prontuário eletrônico;
- Conhecimento atualizado das normas de segurança e privacidade de dados em saúde, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e regulamentações específicas de saúde.

- Organização e controle documental: capacidade de realizar gestão rigorosa de arquivos, promovendo um sistema de fácil rastreamento e acessibilidade aos prontuários;
- Proatividade e inovação: disposição para atualizar as práticas de arquivamento e implementar novas tecnologias de gestão documental;
- Gestão de alto volume de dados: habilidade para lidar com grandes volumes de documentos e informações, mantendo precisão e organização rigorosas, otimizando o acesso e a segurança dos prontuários.

Art. 16- Competências e Atribuições do Serviço de Anestesia

I – Competências

- Realizar a administração de anestesia apropriada para os diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos, conforme a necessidade clínica e as especificidades do paciente;
- Assegurar a eficácia e segurança durante o procedimento.
- Assegurar condições anestésicas adequadas para a segurança do paciente e da equipe médica;
- Monitorar continuamente os sinais vitais e adequar a técnica anestésica conforme necessário, minimizando riscos e prevenindo complicações.
- Colaborar com as atividades acadêmicas e de formação profissional;
- Orientar residentes, estagiários e outros profissionais de saúde, promovendo a disseminação do conhecimento técnico e prático em anestesiologia.
- Criar, revisar e implementar métodos e rotinas operacionais para o serviço de anestesia;

Visar à padronização e eficiência dos procedimentos anestésicos e ao aprimoramento contínuo da qualidade e segurança no atendimento ao paciente.

I - Perfil do Profissional do Serviço de Anestesia

- Graduação em Medicina, com especialização reconhecida em Anestesiologia;
- Registro no respectivo Conselho Regional de Medicina.
- Experiência prática na aplicação de diferentes técnicas anestésicas, incluindo anestesia geral, regional, local e sedação;
- Domínio de métodos atualizados de anestesiologia para diversos contextos clínicos;
- Conhecimento em farmacologia anestésica, monitoramento intraoperatório e equipamentos específicos de anestesiologia.
- Gestão de Riscos e Segurança do Paciente: Capacidade de identificar, avaliar e mitigar riscos anestésicos, adotando práticas que promovam a segurança do paciente e assegurando o cumprimento de protocolos de qualidade;

- Comunicação e Trabalho em Equipe: Habilidade para coordenar e comunicar-se eficazmente com a equipe cirúrgica, garantindo um ambiente seguro e colaborativo durante os procedimentos;
- Atualização Técnica e Científica: Compromisso com a atualização contínua sobre novas técnicas, protocolos e avanços na área de anestesiologia.

Art. 17 - Competências e Atribuições do Serviço de Laboratório de Análises Clínicas

I - Competências

- Realizar exames laboratoriais para pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
  Assegurar a qualidade e precisão dos resultados, com foco na eficiência e agilidade.
- Realizar exames clínicos e laboratoriais para os pacientes atendidos no ambulatório da Policlínica;
  Promover o apoio diagnóstico necessário aos profissionais de saúde e aos tratamentos prescritos.
- Responsabilizar-se por todo o processo de coleta, identificação e encaminhamento de material biológico dos pacientes;
  Assegurar que todos os procedimentos sejam realizados com segurança, precisão e conforme as normas de biossegurança.
- Realizar as dosagens necessárias para cada exame clínico;
  Registrar de forma organizada e precisa os resultados obtidos, promovendo a integridade e a rastreabilidade dos dados laboratoriais.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Laboratório de Análises Clínicas

- Graduação em Biomedicina ou Farmácia, com especialização em Análises Clínicas;
- Registro no respectivo conselho de classe.
- Domínio em processos laboratoriais e práticas de controle de qualidade em análises clínicas;
- Conhecimento em técnicas de coleta de amostras biológicas e procedimentos de análise de acordo com as normas e protocolos de segurança vigentes.
- Gestão de Laboratório: Capacidade de gerenciar atividades e recursos laboratoriais de maneira organizada e eficaz, garantindo o cumprimento dos padrões de qualidade e segurança;
- Análise de Resultados Clínicos: Habilidade para interpretar e validar resultados de exames, assegurando a precisão dos dados e sua adequação para fins diagnósticos;

- Compromisso com a Atualização Técnica e Científica: Disposição para atualização contínua sobre novas metodologias e tecnologias em análises clínicas, promovendo um ambiente de inovação e excelência.

Art. 18 - Competências e Atribuições do Serviço de Diagnóstico por Imagem

I - Competências

- Executar exames de diagnóstico por imagem, como radiografias, ultrassonografias, tomografias e ressonâncias, com rapidez e eficiência;
- Assegurar a qualidade e precisão dos resultados para apoio aos diagnósticos clínicos.
- Fornecer serviços de imagem para pacientes hospitalizados e ambulatoriais;
- Garantir que todos os procedimentos sejam realizados em conformidade com os protocolos de segurança e com a qualidade técnica necessária.
- Desenvolver e promover cursos e treinamentos periódicos para técnicos e demais profissionais da área de radiologia;
- Assegurar a atualização contínua das técnicas e o aperfeiçoamento das práticas em diagnóstico por imagem.
- Organizar e gerenciar os atendimentos de rotina e emergência no setor de diagnóstico por imagem;
- Priorizar os casos conforme a necessidade clínica e otimizar o fluxo de trabalho.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Diagnóstico por Imagem

- Graduação em Radiologia, com especialização em Diagnóstico por Imagem;
- Registro no conselho profissional competente.
- Experiência comprovada na operação de equipamentos de alta tecnologia para diagnóstico por imagem, incluindo radiologia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética;
- Conhecimento em normas de segurança e manuseio de radiação, bem como em protocolos de qualidade e segurança para exames de imagem.
- Habilidades e Competências:
- Gestão de Serviços de Imagem: Capacidade de gerenciar eficientemente o setor de diagnóstico por imagem;
- Ensino e Treinamento: Habilidade para ensinar e treinar técnicos em procedimentos de imagem;
- Organização e Agilidade no Atendimento: Habilidade para organizar e priorizar atendimentos, maximizando a produtividade e assegurando atendimento ágil e seguro aos pacientes.

Art. 19 - Competências e Atribuições do Serviço de Anatomia Patológica

I – Competências

- Conduzir estudos voltados ao diagnóstico anatomopatológico;
- Focar na identificação de alterações estruturais em tecidos e células que auxiliem na caracterização de doenças.
- Realizar exames de citopatologia para análise de células individuais;
- Realizar patologia cirúrgica, envolvendo o estudo de amostras teciduais retiradas em procedimentos cirúrgicos.
- Promoção de Pesquisas Integradas com o Ensino Acadêmico:
- Integrar o serviço com atividades de ensino e pesquisa;
- Promover o desenvolvimento acadêmico e científico através de parcerias com instituições educacionais.
- Aferição Constante da Exatidão dos Exames:
- Aplicar testes de controle de qualidade rigorosos e verificações periódicas;
- Assegurar a exatidão e confiabilidade dos exames.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Anatomia Patológica

Graduação em Medicina, com especialização em Anatomia Patológica;

Registro no conselho profissional correspondente.

Experiência prática em diagnóstico e pesquisa na área de patologia;

Domínio de técnicas de citopatologia, histopatologia e métodos modernos de análise tecidual.

Análise e Gestão de Processos Laboratoriais: Capacidade de gerenciar procedimentos laboratoriais complexos;

Habilidade em Pesquisa Científica: Aptidão para desenvolver e colaborar em pesquisas científicas;

Atenção ao Controle de Qualidade: Compromisso com a aplicação de práticas rigorosas de controle de qualidade.

Art. 20 - Competências e Atribuições do Serviço de Farmácia

I – Competências

- Fornecer suporte integral aos pacientes do SUS, garantindo o acesso seguro aos medicamentos prescritos;
- Focar na eficiência do tratamento e na adesão medicamentosa.
- Participar ativamente das atividades acadêmicas e de pesquisa;
- Contribuir para a formação de novos profissionais e estimular o desenvolvimento de estudos sobre farmacologia.
- Planejar e organizar pedidos de aquisição de medicamentos;
- Manter o estoque necessário para atendimento ininterrupto dos pacientes.

- Monitorar e controlar o estoque de medicamentos;
- Assegurar que estejam dentro do prazo de validade e revisões periódicas para evitar desperdícios.
- Colaborar com o corpo clínico para padronizar o uso de medicamentos;
- Promover a utilização segura e eficaz dos fármacos.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Farmácia

- Graduação em Farmácia, com especialização em Farmácia Hospitalar ou Farmácia Clínica;
- Registro ativo no respectivo conselho profissional.
- Experiência em gestão de medicamentos, controle de estoque hospitalar e farmácia clínica;
- Conhecimento atualizado sobre segurança no uso de medicamentos, incluindo farmacovigilância.
- Gestão de Estoques e Farmácia Clínica: Capacidade de gerir estoques hospitalares de forma eficiente;
- Proatividade e Colaboração Acadêmica: Disposição para colaborar com atividades acadêmicas e apoiar pesquisas relacionadas à farmacologia;
- Segurança e Cuidado com o Paciente: Compromisso com a segurança no uso de medicamentos e orientação aos pacientes garantindo que todos os processos sejam executados com rigor e responsabilidade.

Art. 21 - Competências e Atribuições do Serviço de Enfermagem

I – Competências

- Cumprir e fazer cumprir as diretrizes estabelecidas pelo Regimento Interno e o Regimento de Enfermagem da Policlínica;
- Assegurar que todas as atividades de enfermagem estejam alinhadas às normas institucionais e regulamentares.
- Supervisionar e coordenar as atividades de enfermagem, promovendo a organização e eficiência no atendimento aos pacientes;
- Garantir a excelência e continuidade dos cuidados prestados.
- Assegurar que a equipe de enfermagem disponha de condições dignas de trabalho e dos meios necessários para exercer suas atividades;
- Fornecer insumos, equipamentos adequados e infraestrutura segura.
- Supervisionar e avaliar continuamente as atividades de assistência de enfermagem;
- Garantir que sejam realizadas com qualidade, respeito e atenção às necessidades dos pacientes.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Enfermagem

- Graduação em Enfermagem, com especialização em Gestão de Enfermagem;
- Registro ativo no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).
- Experiência comprovada em liderança e gestão de equipes de enfermagem;
- Habilidade para implementar e supervisionar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Conhecimento atualizado sobre políticas públicas de saúde e normas éticas da profissão.
- Liderança e Gestão de Equipe: Capacidade de coordenar e motivar a equipe de enfermagem;
- Implementação da SAE: Habilidade para implementar e supervisionar a SAE, garantindo a qualidade da assistência;
- Conhecimento de Normas e Políticas de Saúde: Familiaridade com as políticas de saúde e normas regulamentadoras da profissão.

Art. 22 - Competências e Atribuições do Serviço de Ambulatório

I – Competências

- Oferecer atendimento ambulatorial a pacientes externos do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Proporcionar cuidados de saúde de acordo com as diretrizes e políticas públicas de assistência ambulatorial.
- Recepcionar os pacientes de forma acolhedora e orientá-los sobre os serviços disponíveis;
- Encaminhá-los para clínicas e setores especializados, conforme as necessidades de cada caso.
- Implementar atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Contribuir para a recuperação e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.
- Orientar e encaminhar pacientes para a realização de exames complementares e consultas com especialistas;
- Garantir a continuidade e a integralidade do atendimento de saúde.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Ambulatório

- Graduação em Enfermagem, Medicina ou áreas correlatas;
- Registro ativo no respectivo conselho profissional.
- Experiência em atendimento ambulatorial e no manejo de pacientes;
- Domínio de protocolos de saúde pública e das políticas do SUS;
- Conhecimento atualizado sobre fluxos e encaminhamentos para exames complementares e consultas especializadas.
- Habilidade para recepcionar e orientar pacientes de forma humanizada e eficiente;
- Capacidade de organizar e supervisionar o fluxo de pacientes no ambulatório;

- Conhecimento dos protocolos de atendimento em saúde pública, assegurando conformidade com as normas e políticas do SUS.

Art. 23 - Competências e Atribuições do Serviço de Emergência

I – Competências

- Receber pacientes em situação de emergência e realizar a classificação de risco conforme protocolos estabelecidos;
- Priorizar o atendimento conforme a gravidade e urgência de cada caso.
- Realizar os primeiros atendimentos e intervenções necessárias para estabilizar o paciente, de acordo com o quadro clínico e diretrizes de atendimento emergencial.
- Assegurar que todos os materiais, equipamentos e medicamentos de emergência estejam organizados e prontos para uso imediato.
- Documentar todas as atividades realizadas e acompanhar a continuidade do atendimento, garantindo que as informações estejam disponíveis para outros profissionais e setores envolvidos no cuidado.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Emergência

- Graduação em Enfermagem ou Medicina, com especialização em Urgência e Emergência;
- Registro ativo no respectivo conselho profissional.
- Habilidade em triagem, diagnóstico rápido e intervenções emergenciais;
- Conhecimento em gestão de recursos de emergência e práticas de segurança para atendimento a pacientes críticos.
- Habilidade para atuar de forma eficiente e calma em situações de alta pressão;
- Capacidade de liderar e coordenar equipes durante situações de emergência; Competência para manter os recursos de emergência organizados e prontos para uso.

Art. 24 - Competências e Atribuições do Serviço de Fisioterapia

I – Competências

- Oferecer cuidados fisioterapêuticos que atendam aos diversos níveis de complexidade, promovendo a saúde e a qualidade de vida dos pacientes.
- Colaborar em programas de promoção e recuperação da saúde, focando na prevenção de incapacidades e na recuperação funcional dos pacientes.
- Engajar-se em atividades de ensino e pesquisa, promovendo o desenvolvimento científico e o aprimoramento das práticas fisioterapêuticas.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Fisioterapia

- Graduação em Fisioterapia, com especialização em áreas de reabilitação ou fisioterapia hospitalar;
- Registro ativo no conselho profissional.

- Experiência em atendimento clínico e terapêutico, com domínio em técnicas de reabilitação;
- Conhecimento atualizado em protocolos de reabilitação e práticas de fisioterapia baseadas em evidências científicas.
- Habilidade para atuar em conjunto com outros profissionais de saúde;
- Capacidade de criar e implementar protocolos personalizados de reabilitação;
- Iniciativa para Ensino e Pesquisa: Disposição para desenvolver atividades de ensino e participar de pesquisas na área.

Art. 25 - Competências e Atribuições do Serviço de Psicologia

I – Competências

Oferecer apoio psicológico a pacientes e familiares em todos os níveis de atenção, promovendo o bem-estar emocional e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Colaborar em iniciativas e programas voltados à promoção da saúde mental e prevenção de transtornos psicológicos, atuando de forma integrada com as demais equipes de saúde.

Participar ativamente em atividades de ensino e pesquisa, contribuindo para a formação continuada de profissionais de saúde e promovendo o desenvolvimento científico na área de psicologia.

Criar e aplicar protocolos de intervenção terapêutica específicos para o atendimento de pacientes em contexto ambulatorial.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Psicologia

Graduação em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar ou áreas afins;

Registro ativo no Conselho Regional de Psicologia (CRP).

Experiência em atendimento psicológico em ambiente clínico e hospitalar;

Familiaridade com protocolos de atendimento em saúde mental e práticas baseadas em evidências.

Capacidade de lidar com situações emocionais complexas e proporcionar um ambiente acolhedor;

Habilidade para atuar em colaboração com outras áreas da saúde;

Competência para desenvolver, aplicar e avaliar intervenções terapêuticas.

Art. 30 - Competências e Atribuições do Serviço de Nutrição

I - Competências

- Desenvolver planos alimentares personalizados para pacientes, considerando suas condições clínicas, necessidades nutricionais e preferências individuais;
- Focar na promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças.

- Executar avaliações nutricionais detalhadas, incluindo análise antropométrica, bioquímica e dietética;
- Fornecer um diagnóstico nutricional preciso para subsidiar estratégias de cuidado alimentar.
- Colaborar em programas e campanhas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas;
- Integrar a nutrição como elemento fundamental para o bem-estar e qualidade de vida dos pacientes.
- Contribuir para atividades de ensino e pesquisa, promovendo o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências na área de nutrição;
- Incentivar a capacitação de novos profissionais.
- Implementar e supervisionar protocolos e rotinas nutricionais na Policlínica;
- Assegurar que todas as práticas de nutrição estejam alinhadas com as diretrizes de saúde e padrões de qualidade.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Nutrição

Graduação em Nutrição, com especialização em Nutrição Clínica, hospitalar ou áreas afins;

Registro ativo no Conselho Regional de Nutrição (CRN).

Experiência em atendimento clínico-nutricional e elaboração de dietas específicas para condições clínicas variadas;

Conhecimento atualizado sobre protocolos de assistência nutricional e práticas baseadas em evidências.

Competência para avaliar o estado nutricional e desenvolver planos alimentares eficazes;

Capacidade de atuar em conjunto com outras áreas de saúde, promovendo uma abordagem colaborativa;

Comprometimento com o desenvolvimento de práticas científicas e educativas na área de nutrição.

Art. 26 - Competências e Atribuições do Serviço de Fonoaudiologia

I – Competências

- Executar avaliações e diagnósticos fonoaudiológicos para identificar, prevenir e tratar alterações na comunicação, audição, voz, linguagem, fluência e funções orofaciais.
- Planejar e realizar intervenções individualizadas ou em grupo, voltadas para o tratamento de distúrbios de fala, linguagem e audição;
- Promover a reabilitação funcional dos pacientes.
- Colaborar em programas de promoção da saúde auditiva e prevenção de distúrbios de comunicação;

- Integrar atividades de conscientização e orientação sobre cuidados preventivos.
- Contribuir para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa na área de fonoaudiologia;
- Promover práticas baseadas em evidências e capacitação contínua dos profissionais.
- Desenvolver, implementar e monitorar protocolos específicos para o atendimento fonoaudiológico;
- Assegurar a qualidade, segurança e efetividade das intervenções realizadas na Policlínica.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Fonoaudiologia

- Graduação em Fonoaudiologia, com especialização em áreas como Audiologia, Voz, Linguagem ou outras especialidades; Registro ativo no Conselho Regional de Fonoaudiologia (CRFa).
- Experiência em avaliação, diagnóstico e intervenção fonoaudiológica em ambiente clínico e hospitalar;
- Competência em técnicas de reabilitação auditiva, terapia vocal, deglutição e comunicação.
- Habilidade para realizar diagnósticos precisos e intervenções efetivas;
- Competência para colaborar com outras especialidades da saúde;
- Compromisso com o desenvolvimento e implementação de atividades educativas e de pesquisa.

Art. 27 - Competências e Atribuições do Serviço de Odontologia

I - Competências

Realizar atendimentos preventivos, curativos e de reabilitação em saúde bucal;

Diagnosticar, tratar e orientar para manter e restaurar a saúde oral dos pacientes.

Desenvolver e participar de campanhas educativas, palestras e ações de conscientização sobre higiene bucal;

Visar à prevenção de doenças orais e incentivar práticas de autocuidado.

Oferecer tratamentos especializados, incluindo periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e prótese dentária;

Proporcionar um atendimento completo e de qualidade aos pacientes com necessidades específicas.

Participar de programas de ensino e pesquisa, promovendo o desenvolvimento de práticas odontológicas baseadas em evidências;

Fomentar a capacitação contínua dos profissionais de saúde bucal.

Desenvolver e supervisionar protocolos específicos para o atendimento odontológico;

Assegurar a adoção de diretrizes de qualidade, biossegurança e boas práticas clínicas.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Odontologia

Graduação em Odontologia, com especialização em áreas como Periodontia, Endodontia, Cirurgia Oral ou Prótese Dentária;

Registro ativo no Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Experiência em atendimento clínico odontológico, com domínio de procedimentos preventivos, curativos e reabilitadores em saúde bucal;

Conhecimento atualizado em práticas de biossegurança, materiais dentários e tecnologias aplicadas ao atendimento odontológico.

Capacidade Técnica e Habilidade Clínica: Competência para realizar procedimentos odontológicos especializados com qualidade e segurança;

Trabalho em Equipe Multidisciplinar: Habilidade para colaborar com outras áreas da saúde;

Aptidão para Ensino e Pesquisa: Comprometimento com o desenvolvimento de atividades educativas e de pesquisa.

Art. 28 - Competências e Atribuições do Serviço de Ensino, Pesquisa e Extensão- SEPE

I - Competências

- Coordenar atividades de ensino, como programas de estágio, residência e treinamento multiprofissional, em parceria com instituições de ensino;
- Promover a formação de novos profissionais e o aperfeiçoamento contínuo dos colaboradores da Policlínica.
- Incentivar, organizar e supervisionar projetos de pesquisa clínica e em saúde pública;
- Visar o desenvolvimento de novos conhecimentos, práticas e inovações no cuidado à saúde, em conformidade com diretrizes éticas e regulamentares.
- Promover programas de extensão que integrem a Policlínica com a comunidade; Oferecer atividades de educação em saúde, prevenção de doenças e promoção do bem-estar.
- Garantir que todas as pesquisas sigam protocolos éticos e científicos rigorosos; Assegurar a conformidade com o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e outras normas reguladoras.
- Monitorar e avaliar os resultados das atividades de ensino, pesquisa e extensão; Promover a disseminação dos conhecimentos e inovações desenvolvidos, tanto internamente quanto em congressos e publicações científicas.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Ensino, Pesquisa e Extensão- SEPE

- Graduação em áreas da Saúde, Educação ou Pesquisa, com especialização ou pós-graduação em Ensino, Pesquisa Clínica ou áreas correlatas.

- Experiência em gestão e execução de projetos de pesquisa e ensino em ambiente de saúde;
- Conhecimento em metodologia científica, análise de dados e ética em pesquisa.
- Capacidade de Gestão de Projetos e Planejamento Acadêmico: Habilidade para estruturar, monitorar e avaliar atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- Trabalho em Equipe e Integração Comunitária: Competência para colaborar com equipes multiprofissionais e estabelecer parcerias externas;
- Aptidão para Divulgação Científica e Extensão: Comprometimento com a divulgação de resultados e impacto das atividades.

Art. 29 - Competências e Atribuições do Serviço de Hemodiálise

I - Competências

Executar sessões de hemodiálise para pacientes diagnosticados com doença renal crônica, conforme protocolos estabelecidos;

Garantir a segurança e eficácia do tratamento.

Realizar avaliações periódicas dos sinais vitais e condições clínicas dos pacientes antes, durante e após as sessões de hemodiálise;

Ajustar o tratamento conforme as necessidades individuais dos pacientes.

Fornecer orientações sobre cuidados domiciliares, dietas, controle de líquidos e medicamentos;

Reforçar a importância da adesão ao tratamento para garantir uma melhor qualidade de vida.

Assegurar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de hemodiálise;

Cumprir as normas de biossegurança e vigilância sanitária.

Implementar e supervisionar protocolos de biossegurança para reduzir o risco de infecção e contaminação;

Assegurar que todas as práticas estejam alinhadas às diretrizes de segurança sanitária.

Documentar todos os procedimentos e parâmetros de hemodiálise no prontuário eletrônico do paciente;

Garantir que as informações estejam acessíveis à equipe multiprofissional.

II - Perfil do Profissional do Serviço de Hemodiálise

Graduação em Enfermagem, com especialização em Nefrologia e registro ativo no conselho de classe correspondente;

Profissionais médicos e técnicos de enfermagem com especialização em Terapia Renal Substitutiva também compõem a equipe.

Experiência em terapia renal substitutiva e operação de equipamentos de hemodiálise;

Atualização constante sobre práticas de biossegurança, manejo de pacientes renais e intervenções de emergência.

Capacidade Técnica e Operacional: Habilidade para conduzir sessões de hemodiálise com precisão e segurança;

Trabalho em Equipe Multiprofissional: Competência para colaborar com médicos, nutricionistas e outros profissionais;

Aptidão para Educação em Saúde: Compromisso em orientar pacientes e familiares sobre o manejo da doença renal.

Art. 30 - Das Atribuições Comuns aos Dirigentes e Responsáveis por Serviços ou Departamentos

I - Competências Gerais

- Cumprir e fazer cumprir todas as normas legais e regulamentares;
- Respeitar as decisões dos órgãos superiores, prazos estabelecidos para o desenvolvimento dos trabalhos e ordens das autoridades hierarquicamente superiores.
- Comunicar e divulgar para os subordinados a estratégia e os objetivos definidos para o desenvolvimento dos trabalhos;
- Assegurar que todos compreendam e se alinhem com as diretrizes institucionais.
- Promover e incentivar o desenvolvimento profissional contínuo dos membros de sua equipe;
- Identificar oportunidades de capacitação e crescimento profissional.
- Avaliar periodicamente o desempenho de sua área;
- Assumir a responsabilidade pelos resultados alcançados e adotar ações para corrigir eventuais desvios.
- Providenciar a instrução e análise de processos e expedientes a serem submetidos às instâncias superiores;
- Emitir parecer conclusivo sobre as matérias.
- Propor ao superior imediato a indicação de substitutos para sua função;b) Respeitar os requisitos e qualificações inerentes ao cargo.
- Apresentar relatórios mensais sobre os serviços executados pelo departamento;
- Detalhar as atividades realizadas, metas alcançadas e dificuldades encontradas.
- Assegurar que a programação dos trabalhos definida pela instituição seja rigorosamente obedecida;
- Promover o acompanhamento e ajustes necessários para garantir o cumprimento das metas.
- Supervisionar e controlar a frequência diária do pessoal subordinado;
- Manter o registro atualizado das ausências e presenças da equipe.
- Avaliar e decidir sobre pedidos de abono e justificativas de faltas ao serviço;
- Observar as normas institucionais aplicáveis.

- Organizar e conceder férias aos subordinados;
- Seguir a escala estabelecida e as regulamentações aplicáveis.
- Requisitar materiais de consumo e bens permanentes necessários ao funcionamento eficiente do setor;
- Garantir que os recursos estejam disponíveis conforme a demanda.
- Praticar outros atos que se fizerem necessários ao cumprimento da legislação vigente, normas e ordens superiores;
- Zelar pela conformidade e eficiência administrativa do setor.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31 - Os pacientes e seus familiares, no âmbito da Policlínica Estadual de Quirinópolis , devem submeter-se às normas e regulamentos estabelecidos pela unidade.

Art. 32 - Todo o pessoal que trabalhar ou exercer atividades profissionais dentro da Policlínica Estadual de Quirinópolis ficará subordinado ao presente Regimento e deverá:

I - Cumprir o horário de trabalho, bem como as escalas de serviço aprovadas;

II - Manter-se em seu local de trabalho, somente se ausentando por motivo de serviço devidamente autorizado ou em casos de notória necessidade;

III - Executar as atividades determinadas pelos seus chefes imediatos;

IV - Tratar com civilidade os colegas de trabalho, os pacientes e demais pessoas que procurem a unidade;

V - Respeitar e acatar as ordens superiores e cumprir as normas e legislações cabíveis.

Art. 33 - É vedado a qualquer membro do Corpo Clínico e Administrativo fornecer certidões ou declarações em nome da unidade sem a prévia autorização do Diretor Geral.

Art. 34 - Na ausência do Diretor Geral e de seu substituto, o Chefe de Plantão será responsável por solucionar os problemas administrativos que venham a ocorrer.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Geral, ouvido o Superintendente Técnico do CGI.

Art. 36 - Revogam-se as disposições em contrário.

7.4.Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

Art. 1º – O Serviço de Enfermagem tem por finalidade desenvolver com segurança e qualidade as atividades de assistência, ensino, pesquisa e administração, na perspectiva de uma assistência científica, participativa e humanizada, enaltecendo as potencialidades individuais e coletivas, tanto de quem presta o cuidado, como do sujeito de suas ações.

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem terá como objetivos:

1. Prestar atendimento de enfermagem em regime de internação, utilizando-se de método assistencial;
2. Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino e saúde com as quais a **SES/GO** é conveniada;
3. Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional;
4. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente;
5. Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível;
6. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem;
7. Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 3º – O Serviço de Enfermagem, será subordinado diretamente à Diretoria Assistencial, possuirá administração própria e autonomia profissional, sobre as quais manterá autoridade e responsabilidade. Será liderado exclusivamente por Enfermeiro, com experiência comprovada em liderança e gerenciamento.

Art.4º - O Serviço de Enfermagem tem a seguinte estrutura:

1. Setor de internação/dia para estabilização
2. Ambulatório Geral;
3. Sala de exames médicos
4. Central de Material e Esterilização – CME;
5. Centro de Recuperação Pós-anestésica – RPA.

Art. 5º - O quadro funcional para andamento do Serviço de Enfermagem está assim classificado:

1. Gerencia de Enfermagem;
2. Coordenador de Setor;
3. Enfermeiros Assistenciais;
4. Técnicos de Enfermagem;
5. Estagiários de Enfermagem.

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS**

Art. 7º - O Coordenador de Enfermagem será o representante do Serviço de Enfermagem perante as demais lideranças, será o elo com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, nele desenvolvidas.

Art. 8º - A Gerência de Enfermagem será por enfermeiro com experiência mínima de 02 (dois) anos em gerenciamento e liderança em enfermagem, devendo exercer suas funções em regime de 8 horas diárias até o limite de 44 horas semanais.

Art. 9º - O Coordenador de Enfermagem em seus impedimentos será substituído por um dos Enfermeiros Coordenadores de Setor, por ele indicado.

Parágrafo Único - Os impedimentos a que se refere este artigo são os seguintes: Férias; Licenças regulamentadas em Lei, não superior a seis meses; Participação em eventos; Viagens a serviço.

Art. 10º - Serão constituídas comissões de assessoramento e/ou auditoria do Serviço de Enfermagem, podendo ser de caráter permanente ou temporário.

Parágrafo Único - As comissões de caráter temporário serão designadas pela Diretoria Assistencial, por tempo determinado para atuarem em situações específicas.

Art. 11 - A Comissão Permanente do Serviço de Enfermagem é a Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn).

Art. 12 - A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidade educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas questões éticas do exercício profissional, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração. Possui regimento próprio devidamente legitimado pelo Serviço de Enfermagem e aprovado pela Direção Técnica.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 - A Gerência de Enfermagem compete:

1. Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de Enfermagem necessário para atender às necessidades organizacionais do Hospital,

do próprio serviço, satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados;

2. Promover o desenvolvimento da equipe e da assistência de Enfermagem, através de pesquisas científicas, implantação de programas de educação continuada, com o objetivo de preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos profissionais em serviço;

3. Avaliar continuamente as atividades e a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes

4. Implantar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem;

5. Administrar os recursos humanos de Enfermagem de acordo com as necessidades técnicas de cada unidade.

Art. 14 - Compete ao Setor de Higienização:

1. Preparar o ambiente para suas atividades;
2. Manter a ordem do ambiente;
3. Conservar equipamentos e instalações;
4. Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente;
5. Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente;
6. Colaborar com a CCISS (Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) e com o SCISS (Serviço de Controle de Infecção em Serviços de Saúde) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade;
7. Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção;
8. Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento;
9. Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

Art. 15 - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn):

1. Constituir-se obrigatoriamente de acordo com a Resolução COFEN – 172 (1994), que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde;
2. Representar o COREN-GO na instituição, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do Exercício Profissional e Ético dos profissionais de enfermagem;
3. Garantir a conduta ética dos profissionais na unidade;
4. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na unidade, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

5. Notificar ao COREN-GO as reivindicações, irregularidades, sugestões e as Infrações éticas.

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 16 - Classificação das categorias profissionais:

1. Enfermeiro RT /Gerente de Enfermagem;
2. Enfermeiros Coordenadores de Setor;
3. Enfermeiros Assistenciais;
4. Técnico de Enfermagem;
5. Estagiários de enfermagem.

Art. 17 - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

1. Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem;
2. Enfermeiro Coordenador de Setor: possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; conhecimento específico comprovado para liderança do Setor;
3. Enfermeiros Assistenciais: possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe, Certidão Negativa e perfil para trabalhar em equipe;
4. Técnico de Enfermagem: possuir registro profissional no COREN-GO como técnico de enfermagem; estar regularizado com o Órgão de Classe; Certidão Negativa e perfil para trabalhar em equipe;
5. Estagiário de Enfermagem:

- Nível Médio: comprovação de aprovação na disciplina Introdução à Enfermagem ou Fundamentos de Enfermagem. Declaração da Escola Técnica constando a previsão de conclusão do curso;
- Nível Superior: comprovação de conclusão do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem. Declaração da Universidade constando a previsão de conclusão do curso.

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 18 – São atribuições do pessoal:

<u>Enfermeiro RT/ Gerente do Serviço de Enfermagem:</u>

I. Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da instituição, em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem;

II. Estruturar, organizar e dirigir os serviços sob a sua responsabilidade, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;

III. Organizar, dirigir e supervisionar os serviços executados pela equipe de Enfermagem, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes nas vinte e quatro horas;

IV. Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da unidade;

V. Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;

VI. Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, a saber:

- ✓ Unidades de Internação;
- ✓ Ambulatório.
- ✓ Recuperação Pós-anestésica – RPA;
- ✓ Central de Material e Esterilização – CME.

I. Acompanhar problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção e outros);

II. Autorizar trocas de plantões na área de sua responsabilidade que exceda uma carga horária normatizada;

III. Aprovar e/ou elaborar os POPs (Procedimento Operacional Padrão) das áreas de sua responsabilidade;

IV. Dar sugestão das alterações em Protocolos e Instruções de Trabalho que possibilitem a melhoria contínua;

V. Prever com os Enfermeiros Coordenadores de Setor materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas áreas sob sua responsabilidade;

VI. Realizar controle mensal de: custo com medicamentos, custo com material médico-hospitalar; desempenho em relação aos registros de enfermagem; percentual de profissionais que participaram do programa de treinamento; percentual de funcionários novos treinados;

VII. Propor medidas de redução / eliminação de custos e ampliação de receitas;

VIII. Realizar com os Enfermeiros Coordenadores a programação anual da capacitação para a equipe de enfermagem;

IX. Colaborar na execução do treinamento da área de sua responsabilidade;

X. Colaborar com o Comitê Técnico de Gerenciamento de Resíduos (GTRSS) e com o serviço de Recursos Humanos na capacitação de profissionais da unidade;

XI. Analisar a avaliação de desempenho semestral;

XII. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade;

XIII. Participar das reuniões da CCISS e do CTGRSS;

XIV. Zelar pelo patrimônio e imagem do hospital;

XV. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;

XVI. Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade;

XVII. Manter a Diretoria Assistencial informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade;

XVIII. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade;

XIX. Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada;

XX. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;

XXI. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;

XXII. Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

<u>Enfermeiro Coordenador de Setor:</u>

I. Conduzir a passagem de plantão na unidade, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar:

- ✓ Evolução clínica dos pacientes;
- ✓ Medicações pendentes (observar as justificativas);
- ✓ Materiais em falta;
- ✓ Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros);
- ✓ Supervisionar o horário da passagem do CME.

II. Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades;

III. Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Técnicos (Assinar e registrar o número do COREN);

IV. Observar as solicitações de exames e encaminhá-las;

V. Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias;

VI. Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho;

VII. Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos

pacientes, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias;

VIII. Supervisionar a realização da evolução dos pacientes, pela (o) enfermeira (o) assistencial;

IX. Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos;

X. Verificar a validade do material em estoque do CME;

XI. Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas;

XII. Elaborar distribuição dos técnicos no período da tarde;

XIII. Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo;

XIV. Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames;

XV. Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde);

XVI. Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade;

XVII. Controlar entorpecentes e carro de emergência;

XVIII. Observar os encaminhamentos de: exames, cirurgias, retornos;

XIX. Realizar reposição dos impressos;

XX. Dirigir-se a sala do (a) Coordenador Geral de Enfermagem:

- ✓ Passar o plantão;
- ✓ Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim.

XXI. Realizar treinamento em serviço;

XXII. Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem e posterior aprovação.

Parágrafo Único: São atribuições do enfermeiro Coordenador do Setor Higienização:

I. Distribuir diariamente as tarefas a serem realizadas;

II. Observar problemas administrativos diversos;

III. Autorizar trocas de plantões no serviço de higienização;

IV. Realizar rondas nos diversos setores da unidade;

V. Realizar auditoria do serviço de higienização, utilizando para este fim impresso apropriado;

VI. Planejar e programar atividades diárias, semanais, quinzenais e mensais do serviço;

VII. Programar, providenciar e controlar os materiais, equipamentos e saneantes utilizados no serviço;

VIII. Provisionar, controlar e orientar sobre o uso dos EPIs;

IX. Dimensionar recursos humanos necessários para o serviço;

X. Dimensionar área física do hospital e enxoval;

XI. Dimensionar equipamentos e materiais utilizados no serviço de higienização e na lavanderia;

XII. Elaborar os POPs (Procedimento Operacional Padrão) do serviço de higienização;

XIII. Enviar relatórios administrativos mensalmente à liderança de enfermagem contendo: atividades realizadas, movimentação de pessoal, sugestões de compra de materiais e equipamentos, áreas que devem ser reparadas, e número atualizado de funcionários do serviço;

XIV. Realizar programação anual da capacitação para as equipes da higienização;

XV. Realizar treinamento da equipe de higienização;

XVI. Colaborar com o CGRSS e com o serviço de Recursos humanos na capacitação de profissionais da unidade no que diz respeito a higienização;

XVII. Realizar controle mensal de: custo com material de limpeza por m^2, média mensal de bombonas de resíduos infectantes geradas, índice de acertos, percentual de colaboradores que participou do programa de treinamento, volume de processada, custo por o quilo processada;

XVIII. Lançar no Sistema os indicadores citados no item 17;

XIX. Participar diretamente do processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção;

XX. Realizar avaliação de desempenho semestral;

XXI. Participar das reuniões da CCISS quando o assunto pertinente for higienização;

XXII. Participar das reuniões do CGRSS;

XXIII. Participar do processo de padronização dos saneantes;

XXIV. Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

<u>Enfermeiro Assistencial: No período da manhã (de 07:00 às 13:00 horas)</u>

1. Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente;
2. Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade;
3. Evoluir os pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade;
4. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade;
5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves;

6. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade;

7. No início do período, iniciar o relatório de enfermagem;

8. Realizar curativos de grande extensão;

9. No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências;

10. Emitir novo censo da unidade;

11. Repor o carro de emergência, quando necessário, e diariamente realizar a conferência do lacre no impresso apropriado.

Enfermeiro Assistencial: No período da tarde (de 13:00 às 19:00 horas)

1. Realizar histórico de enfermagem;

2. Evoluir os pacientes;

3. Realizar prescrições de enfermagem dos pacientes sob a sua responsabilidade;

4. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves;

5. Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade;

6. Repor o carro de emergência quando necessário e diariamente realizar a conferência do lacre, registrando no impresso apropriado;

7. Realizar uma ronda na unidade;

8. Atualizar o censo eletrônico;

9. Fechar o relatório de enfermagem;

10. Registrar as ocorrências em livro apropriado;

11. Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia;

Técnico de Enfermagem

1. Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantão;

2. Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira;

3. Prestar assistência de enfermagem sob a supervisão da enfermeira;

4. Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas.

Estagiário de Enfermagem - Nível Superior

Parágrafo Único: Os estagiários de enfermagem de nível superior deverão desempenhar suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro da unidade que o estudante estiver lotado, significando que os registros do graduando de enfermagem no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro do COREN-GO de um Enfermeiro:

1. Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente;
2. Fazer diagnóstico de enfermagem;
3. Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes;
4. Evoluir os pacientes;
5. Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes acompanhados por um Enfermeiro;
6. Passar para o Enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes;
7. Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia;

Estagiário de Enfermagem - Nível Médio

Parágrafo Único: Os estagiários de enfermagem de nível médio deverão desempenhar as suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade que estiver lotado, significando que os registros do estudante no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro no COREN-GO de um Enfermeiro:

1. Orientar os pacientes na unidade;
2. Executar os cuidados de enfermagem planejados;
3. Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene;
4. Preparar os pacientes para exames complementares;
5. Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes;
6. Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

CAPÍTULO VI - Do Horário de trabalho

Art.19 - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 12 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes.

§ 1º - Na elaboração da escala mensal de serviço as folgas consecutivas não deverão ultrapassar a 04 (quatro), sem autorização escrita do Coordenador Geral de Enfermagem.

§ 2º - As escalas de serviço, do próximo mês, deverão ser encaminhadas para o Recursos Humanos (RH) até o dia 10 (dez) do mês em curso.

§ 3º - As trocas na escala de serviço durante o mês deverão ser realizadas com 48 horas de antecedência, salvo por necessidade do serviço.

§ 4º - Só serão permitidas 04 (quatro) trocas mensais. Uma quinta troca implicará na autorização por escrito do Coordenador Geral de Enfermagem.

§ 5º - As faltas representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares.

§ 6º - As faltas nos feriados e nos finais de semana sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

CAPÍTULO VII - Das Disposições Gerais

Art.20 - Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.21 - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.22 - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.23 – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pela Direção Técnica da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ,** pela Diretoria Assistencial e pelo gerente de Enfermagem.

CAPÍTULO VIII - DA EDUCAÇÃO CONTINUADA E CAPACITAÇÃO

Art. 24 – O Serviço de Enfermagem promoverá programas de Educação Permanente para a atualização e capacitação da equipe, assegurando um atendimento seguro e qualificado.

1. **Capacitação Regular**: Treinamentos periódicos serão realizados para atualização em novas práticas e protocolos assistenciais, incluindo temas como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), segurança do paciente e práticas de controle de infecções.
2. **Integração com Instituições de Ensino**: Em parceria com instituições de ensino, a Policlínica oferecerá programas de extensão, pesquisa e estágio para alunos, com supervisão direta de profissionais da equipe de Enfermagem.
3. **Avaliação e Desenvolvimento Profissional**: Todos os colaboradores serão submetidos a avaliações semestrais para identificar necessidades de treinamento e áreas para desenvolvimento individual e coletivo.

CAPÍTULO IX - DO GERENCIAMENTO DE QUALIDADE E INDICADORES DE DESEMPENHO

Art. 25 – A Gerência de Enfermagem é responsável pela aplicação de indicadores de desempenho que auxiliem na avaliação contínua da qualidade da assistência e do serviço prestado.

1. **Indicadores de Qualidade**: Serão monitorados indicadores como taxa de infecção hospitalar, taxa de satisfação do paciente, tempo de resposta e taxa de eventos adversos.
2. **Reuniões de Análise de Desempenho**: Mensalmente, o Coordenador Geral de Enfermagem deverá realizar reuniões com os Coordenadores de Setor para discutir resultados dos indicadores, definir planos de ação e propor melhorias contínuas.
3. **Protocolos de Melhoria Contínua**: A equipe desenvolverá planos de ação com base nos resultados dos indicadores, propondo ajustes e novas diretrizes que melhorem a assistência de enfermagem de forma contínua.

CAPÍTULO X - DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 26 – O Serviço de Enfermagem adotará práticas seguras de atendimento, assegurando um ambiente de cuidado livre de riscos.

1. **Protocolos de Segurança**: Todos os profissionais devem seguir rigorosamente protocolos de segurança, que incluem identificação correta dos pacientes, controle de medicamentos e prevenção de quedas e infecções.
2. **Prontuário Eletrônico**: A utilização de prontuário eletrônico unificado permitirá uma visão completa do histórico do paciente, contribuindo para a segurança e continuidade da assistência.
3. **Treinamento em Segurança**: Todos os membros da equipe deverão participar de treinamentos regulares sobre as melhores práticas de segurança do paciente, incluindo medidas de prevenção de eventos adversos.

CAPÍTULO XI - DO CONTROLE DE INFECÇÕES

Art. 27 – O Serviço de Enfermagem, em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), promoverá ações para reduzir riscos de infecção hospitalar.

1. **Monitoramento e Notificação**: Todas as áreas da Enfermagem deverão monitorar sinais de infecção e notificar a CCIH imediatamente.
2. **Medidas de Prevenção**: O cumprimento de protocolos de higiene e assepsia será rigorosamente observado em todos os procedimentos de enfermagem.
3. **Educação e Conscientização**: A equipe de Enfermagem será continuamente treinada para identificar e aplicar práticas de controle de infecções no dia a dia da assistência.

CAPÍTULO XII - DA GESTÃO DE RECURSOS E SUPRIMENTOS

Art. 28 – O Serviço de Enfermagem é responsável por gerenciar de forma eficiente os recursos e suprimentos necessários para a prestação de cuidados de qualidade.

1. **Controle de Estoque**: Em coordenação com a área de Compras e Suprimentos, o Serviço de Enfermagem deverá garantir a disponibilidade de insumos essenciais, como medicamentos e materiais descartáveis.
2. **Manutenção de Equipamentos**: Todo equipamento utilizado pelo Serviço de Enfermagem será inspecionado regularmente para garantir seu bom funcionamento e segurança para os pacientes.
3. **Relatório de Consumo**: A equipe deverá elaborar relatórios mensais sobre o consumo de materiais, identificando oportunidades de redução de desperdícios.

CAPÍTULO XIII - DA ÉTICA E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

Art. 29 – Os profissionais de enfermagem devem zelar pelo exercício ético de suas funções, respeitando os princípios estabelecidos pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

1. **Conduta Profissional**: Espera-se que todos os profissionais de enfermagem conduzam suas atividades de forma ética, respeitosa e responsável, evitando qualquer prática que comprometa a integridade do cuidado prestado.
2. **Confidencialidade e Privacidade**: O Serviço de Enfermagem compromete-se a manter a confidencialidade das informações de saúde dos pacientes, conforme a legislação vigente.
3. **Comissão de Ética**: A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) atuará em caráter consultivo e fiscalizador, promovendo um ambiente de trabalho ético e seguro.

CAPÍTULO XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30 – Este Regimento deve ser revisado e atualizado periodicamente, de modo a acompanhar as necessidades institucionais e as normas estabelecidas pelas autoridades sanitárias e regulamentadoras.

Art. 31 – Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pela Diretoria Assistencial, em conjunto com o Coordenador Geral de Enfermagem.

Art. 32 – Este regimento entra em vigor a partir da data de sua assinatura, e deve ser amplamente divulgado entre os profissionais do Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual de Quirinópolis .

7.5.Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

O Serviço de Tecnologia da Informação (TI) corresponde a um serviço de apoio para a **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .** O serviço estará subordinado à Diretoria Administrativa e terá como responsabilidade a manutenção da infraestrutura (equipamentos e softwares) de TI da unidade, respondendo pelos serviços de implantação e suporte de sistemas, instalação, configuração e manutenção (preventiva e corretiva) do parque de equipamentos e softwares, direcionados as áreas de Sistemas, Internet, Correio Eletrônico, Assistência Técnica, Servidores e Telefonia.

A Policlínica contará com serviços de informática com sistema informatizado para gestão hospitalar que contemplará: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitirão acessar via Internet (WEB) e atenderá aos indicadores e informações especificados no contrato de gestão.

Com todas as informações devidamente armazenadas, será possível a integração de todos os setores da unidade, e o efetivo controle das rotinas hospitalares e administrativas, bem como a emissão de relatórios gerenciais como ferramenta de tomada de decisões.

A equipe contará com profissionais especializados, agindo de forma a assegurar o pleno funcionamento da estrutura física e lógica de Tecnologia da Informação necessárias ao desempenho das atividades fins da instituição.

Serão da responsabilidade do **CGI** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de equipamentos, sistemas e programas. A implantação da rede de computadores levará em torno de 30 dias e o sistema de gestão hospitalar levará 120 dias para a sua completa instalação e operação por parte de todos os setores, assim como treinamento.

O Serviço de TI da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** disporá de 1 sala refrigerada com temperatura máxima de 22º com a finalidade de acomodação dos servidores que serão instalados em rack padrão de 19 polegadas e 1 sala para utilização pelos profissionais da área com a mobília necessária para este fim.

Atenderá em horário das 7:00 às 17:00h com sobreaviso nos horários de plantão e terá como área de abrangência todos os serviços, setores e departamentos da policlínica.

Sistema Integrado de Gestão Hospitalar

Os sistemas informatizados de gestão ambulatorial são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde do porte da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , fundamental para a composição de toda a área assistencial e sua interligação com os serviços de apoio ao diagnóstico, complementares e administrativos financeiros. Desta forma, a infraestrutura prevista pelo sistema informatizado de gestão hospitalar prevê suporte para todas as atividades, quer sejam médicas, administrativas, financeiras ou de marketing, propiciando o acesso por serviços internet, através de extranets e intranets, com seus Indicadores sendo publicados regularmente, o que facilitará e muito a prestação de contas e informações de metas realizadas para a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

I. Características Técnicas

a. Sistema modular

O Sistema será implementado em módulos funcionais, cada um abrangendo diversos aplicativos que têm maior coesão e que atuarão de forma perfeitamente integrada, como relacionado a seguir:

- Recepção: Central de Informações; Ambulatório;
- SADT: Exames por imagem; laboratório de análises clínicas; resultados de exames;
- Administrativo: SAME, Prontuário Eletrônico, Higienização, Vigilância, Fornecedores, Cotações e Compras; Gestão do Almoxarifado; Farmácia; Nutrição e Dietética;
- Financeiro: Faturamento, Contas a pagar e a receber, Fluxo de Caixa, Custos, Contabilidade, Tesouraria e Auditoria;
- RH: Controle de Pessoal; Plantões; Administração de Recursos Humanos.
- Relatórios Gerenciais e Informativos: Gerador de relatórios próprio para extração de quaisquer informações da base de dados;
- Sistema de informações gerenciais: com telas e relatórios específicos para os indicadores preconizados no contrato de gestão com a **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** .
- Hardware: Para o funcionamento seguro do sistema informatizado de gestão hospitalar será necessária a instalação de dois computadores servidores em sistema de espelhamento, além de *firewall* e *switches* para proteger a rede interna. As estações de trabalho serão configuradas adequadamente, com máquinas tecnologicamente atualizadas, visando minimizar interrupções nos processos.
- Rede Lógica: Os computadores da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** estarão interligados em uma rede lógica, de cabeamento estruturado com os pontos

ativos, e com fácil infraestrutura de expansão. Existirá ainda uma rede sem fio para acesso de usuários que precisam de mobilidade.

Equipamentos de suporte necessários

- Servidor de Terminais;
- Servidor de Rede Local e domínio;
- Servidor de Internet;
- Estações de trabalho para o coordenador e o técnico de suporte;
- Switches de Rede;
- Roteadores;
- Central Telefônica de Médio Porte;
- Ferramental de Suporte e Assistência Técnica;

Competências do Serviço de TI:

- Implantação e regulamentação das ações de tecnologia da informação do hospital, direcionadas aos sistemas de informação e informática em saúde;
- Incorporação de novas tecnologias com o objetivo à disseminação das informações;
- Definição dos padrões para captação operacional das bases de dados dos sistemas desenvolvidos e implantados no âmbito da Instituição;
- Gerenciamento do acervo e manutenção de equipamentos da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .**

Atribuições da Equipe Técnica:

I. Atribuições do Coordenador do serviço:_Desenvolver metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento do setor de Tecnologia da Informação do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** .

II. Técnicos de Informática:

- Realizar manutenção corretiva e preventiva do parque de equipamentos e softwares;
- Implantar e dar suporte aos sistemas e aplicativos utilizados na instituição;
- Realizar o cadastro/atualização do inventário de equipamentos;
- Realizar relatório sintético do inventário de máquinas;
- Identificar o funcionamento e relacionamento entre os componentes de computadores e seus periféricos;

- Instalar e configurar computadores, isolados ou em redes, periféricos e softwares;
- Identificar a origem de falhas no funcionamento de computadores, periféricos e softwares, avaliando seus efeitos;
- Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;
- Avaliar e especificar necessidades de treinamento e de suporte técnico aos usuários;
- Executar ações de treinamento e de suporte técnico;
- Analisar e operar os serviços e funções de sistemas operacionais;
- Selecionar programas de aplicação a partir da avaliação das necessidades do usuário;
- Identificar tipos, serviços e funções de servidores;
- Organizar a coleta e documentação de informações sobre o desenvolvimento de projetos;
- Identificar meios físicos, dispositivos e padrões de comunicação, reconhecendo as implicações de sua utilização no ambiente de rede;
- Selecionar e utilizar estruturas de dados na resolução de problemas computacionais.

III. Telefonista

- Operar mesa telefônica PABX, realizando e recebendo ligações telefônicas urbano/interurbanos, a fim de facilitar a comunicação interna/externa da organização;
- Controlar ligações telefônicas, preenchendo formulário, anotando nome do solicitante, número do telefone, área, para possibilitar sua conferência;
- Fornecer informações em gerais referentes a assuntos diversos pertinentes a instituição, informando locais de atendimento e visitas, horários e outros dados, para atender solicitações;
- Zelar pelo equipamento, comunicando defeitos e solicitando conserto e manutenção, para assegurar adequadas condições de funcionamento.

Rotinas administrativas:

Serão consideradas as seguintes definições em TI:

- **E-mail:** transmissão eletrônica de informações por meio de protocolos de correio eletrônico adotado pelo serviço.
- **E-mail corrente:** mensagem sucessivamente enviada a várias pessoas.

- **E-mail em massa:** Qualquer e-mail enviado a mais de quinze pessoas.

Norma de utilização:

- O sistema de e-mails da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** não deverá ser usado para criação ou distribuição de qualquer mensagem ofensiva, incluindo comentários pejorativos sobre etnia, gênero, cor do cabelo, necessidades especiais, idade, orientação sexual, pornografia, crenças e práticas religiosas, crenças políticas ou nacionalidade. Profissionais que receberem qualquer e-mail com este conteúdo, enviados por profissionais do hospital, devem reportar o evento à coordenação de recursos humanos (RH) imediatamente.
- O sistema de e-mail não deve ser utilizado para fins particulares em acordo com a "Política de Segurança da Informação" e com a "Política de Cessão de Recursos de TI" da unidade;
- Não será permitido o envio de e-mail corrente;
- O envio de e-mails em massa com endereços externos só deverá ser feito com anuência da Diretoria Geral;
- Não será permitido o envio de mensagens com informações sobre a **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** a públicos não autorizados, em qualquer hipótese.
- Também não será permitido o envio de mensagens de desligamento de colaboradores. Este procedimento poderá ser realizado, caso necessário, pelo gestor responsável apenas para comunicar o desligamento após definição criteriosa do público-alvo da mensagem.

Assinatura de e-mail:

- A assinatura profissional do e-mail deve seguir o padrão normatizado pela Supervisão Administrativa (publicado na Intranet Corporativa da TI);
- No rodapé de todos os e-mails enviados é inserida automaticamente uma mensagem de confidencialidade. Portanto, não devem ser incluídas outras mensagens nos rodapés (como por exemplo, "campanhas ecológicas"). Exceções devem ser encaminhadas para avaliação e aprovação da Diretoria Administrativa/Financeira.

Conta de e-mail para não colaboradores:

Não será permitida a criação de contas de e-mail para "não colaboradores" (fornecedores e subcontratados) da unidade.

Monitoramento:
O e-mail corporativo deve ser utilizado exclusivamente para a finalidade de desenvolvimento da atividade profissional do colaborador, nesta empresa, e a sua utilização adequada será regularmente monitorada.

Mensagem de confidencialidade de e-mail:
"Esta mensagem é destinada exclusivamente para a pessoa identificada e pode conter informações confidenciais. Se você não é o destinatário, por gentileza, notifique-nos imediatamente via e-mail e apague esta mensagem. A utilização, cópia, distribuição e divulgação não autorizadas desta mensagem são expressamente proibidas".
Observação: Qualquer profissional que violar essa rotina está sujeito às sanções administrativas e contratuais cabíveis

POLÍTICA DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

Objetivo
Definir responsabilidades e orientar a conduta dos profissionais da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** na utilização de ativos de informação empresarial, com o objetivo de proteger a integridade e confidencialidade das informações e garantir a continuidade operacional do negócio.

Aplicação
As normas são aplicáveis aos todos os profissionais da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , que se encontram no pleno exercício de suas atividades profissionais.

Descrição das Atividades

- Os recursos de TI - hardware, software ou serviço, deverão ser utilizados de maneira responsável, consistente com objetivos profissionais:
- O recurso deverá ser utilizado exclusivamente para o desempenho das atividades profissionais;
- Todas as utilizações que não estiverem de acordo com estes objetivos são consideradas inapropriadas e podem colocar em risco o acesso aos demais recursos.

- Utilizar qualquer recurso de TI somente após obter autorização e assinar o "Termo de Compromisso" referente à esta política, no qual declara conhecer as políticas e normas em vigor e se compromete a cumpri-las;
- Informar imediatamente perda, roubo, danos ou quaisquer incidentes de segurança que venham a ocorrer com o(s) equipamento(s) fornecidos ao profissional, registrando o incidente ocorrido à área de Recursos Humanos;
- Não desabilitar e/ou desinstalar as ferramentas de segurança instaladas no(s) equipamento(s) fornecido(s);
- Tomar todas as precauções necessárias para garantir a integridade do(s) equipamento(s) fornecido(s).
- As contas e senhas serão atribuídas aos usuários em função de seus recursos são individuais e únicas, e não devem ser reutilizadas ou atribuídas a qualquer pessoa.
- Informar imediatamente a área de TI eventuais violações de segurança ou às normas em vigor;
- Não permitir ou colaborar com o acesso aos recursos por parte de pessoas não autorizadas;
- Não ligar ou desligar fisicamente ou eletricamente um recurso e nenhum componente externo, como cabos, impressoras, discos ou sistemas de vídeo, sem uma autorização específica.
- Respeitar os direitos de propriedade intelectual, de acordo com a regulamentação pertinente, em particular a lei de direitos autorais de software.
- Utilizar apenas produtos de software com as licenças de uso válidas.

Gerenciamento de Acesso

Objetivo

Estabelecer diretrizes de gerenciamento de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação para garantia da confidencialidade e integridade das informações.

Aplicação

Este documento se aplica a todos os setores que desempenham funções diretamente relacionadas ao gerenciamento de acesso, através do fornecimento, controle, alteração e/ou remoção de acesso aos serviços de Tecnologia da Informação, e também a quaisquer usuários que façam uso ou que solicitam acesso a serviços de Tecnologia da Informação.

Definições

- **TI:** Tecnologia da Informação.
- **Serviços de TI:** recursos lógicos de TI que são disponibilizados ao usuário através de concessão de direito de uso, como acesso à rede interna, a sistemas e aplicativos, diretórios de rede e contas de e-mail.
- **Login:** identificação única que o usuário utiliza para acessar a rede, conta de e-mail, sistemas e aplicativos.
- **Service Desk:** central de atendimento da TI para tratamento de incidentes e solicitações de Chamado.

Descrição das Atividades

- Cada usuário terá sua permissão para acessar as informações de acordo com o perfil correspondente ao seu setor e suas funções na **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , para uso de pen drives, mídias, e-mail, internet e Sistema de informação;
- As portas USB dos micros sempre estarão desabilitadas, caso algum usuário queria acessar o pen drive terá que abrir chamado no *servicedesk* TI;
- Os micros são incluídos no controlador de domínio hcfs;
- O uso da internet será controlado pela TI. Sua função consiste em regular o tráfego de dados entre redes distintas e impedir a transmissão e/ou recepção de acessos nocivos ou não autorizados de uma rede para outra;
- Passo a passo das atividades a serem cumpridas pela equipe de TI e usuários da rede da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** :

I. Verificar se existe o usuário na rede;
II. Se sim, deverá logar com o usuário e senha e utilizar os serviços de TI conforme seu perfil;
III. Se não, verificar com o RH se o usuário é um novo colaborador;
IV. Se sim, cadastrar usuário (login e senha), realizar tramits necessários e realizar a permissão na pasta da rede do hospital, Sistema de informação, e-mail e internet;
V. Se não, realizar meios para proibição de acesso a qualquer serviço de TI no hospital.

Configuração e utilização de e-mail:

Objetivo:

Realizar a configuração e padronização dos e-mails da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , bem como a sua utilização pelos usuários.

Definição:
Outlook Express e/ou Gmail - Programa para Gerenciar e-mails Sistema de Gestão em Saúde utilizado no hospital.

Descrição de Atividades:

- Solicitar a implementação de um novo e-mail para o Coordenador de Tecnologia da Informação, criando uma Ordem de Serviço através do Sistema;
- Confirmar com a Gerência da área solicitante a real necessidade do novo e-mail e identificar aprovação final;
- O coordenador de TI encaminha a solicitação para o **CGI,** e este cria através do site da empresa de internet, a caixa e o endereço de e-mail;
- Após a criação do novo e-mail, divulgar entre os setores, os e-mails novos e atuais cadastrados na **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** .
- A alteração de perfis de acesso que constam nesse documento (inclusão ou exclusão) deve ser avaliada pelos responsáveis das áreas envolvidas. Os critérios utilizados para solicitação e aprovação da alteração dos perfis de acesso devem zelar pela segurança da informação, regulada pelas normas legais vigentes impostas pelas Agências Reguladoras e pelos programas de controle de qualidade (nacionais e internacionais) aos qual a **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** está submetido.

Acesso às informações:

Objetivo
Garantir a segurança, confiabilidade, privacidade, e integridade das informações de clientes.

Descrição das Atividades

- O acesso às informações de clientes (incluindo resultados) é liberado pelo Service Desk, de acordo com os perfis a seguir: Informativo por setor: e: Faturamento, ambulatório, atendimento, financeiro.
- Para que os acessos descritos sejam liberados, é requerido registro de chamado no Service Desk, o qual deverá ser solicitado diretamente a área Administrativa.
- Para os demais profissionais o registro deve ser realizado pelo gerente da área na qual o profissional irá atuar. O Serviço de Tecnologia da Informação – TI deverá implantar

manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas.

7.5.1. Proposta para Regimento do Corpo Clínico

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Art. 1º - O Corpo Clínico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS é representado pelo conjunto de médicos que atuam na instituição e, como unidade técnica-administrativa, é responsável pela coordenação das atividades médicas, diagnósticas e terapêuticas, em seus objetivos de assistência à saúde, ensino e pesquisa.

Parágrafo Único: O Corpo Clínico da Policlínica possui autonomia e responsabilidade técnica, profissional, científica, política e cultural, devendo zelar pela conduta técnica, ética, moral e humanitária dos seus profissionais, assim como o bom desempenho e imagem institucional.

Art. 2º - Os médicos do Corpo Clínico da Policlínica se representam nas seguintes categorias: Membros Celetistas: são aqueles médicos que trabalham formalmente na unidade em vínculo trabalhista de CLT, independente da carga horária contratada, seja ela em regime de diarista e/ou plantonista. Membros Credenciados: são os médicos que exerçam suas atividades profissionais por meio de vínculo com empresas médicas contratadas ou cooperativas que prestam serviços à unidade, assim como os que estiverem ligados a outras instituições.

Parágrafo Único: Outras modalidades poderão ser criadas conforme a demanda da Instituição.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS DO CORPO CLÍNICO

Art. 3º - São objetivos do Corpo Clínico:

a) Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética Médica do Estado Goiás, as Resoluções do Conselho Federal de Medicina, o Estatuto da Policlínica**,** seu Regimento Interno e suas Normas Técnicas, assim como este instrumento regimental normativo;

b) Contribuir para o desenvolvimento do trabalho em equipe com o objetivo de atingir toda a potencialidade resultante em benefício dos usuários da Policlínica**;**

c) Contribuir para o bom desempenho do profissional médico e da equipe de saúde, inclusive no que se refere à colaboração na assistência a pacientes sobre responsabilidade de outros profissionais médicos;

d) Assegurar a melhor assistência aos usuários, garantindo o atendimento global ao paciente em regime ambulatorial, de emergência e internação, bem como o suporte emocional

e informativo aos familiares e/ou responsáveis;

e) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos em aprendizado e demais discentes**;**

f) Produzir e estimular a pesquisa médica no âmbito da Instituição;

g) Cooperar com a administração da Policlínica**,** objetivando a melhoria da assistência prestada;

h) Revisar anualmente, ou conforme necessidade, as rotinas assistenciais existentes, objetivando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados;

i) Propor diretrizes de atuação em assuntos que propiciem melhoria na qualidade do produto ofertado nas áreas de atuação**;**

j) Participar de programas de promoção e manutenção da saúde adequada às necessidades de demanda da Policlínica**;**

k) Estimular e promover estudos com o objetivo de identificar melhorias da assistência prestada, inclusive no que se refere à participação efetiva nas diversas comissões hospitalares;

l) Primar pela qualidade da relação médico-paciente e equipe de saúde, promovendo estudos que possam ampliar o conhecimento do perfil comportamental do paciente e seus familiares, necessário ao estímulo de suas participações no processo terapêutico;

m) Oferecer as condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde**;**

n) Zelar pela qualidade do prontuário do paciente, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável;

o) Colaborar e participar ativamente nos programas e projetos de ensino e pesquisa da Policlínica**;**

p) Promover o desenvolvimento das atividades de recuperação e manutenção da saúde dos pacientes**;**

q) Promover intercâmbio com instituições que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar;

r) Proporcionar e viabilizar as funções de ensino, pesquisa e extensão objetivando a formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde;

s) Zelar pelo uso de materiais e equipamentos de trabalho e/ou de suporte às atividades desenvolvidas;

t) Desenvolver outras atividades correlatas na sua área de atuação;

u) Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina;

v) Comunicar aos órgãos diretivos, e ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, quando for indicação, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição;

w) Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial e respeitoso.

CAPÍTULO III –
DA COMPOSIÇÃO E ÁREAS DE ATUAÇÃO

Art. 4º - A composição do corpo clínico da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** deve ser exclusivamente de profissionais médicos devidamente regularizados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e que exerçam suas funções nesta instituição:
O corpo clínico encontra-se organizado nas seguintes clínicas:

- Clínica Médica;
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Parágrafo Único: Cada clínica que compõe a estrutura organizacional médico-assistencial terá um coordenador.

Art. 5º - São atribuições do coordenador de clínicas assistenciais:

a) Supervisionar e coordenar as atividades de sua clínica;

b) Organizar a escala de férias e indicar substituições em sua área de responsabilidade, conjuntamente com o Coordenador Médico;

c) Coordenar a elaboração de rotinas e protocolos relativos à sua área de responsabilidade;

d) Promover reuniões gerenciais e assistenciais de forma regular e periódica, com o objetivo de organizar as atividades assistenciais, estimular o ensino e o conhecimento científico, assim como a gestão da unidade.

CAPÍTULO IV
DA REPRESENTAÇÃO E PROCESSO DE ESCOLHA

Art. 6º - O Corpo Clínico é coordenado e representado pelo Coordenador Médico e, na (s) sua (s) impossibilidade (s), pelo seu respectivos substituto. O Coordenador Médico será eleito a cada 12 meses, por votação direta e secreta, em Processo Eleitoral do Corpo Clínico especialmente convocado para essa finalidade por meio de Edital interno do Diretor Técnico da Policlínica por maioria simples de votos, podendo haver reeleição do mesmo por até 4 (quatro) mandatos consecutivos. O Edital deverá ser exposto com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º - À Diretoria Técnica compete:

a) Assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico, em benefício da saúde da população usuária de seus serviços;

b) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sendo o responsável para prover as condições necessárias ao seu funcionamento;

c) Representar a POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS em suas relações com as autoridades médicas e sanitárias, quando o exigirem as leis em vigor;

d) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigência;

e) Comunicar ao CRM, por escrito, ao assumir ou deixar definitivamente o cargo;

f) Assegurar espaço físico adequado para o funcionamento das atividades do corpo clínico da Unidade.

Art. 8º - À Gerência Médica da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS compete:

a) Exercer a Gerência Clínica e representar o Corpo Clínico em todos os órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política institucional existente, ou que venham a existir, assim como externamente sempre que necessário ou solicitado pela Diretoria Técnica;

b) Presidir as Assembleias do Corpo Clínico;

c) Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas e as atividades de assistência do Corpo Clínico, estimulando em cada um o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a moral e a ética médica e o espírito científico;

d) Acompanhar os trabalhos de cada clínica e seus coordenadores, com vistas à prestação da melhor assistência ao paciente;

e) Indicar os representantes do Corpo Clínico nas diversas comissões de assessoria técnica e análise de desempenho existente na unidade;

f) Assegurar a assistência médica integral, geral e especializada, ao paciente em todas as fases do seu atendimento;

g) Elaborar e revisar, regularmente e sempre que necessário, normas, rotinas e procedimentos direcionados ao Corpo Clínico, bem como zelar pelo seu cumprimento;

h) Participar ativamente das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na unidade;

i) Estimular a participação de todos os membros nos eventos científicos organizados pela Unidade, com vistas ao aperfeiçoamento técnico;

j) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico, bem como pelos regulamentos institucionais e pela sua boa imagem;

k) Comunicar aos órgãos diretivos, e quando necessário ao Conselho Regional de

Medicina de Goiás, falhas na organização, nos meios e na execução da assistência prestada na Instituição;

l) Comunicar, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, a Quirinópolis / afastamento, ou a substituição desta função, sempre que ela ocorrer, mesmo que temporariamente.

Art. 9º - Aos Membros do Corpo Clínico compete:

a) Frequentar as instalações da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS **,** valendo-se dos recursos técnicos e meios de diagnóstico disponíveis para promover o melhor atendimento aos seus pacientes;

b) Participar das Assembleias e Reuniões Técnico-Científicas do Corpo Clínico;

c) Participar das comissões permanentes e temporárias**;**

d) Votar e ser votado nas eleições deliberativas;

e) Eleger o Coordenador Médico, bem como a Comissão de Ética Médica;

f) Elaborar adequadamente os prontuários dos pacientes sob seus cuidados, fazendo as evoluções e prescrições de forma legível, assinando, datando e identificando o responsável;

g) Assumir a responsabilidade civil, criminal e ética sobre os atos que tenha praticado no exercício da medicina;

h) Colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes;

i) Orientar-se pelo Código de Ética Médica, manter com os demais colegas e funcionários um relacionamento cordial, colaborativo e respeitoso;

j) Receber a remuneração sem intermediação ou desconto e sem retenção.

Parágrafo Único: O uso de equipamentos e instrumentos e a utilização de medicamentos poderão ser restringidos por normas relativas à qualificação e treinamento dos membros e limitados pela observância de Protocolos Assistenciais de cada serviço.

CAPÍTULO VI
DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS DO CORPO CLÍNICO

Art. 10 - A Assembleia Geral é o órgão máximo de decisão do Corpo Clínico.

§ 1º - O Corpo Clínico deliberará por meio de Assembleias Gerais Ordinárias convocadas pelo Diretor Técnico com antecedência mínima de 10 (dez) dias, instalando-se, em primeira convocação, com quórum mínimo de 2/3 de seus membros e, em segunda convocação, após uma hora, com qualquer número de membros.

§ 2º - As deliberações se darão por maioria simples de votos.

§ 3º - Extraordinariamente, as Assembleias poderão ser convocadas com 24 horas de antecedência pelo Diretor Técnico ou por solicitação de pelo menos 1/3 dos membros do Corpo Clínico.

§ 4º - A Diretoria Geral poderá solicitar a realização de Assembleias Extraordinárias por meio do Diretor Técnico.

CAPÍTULO VII - DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 11 - A Comissão de Ética Médica é regida pela Resolução CFM Nº 2.152/2016, destacando que a Comissão de Ética Médica será composta de membros efetivos e suplentes, sempre em número proporcional ao de membros do Corpo Clínico do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .**

§ 1º - A eleição da Comissão de Ética será feita pela votação direta e secreta de todos os médicos pertencentes ao Corpo Clínico e o mandato será conforme normas vigentes estabelecidas pelo CFM.

§ 2º - As eleições serão convocadas pelo Coordenador Médico com antecedência de 30 dias, com prazo de inscrição até 14 dias antes da data da assembleia que a elegerá.

§ 3º - Os candidatos à Comissão de Ética se inscreverão individualmente junto ao Coordenador Médico, que nomeará uma junta eleitoral para coordenar as eleições.

§ 4º - O mandato da Comissão de Ética Médica será coincidente com o da Gerência Médica, sendo permitida a recondução ao cargo.

§ 5º - A presidência da Comissão será exercida pelo membro que obtiver o maior número de votos, escolhendo entre os demais membros o seu secretário.

§ 6º - Em caso de vacância do cargo, será convocado a preenchê-la o suplente que tiver obtido o maior número de votos. Quando houver vacância de metade ou mais dos cargos, será convocada nova eleição para complementar o mandato.

Art. 12 - Compete à Comissão de Ética Médica:

a) Zelar pelos princípios da ética médica;

b) Supervisionar e orientar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica;

c) Comunicar ao CRM o exercício ilegal da medicina;

d) Manter atualizado o cadastro de médicos na Instituição;

e) Colaborar com o CRM na tarefa de educar, divulgar e orientar sobre temas relativos à ética médica;

f) Instaurar sindicâncias, apurar e emitir relatório circunstanciado de todas as infrações que cheguem ao seu conhecimento.

CAPÍTULO VIII
DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 13 - Qualquer membro do Corpo Clínico será considerado infrator, sujeito às penalidades deste Regimento quando:

a) Infringir o Código de Ética Médica e as determinações dos Conselhos Federal de Medicina – CFM e o Conselho Regional de Medicina de Goiás;

b) Infringir o Estatuto do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ,** quando houver conotação ética;

c) Infringir as normas estabelecidas neste Regimento.

§ 1º - Nos casos de suspeita ou indício de infração, a Comissão de Ética instaurará sindicância, apurará e, no prazo de trinta dias, encaminhará a conclusão ao Coordenador Médico para aplicação da punição.

§ 2º - Nos casos de suspeita de infração de caráter ético, o resultado será encaminhado ao CRM, que julgará e, se for o caso, aplicará a punição.

§ 3º - Será garantido ao acusado o amplo direito à defesa.

Art. 14 - Os Membros do Corpo Clínico que forem considerados transgressores estarão sujeitos às seguintes penalidades:

a) Advertência Verbal;

b) Advertência Escrita;

c) Suspensão por 30 dias de suas atividades na Unidade;

d) Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único: As penalidades aplicadas por transgressão a normas administrativas ou regimentais obedecerão à gradação acima, exceto nos casos de incontestável gravidade, a juízo a Comissão de Ética e Gerência Médica.

CAPÍTULO IX
DAS COMISSÕES/COMITÊS TÉCNICOS

Art. 15 - São Comissões/Comitês Técnicos Permanentes do corpo clínico do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS :**

1. A Comissão de Ética Médica;
2. A comissão de ética multiprofissional;
3. A Comissão de biossegurança;
4. A comissão de controle de infecção relacionada a assistência à saúde (CCIRAS)
5. A Comissão de análise e Revisão de Prontuário;
6. A Comissão de acidentes com materiais biológicos (CIPA)

7. A comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA)
8. A comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde
9. Comissão de Farmácia e terapêutica;
10. A comissão de proteção radiológica
11. O comitê de compliance
12. O comitê de ética em pesquisa (CEP)
13. Núcleo de qualidade e segurança do paciente (NQSP)
14. Serviços especializados em engenharia de segurança em medicina do trabalho – SESMT
15. Outras comissões.

Art. 16 - Serão Comissões Temporárias do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** as criadas segundo a necessidade de melhor organizar os trabalhos desta Instituição.

Parágrafo Único: A duração das Comissões Temporárias não poderá exceder o prazo de seis meses. Caso haja necessidade de extensão dos seus trabalhos por um período maior, elas serão transformadas em Comissões Permanentes e deverão seguir as regras estabelecidas para estas.

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 17 - Os atos médicos que impliquem grande risco de vida, incapacidade física permanente ou interrupção da gravidez deverão ser previamente submetidas à apreciação do Coordenador Médico e Diretor Técnico e, se necessário, da Comissão de Ética, com registro em ata.

Parágrafo Único: Em caso de urgência, esta junta poderá ser exercida por três médicos presentes ao ato, sendo o fato posteriormente comunicado ao Coordenador Médico.

Art. 18 - Os documentos constantes do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda e responsabilidade do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .**

§ 1º - É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se de partes ou a totalidade do prontuário médico sem a autorização do Coordenador Médico e Diretor Técnico, podendo consultá-lo após solicitação por escrito e assinatura de termo de responsabilidade.

§ 2º - A divulgação pública de fatos referentes ao prontuário médico somente poderá ocorrer com a autorização expressa do paciente ou seu responsável legal, devendo ser feita pelo médico assistente ou pelo Coordenador Médico. Neste caso, com conhecimento do mesmo.

Art. 19 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos emergencialmente pelo Coordenador Médico, até que a Assembleia do Corpo Clínico os avalie e tome sua decisão.

Art. 20 - Este Regimento Interno entra em vigor após ser aprovado pelo Corpo Clínico do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** e referendado pelo CRM/GO, aprovado e registrado.

Após a revisão, o Regimento deverá ser submetido à apreciação e aprovação do Corpo Clínico, e duas cópias encaminhadas ao CRM/GO, juntamente com a Ata da Assembleia que o aprovou, para homologação.

7.6.Implantação de Processos

7.6.1. Proposta de manual de protocolos assistenciais

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais.

Um protocolo contém vários procedimentos. Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado.

O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional. Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases solidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida. O grande objetivo dos protocolos é

resguardar o serviço, pois: agilizam e uniformizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; diminuem a margem de erro; importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela; muito valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços; facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Ministério da Saúde e medicamentos de alto custo etc.); melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas; melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados; garante maior segurança; otimiza a utilização dos recursos operacionais; reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques; pode gerar um prontuário eletrônico; otimiza a produtividade dos trabalhadores; garante uma assistência livre de riscos e danos aos paciente.

Exemplos de Protocolos:

- ✓ Acolhimento com classificação de risco;
- ✓ Manejo do paciente com síndrome coronariana aguda (SCA);
- ✓ Assistência ao paciente portador de hipertensão arterial, dentre outros.

O modelo proposto para o manual de protocolos assistenciais em suas diversas áreas está exemplificado a seguir:

	POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS **POP - 01**	Categoria Profissional: Assistencial POP: (ENF + nº de ordem)
		Elaborado em: / Revisado em: /
SETOR: Informar o nome do setor que está sendo implantado o POP		
PROCEDIMENTO: Nome do procedimento a ser executado		
LOCAL DE EXECUÇÃO: Clínica onde o paciente se encontra		
EXECUTANTE: Nomes dos profissionais que executaram o procedimento		
RESULTADOS ESPERADOS: Informar claramente a situação e as categorias de pacientes para os quais o protocolo foi organizado, assim como o grupo de profissionais que o implementará. Citar o motivo a qual o procedimento será executado. Qual a finalidade da execução.		
MATERIAL NECESSÁRIO: Descrição de todos os materiais / insumos que são necessários.		

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO: Representação esquemática do manejo do paciente. Citar passo a passo.		
CUIDADOS ESPECIAIS: Citar necessidades especiais a serem observadas.		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE: Previsão de treinamento e validação com datas específicas.		
Elaborado por (nome/função):	**Revisado por (nome/função):**	**Aprovado por (nome/função):**

7.6.2. Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para o faturamento de procedimentos

O setor de faturamento, é basicamente o órgão responsável pela confecção das contas hospitalares dos pacientes. A conta do paciente é o conjunto de documentos e informações destinados ao registro de gastos realizados com o enfermo durante seu atendimento no ambulatório. Nas instituições de saúde, é necessário existir uma área de coordenação de faturamento responsável pelas informações administrativas e financeiras dos atendimentos prestados pela organização, em níveis ambulatoriais e de internação hospitalar.

Dentro disso, podemos listar alguns dos objetivos do faturamento ambulatorial:

- Expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados (guias às operadoras);
- Emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;
- Manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
- Analisar os relatórios de faturas recebidas;
- Verificar as ocorrências de glosase identificar suas causas;
- Providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;
- Preparar os recursos de glosas às operadoras para correção e pagamento das mesmas;
- Manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias;
- Integrar-se com os demais setores correspondentes e responsáveis pela "rota" percorrida pelo paciente, ou seja, desde o momento de sua chegada ou recepção até sua alta ou saída;

- Planejar e executar as faturas do SUS;
- Manter atualizada toda e qualquer tabela utilizada com preços e demais itens utilizados para confecção das faturas;
- Manter acompanhamento constante dos pacientes durante seu período de internação e consequentemente seus gastos.

Dentre os vários serviços e setores que compõem ao **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ,** a unidade de faturamento é de grande importância, pois após todo um processo de atendimento a um determinado paciente, será então fruto deste, sua consequente fatura, a qual será processada pelo setor, resultando em divisas monetárias para a organização.

O setor de faturamento estará diretamente subordinado à Diretoria de Administração e Coordenação Administrativa, realizando suas atividades em horário administrativo, das 8h00 às 18h00.

O setor de faturamento da Policlínica Estadual de Quirinópolis , que presta exclusivamente serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), é um componente crítico para garantir a sustentabilidade financeira e a eficiência da unidade. Este setor é responsável pela confecção, análise e acompanhamento das contas geradas pelos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, assegurando que os serviços prestados à população sejam devidamente registrados e faturados. A padronização dos processos de faturamento é vital para garantir que os recursos financeiros oriundos dos serviços realizados sejam recebidos de forma precisa e tempestiva, permitindo que a Policlínica continue a oferecer atendimento de alta qualidade e dentro dos parâmetros estabelecidos pelo SUS.

Objetivos do Faturamento de Procedimentos

O faturamento de procedimentos ambulatoriais e de média complexidade na Policlínica Estadual de Quirinópolis possui os seguintes objetivos centrais:

- Emissão e controle das faturas dos serviços prestados ao SUS, garantindo que todos os dados e procedimentos sejam corretamente registrados.
- Relatórios gerenciais e de controle para acompanhamento das faturas emitidas, pendentes e corrigidas, de forma a otimizar os fluxos de recursos.
- Minimização de glosas e inconsistências, identificando erros e providenciando correções para garantir o recebimento integral pelos serviços realizados.
- Organização e armazenamento adequado dos registros de faturamento, assegurando que toda documentação esteja disponível para auditorias e controles legais por pelo menos cinco anos.

- Integração efetiva com os demais setores da Policlínica, facilitando o fluxo de informações desde a chegada do paciente até o momento de sua alta, garantindo que todos os serviços sejam documentados e faturados de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo SUS.
- Controle rigoroso dos recursos públicos, assegurando a conformidade com as normativas do SUS e o uso eficiente dos recursos destinados à saúde pública.

Rotinas e Processos de Faturamento de Procedimentos Ambulatoriais e de Média Complexidade

I. Recebimento dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA)

A Unidade de Faturamento é responsável pelo recebimento diário dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) devidamente preenchidos, assinados e carimbados pelos profissionais de saúde. É fundamental que qualquer inconsistência ou erro seja imediatamente identificado e o documento devolvido para correção, assegurando a conformidade com as exigências do SUS.

II. Conferência e Digitação dos BPA

- Após o recebimento, os BPA são comparados com as agendas de atendimento ambulatorial para assegurar que os serviços prestados foram devidamente registrados.
- A produtividade registrada nos BPA é então inserida no Sistema de Gestão Hospitalar, dividida em BPA Consolidado (procedimentos em volume) e BPA Individualizado (procedimentos detalhados por paciente).

III. Consolidação e Exportação de Produções

- Todos os dados de produção digitados são consolidados e preparados para exportação, conforme as diretrizes do SUS, para serem enviados à Secretaria Estadual de Saúde.
- O setor de faturamento deve assegurar que todos os procedimentos realizados estejam corretamente documentados e incluídos nos relatórios de produção antes da exportação dos dados.

IV. Emissão de Relatórios Gerenciais

- Relatórios de conferência são gerados após a consolidação dos dados, permitindo à Unidade de Faturamento detectar possíveis erros ou omissões.
- Estes relatórios são cruciais para garantir que os procedimentos sejam faturados corretamente, evitando glosas e perdas financeiras.

V. Envio e Acompanhamento dos Arquivos de Exportação

- Os arquivos de exportação são enviados à Secretaria Estadual de Saúde, e a Unidade de Faturamento acompanha o processamento e validação dos dados.
- Após o processamento, é gerado o Relatório de Glosas, onde as inconsistências detectadas devem ser analisadas e corrigidas para reapresentação no mês subsequente.

VI. Monitoramento de Altas e Auditoria de Prontuários

- O setor de faturamento realiza o monitoramento diário das altas, solicitando os prontuários dos pacientes e realizando auditoria dos documentos.
- Durante a auditoria, é verificada a conformidade de todos os registros (solicitações de exames, laudos, assinaturas, evoluções), e as não-conformidades são encaminhadas ao setor responsável para correção antes do processamento da fatura.

VII. Reprocessamento de Contas Glosadas

- Após o recebimento do Relatório de Glosas, o setor de faturamento deve reprocessar as contas glosadas, identificando e corrigindo as falhas para reapresentação.
- O controle rigoroso das glosas garante que a Policlínica minimize perdas financeiras e maximize a recuperação de valores devidos pelos procedimentos realizados.

Especificidades do Faturamento de Média Complexidade para o SUS

Como a Policlínica oferece atendimento ambulatorial de média complexidade, todos os procedimentos seguem as normas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e utilizam a Classificação Brasileira de Procedimentos do SUS (CBHPM).

A correta categorização dos procedimentos no sistema TUSS (Terminologia Unificada de Saúde Suplementar) é essencial para garantir o faturamento correto de cada serviço. Isso inclui a padronização dos códigos e o registro preciso das atividades realizadas, assegurando que os serviços prestados estejam em conformidade com as diretrizes e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Monitoramento das Altas e Auditoria de Prontuário

- A Unidade de Faturamento acompanhará diariamente as altas dos pacientes por meio do Relatório Gerencial de Altas.
- A equipe do faturamento solicitará diariamente à equipe de enfermagem de cada setor do ambulatório os prontuários dos pacientes que tiveram alta.
- A equipe de faturamento realizará a auditoria dos prontuários, verificando a existência de não-conformidades, como:
    - Falta de solicitações de exames,
    - Laudos incompletos,
    - Ausência de assinaturas e carimbos,
    - Falta de evolução médica e de enfermagem.
    - Todas as não-conformidades encontradas serão registradas e informadas ao responsável pelo setor para as devidas correções. Posteriormente, os prontuários

corrigidos serão encaminhados ao setor de faturamento para o processamento adequado.

Recebimento dos Prontuários

A Unidade de Faturamento receberá todos os prontuários auditados previamente em suas unidades de origem, devidamente protocolados. O recebimento será registrado e comparado com o Relatório de Altas, e quaisquer prontuários que apresentarem não-conformidades serão devolvidos para correção.

Auditoria dos Prontuários

Na Unidade de Faturamento, os prontuários recebidos passarão por uma análise detalhada. Durante essa auditoria, será verificado se:

- Os procedimentos indicados estão corretos,
- Todos os procedimentos realizados estão explicitados,
- Outros aspectos pertinentes ao prontuário estão devidamente documentados.
- Caso seja detectada alguma não-conformidade, será solicitada a sua correção pelo setor de origem antes de ser encaminhado para o faturamento final.

Envio das Contas para Recebimento dos Números das AIH e Digitação no Sistema

A Unidade de Faturamento encaminhará os laudos das contas médicas à Secretaria Estadual de Saúde para a liberação das respectivas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH).

Uma vez recebidos os números das AIH, os faturistas procederão com a inserção dos mesmos no Sistema de Gestão, realizando o processamento das contas.

Fechamento do Faturamento, Conferência Prévia e Emissão de Relatórios

Após o processamento das contas, será feito o fechamento do faturamento mensal. Nesta etapa, é fundamental uma última conferência para avaliar a coerência das informações e corrigir eventuais erros. Concluída a conferência, a Unidade de Faturamento emitirá todos os relatórios administrativos, gerenciais e estatísticos exigidos pela Secretaria de Saúde. Neste momento, também são gerados os arquivos de exportação para processamento do faturamento pelo órgão gestor.

Acompanhamento do Relatório de Glosas

A Unidade de Faturamento deverá acompanhar os relatórios de glosas emitidos pela Secretaria Estadual de Saúde e proceder com o reprocessamento das contas no mês

subsequente. Este acompanhamento é essencial para evitar perdas financeiras irreversíveis por parte do ambulatório, garantindo que todas as glosas sejam corrigidas e devidamente processadas.

Formulários imprescindíveis ao setor de Faturamento do POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS :

Figura 31 - BPA – C

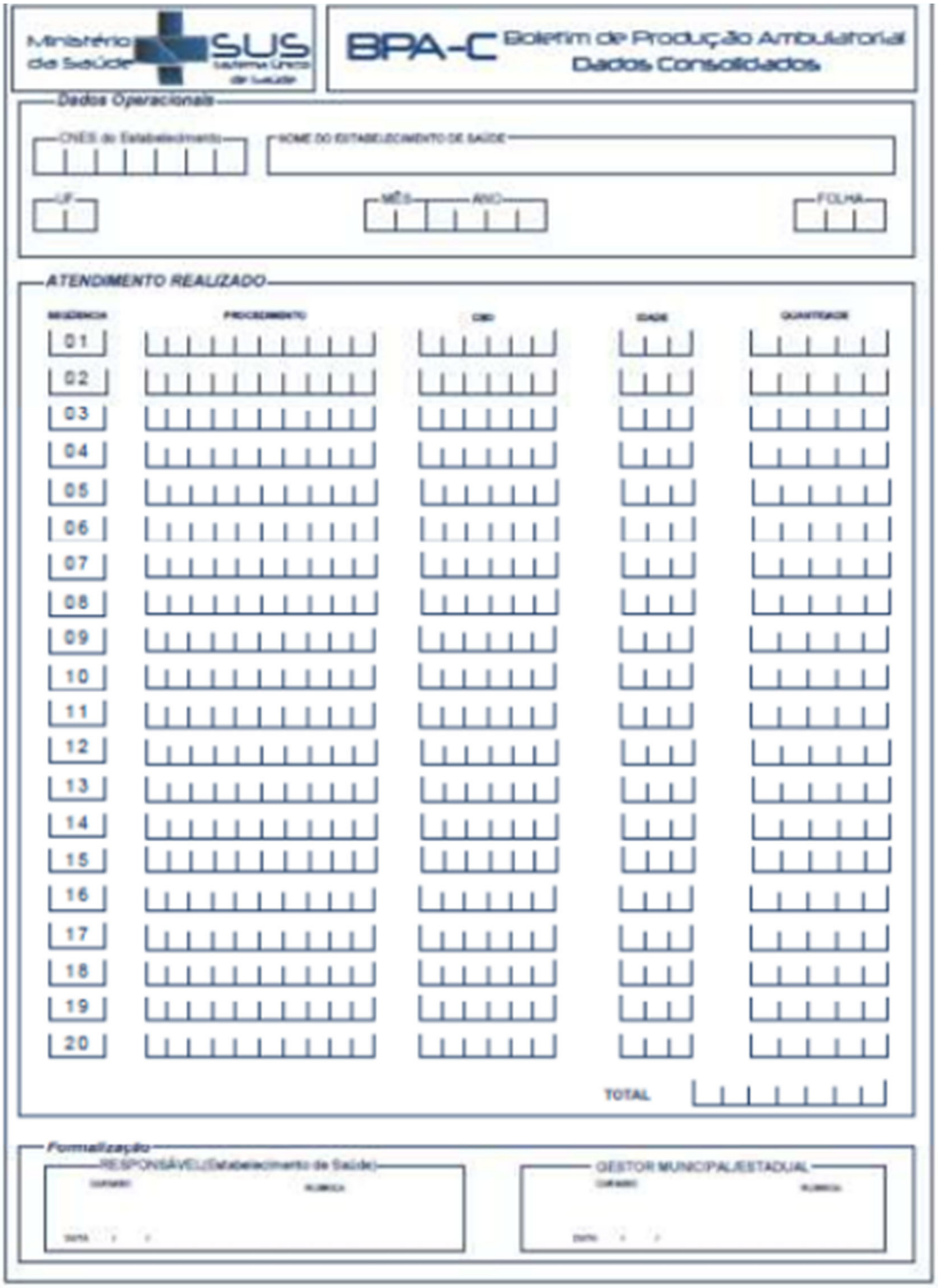
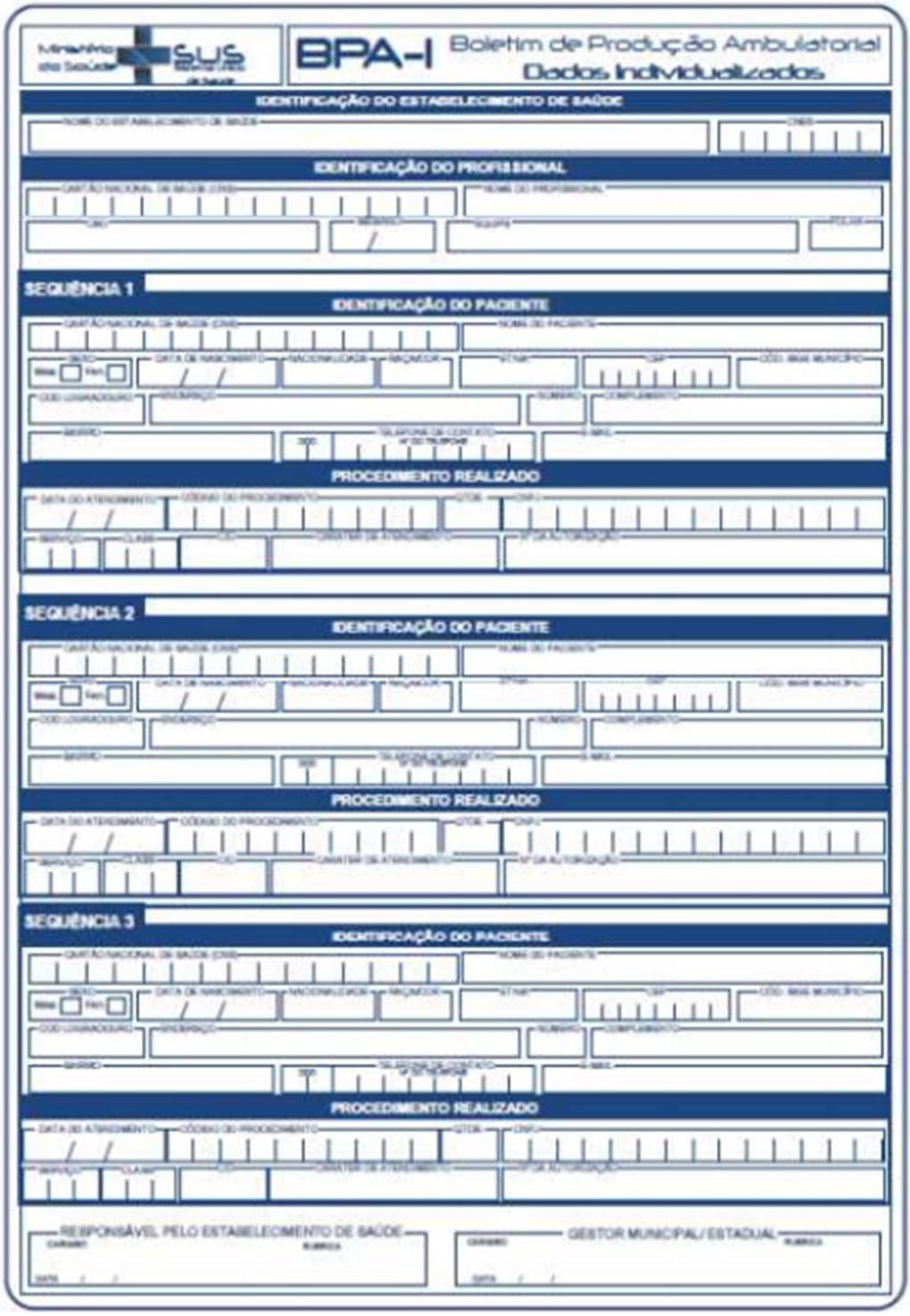
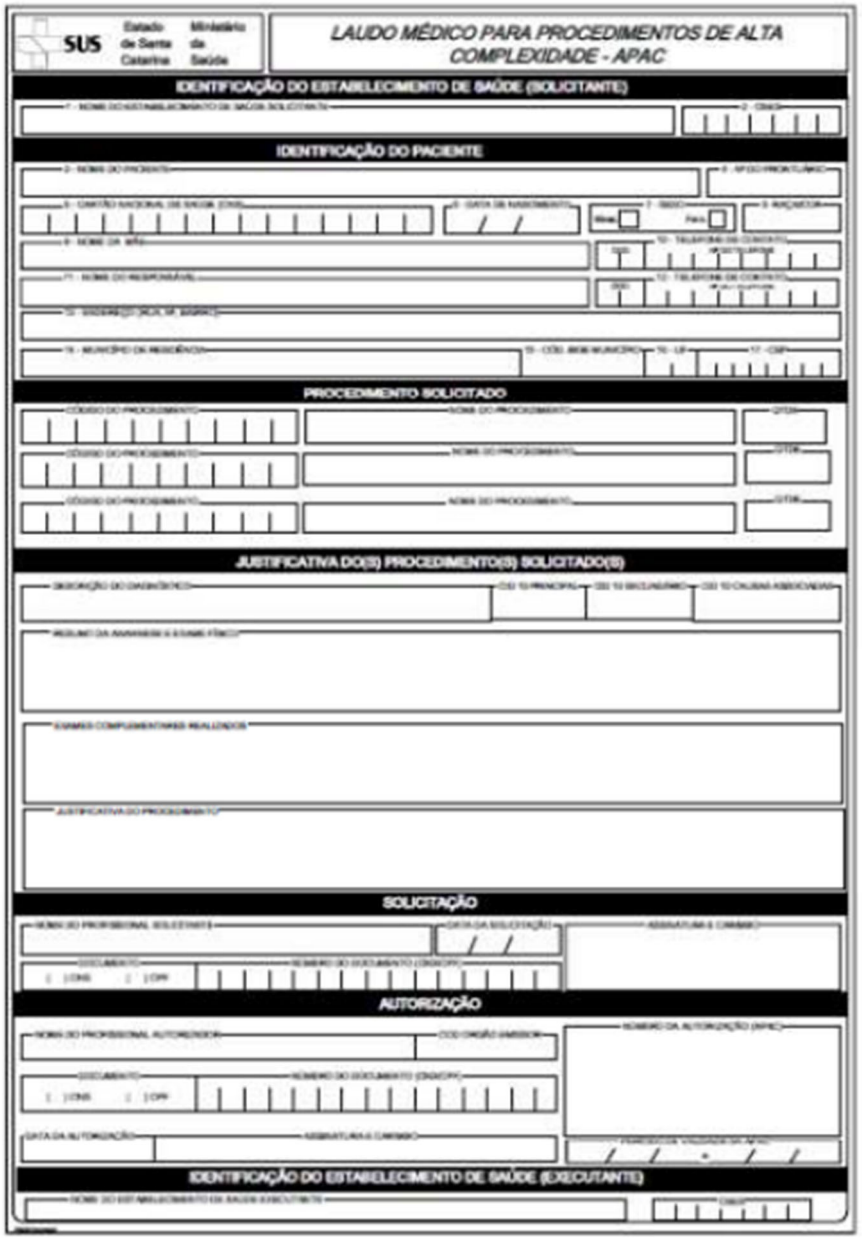


Figura 32 -


BPA-I
Boletim de Produção Ambulatorial
Dados Individualizados
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL
SEQUÊNCIA 1
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
PROCEDIMENTO REALIZADO
SEQUÊNCIA 2
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
PROCEDIMENTO REALIZADO
SEQUÊNCIA 3
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
PROCEDIMENTO REALIZADO
RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL

BPA – I

Figura 33 - APAC



7.6.3. Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio

Almoxarifado

A importância da atividade do setor de suprimentos de uma unidade de saúde exerce papel primordial para a manutenção da qualidade do atendimento prestado ao cliente, exercendo

influência direta no trabalho da equipe assistencial. Isso denota a primeira função da atividade de administração de recursos materiais e patrimoniais – o atendimento às necessidades de materiais, medicamentos e bens patrimoniais dos clientes internos (equipe assistencial) e dos clientes externos (pacientes).

É com esta visão estratégica que os gestores do serviço de almoxarifado do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ,** deverá desenvolver suas atividades, com a continuidade operacional da organização e ao mesmo tempo com a manutenção de todo o sistema da unidade de saúde, pois não adiantará ter um estoque repleto de materiais e medicamentos, e não ter dinheiro em caixa para comprar um antibiótico ou consertar uma autoclave, por exemplo.

Assim, o almoxarifado do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** terá por finalidade o recebimento, físico e contábil de todos os materiais adquiridos pela área de compras; a estocagem e a distribuição de materiais de higiene/limpeza, material de expediente, material de manutenção e alimentação. Estará subordinado à Coordenação de Materiais e Compras, que por sua vez está subordinada a Diretoria de Administração e Finanças.

Para obtenção de maior produtividade, maior segurança nas operações de controle e rapidez no atendimento aos usuários do serviço, o almoxarifado deverá obedecer aos seguintes critérios:

- ✓ Possuir sistema informatizado para gerenciamento de estoque;
- ✓ Manter sintonia com o setor de compras particularmente quando da chegada dos materiais;
- ✓ Manter o controle dos estoques em termo de quantidade e valor, minimização das perdas por deterioração dos materiais e por desvio de materiais;
- ✓ Manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e estado dos materiais estocados;
- ✓ Identificar e retirar do estoque os itens obsoletos;
- ✓ Determinar o volume necessário de estoque para um determinado período;
- ✓ Possuir alto grau de flexibilidade do arranjo físico e utilização adequada do espaço;
- ✓ Redução da necessidade de equipamentos de movimentação de materiais;
- ✓ Garantir os requisitos mínimos de segurança individual e coletiva.

Objetivos do Almoxarifado:

- ✓ Organizar e controlar todo o recebimento, físico e contábil de todos os materiais adquiridos pela área de compras, além da estocagem e a distribuição de materiais de em geral, necessários a todas as atividades do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;**
- ✓ Estabelecer um conceito bem definido de logística hospitalar, necessário para melhor

compreensão do fluxo contínuo dos materiais, as relações tempo-estoque na produção e na prestação do serviço;

- ✓ Apoiar firmemente cada fase do sistema gestão de serviços de saúde, com um máximo de eficiência, através da coordenação de suprimentos, produção, embalagem e transporte de suprimentos.

A logística proposta para obtenção dos objetivos se constitui pelo planejamento de materiais, compras, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, farmácias, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento. A gestão é iniciada na rede de fornecimento e finalizada após o descarte/uso do material ou medicamento.

A Gerência de almoxarifado deverá abranger os setores:

1. Recepção, armazenamento e expedição de produtos farmacêuticos;
2. Recepção, armazenamento e expedição de materiais e equipamentos.

A seguir descreveremos o passo a passo de como deve se concretizar os processos de Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição dos materiais no ambulatório:

AQUISIÇÃO:

Toda aquisição de materiais de consumo, de bens, obras e de serviços no **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** obedecerá aos princípios básicos de impessoalidade, moralidade, economicidade, eficiência e qualidade, tendo em vista a sua adequação às finalidades dos bens e serviços necessários ao cumprimento da missão da Unidade.

O Setor de Compras estabelecerá as Normas e Procedimentos para a aquisição qualificada de bens e serviços visando assegurar a sua contínua provisão de forma a atender às necessidades do POLICLÍNICA no desempenho de suas atividades, com a utilização de recursos oriundos do Contrato de Gestão e próprios, respeitando as diretrizes da administração pública.

Estas normas primam pela agilidade na gerência destes recursos materiais, recurso fundamental para a melhor atenção ao usuário com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida.

O modelo a ser adotado buscará a modernidade, a eficiência e a redução dos custos, conforme as necessidades programadas, obedecendo a critérios para a contratação de pessoal e aquisição de medicamentos e insumos de saúde que serão acompanhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Quirinópolis que irá regular fiscalizar e controlar a atividade assumida pelo CGI.

Diretrizes do Processo de Compras:

1. As compras programadas são realizadas pelo setor de compras da Unidade;
2. As solicitações de medicamentos não padronizados são efetuadas com a prévia autorização do Diretor Geral da Unidade;

3. Todas as solicitações de compras para aquisição de produtos que não se enquadrem como estoque, são autorizadas pelos responsáveis do respectivo setor antes de serem encaminhadas ao setor de Compras;
4. Toda e qualquer compra de Bem Patrimonial, independente do seu valor unitário, é autorizada pela Direção Geral da Unidade.

Qualificação de fornecedores:

A qualificação dos fornecedores e a execução do procedimento de compras será de responsabilidade do setor de compras, subordinado à diretoria de administração e finanças da unidade e a coordenação administrativa.

Qualificação de fornecedores de produtos e insumos:

Somente realizará compras de produtos e insumos em geral de empresas previamente cadastradas no sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, salvo as exceções previstas neste regulamento. Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer produtos e insumos para a Unidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

1. Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
2. Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
3. Registro na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária para empresas fornecedoras de medicamentos e OPM;
4. 3 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus produtos;
5. Comprovação de que não possui pendências quanto à entrega de produtos e insumos, por meio da apresentação de certidão "nada consta" expedida pelo almoxarifado e pela farmácia da Unidade.
6. Após a apresentação dos documentos previstos no item acima, o fornecedor será cadastrado no sistema informatizado de gestão de Serviços de Saúde integrado e estará apto a participar dos processos de aquisição de produtos e insumos.

Qualificação de fornecedores serviços em geral e obras construção civil:

Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer serviços em geral e de obras de construção civil para a Unidade, deverão ser exigidos os seguintes documentos:

1. Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria

da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;

2. Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
3. Comprovante de qualificação do responsável técnico perante o respectivo órgão profissional competente, bem como o comprovante de quitação da anuidade em vigor;
4. 3 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus serviços.

Observação: O cadastramento de empresas como fornecedoras de serviços em geral e obras de construção civil poderá se dar previamente, ou durante o processo de seleção e contratação dos respectivos serviços.

PROCEDIMENTO DE AQUISIÇÃO DE PRODUTOS OU INSUMOS

Procedimento ordinário de aquisição:

- ✓ As compras de produtos ou insumos utilizados na policlínica serão realizadas, em regra, mensalmente para o atendimento de uma demanda estimada de 30 (trinta) dias. Poderá haver variações nesse prazo a depender da demanda dos serviços prestados e dos níveis de estoque de cada produto;
- ✓ Após a identificação da necessidade de aquisição de determinado(s) produto(s) pelo sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, ou pelo respectivo centro de custo, o setor de Compras preparará uma lista dos produtos e insumos que se pretende adquirir, contendo as suas especificações, as quantidades desejadas, bem como o respectivo código do produto.
- ✓ A lista de produtos referida acima, deverá ser enviada por meio físico, digital (e-mail) ou por fac-símile, para pelo menos 3 (três) fornecedores previamente cadastrados, com a indicação de data e hora para que as propostas de preço, prazo de pagamento e entrega, sejam apresentadas à Unidade.
- ✓ Até a data e hora previamente designadas, os fornecedores deverão entregar por meio físico, digital (e-mail) ou por fac-símile, suas propostas, contendo os preços, prazos de pagamento e entrega, devendo obrigatoriamente constar ao lado de cada produto o respectivo código previamente informado pela Unidade.
- ✓ Recebidas as propostas de preços de cada fornecedor, os preços, prazos de entrega e de pagamento serão lançados no Sistema Informatizado de Gestão de Serviços de Saúde, que automaticamente designará qual o fornecedor que apresentou o melhor preço por cada item.

Em caso de empate de preços por item, o responsável pela análise das propostas utilizará os seguintes critérios de desempate:

1. Prazo de pagamento mais longo;
2. Prazo de entrega mais curto.

- ✓ Se o nível de estoque de cada produto estiver abaixo do desejável, o critério de desempate poderá ser invertido para dar prioridade ao prazo de entrega mais curto;
- ✓ O fornecedor que apresentou o melhor preço para determinado item só não será declarado vencedor da tomada de preços, caso o produto por ele apresentado não seja considerado tecnicamente adequado para utilização pela Unidade, fato que deverá ser justificado por parecer técnico firmado pelo setor responsável pela sua utilização e aprovado pela Diretoria Geral;
- ✓ Resolvidos os empates e demais questões que envolvam a análise de preços, o sistema informatizado de gestão Hospitalar integrado, gera as respectivas "Ordens de Compras" para os fornecedores que tiverem apresentado a melhor proposta em cada item. Em seguida, uma via da Ordem de Compra é enviada ao fornecedor e outra via é enviada para o Almoxarifado ou Farmácia, conforme a natureza do produto adquirido. Estes setores deverão acompanhar a entrega dos produtos e gerar relatórios de atrasos e não atendimento, caso os respectivos fornecedores deixem de atender ao prazo de entrega previamente estabelecido nas propostas;
- ✓ Após o recebimento dos produtos pelo Almoxarifado e/ou Farmácia da Unidade e devidamente conferidas as suas características e atestada a sua conformidade com o pedido, as notas fiscais serão enviadas ao setor Financeiro para programar o pagamento.

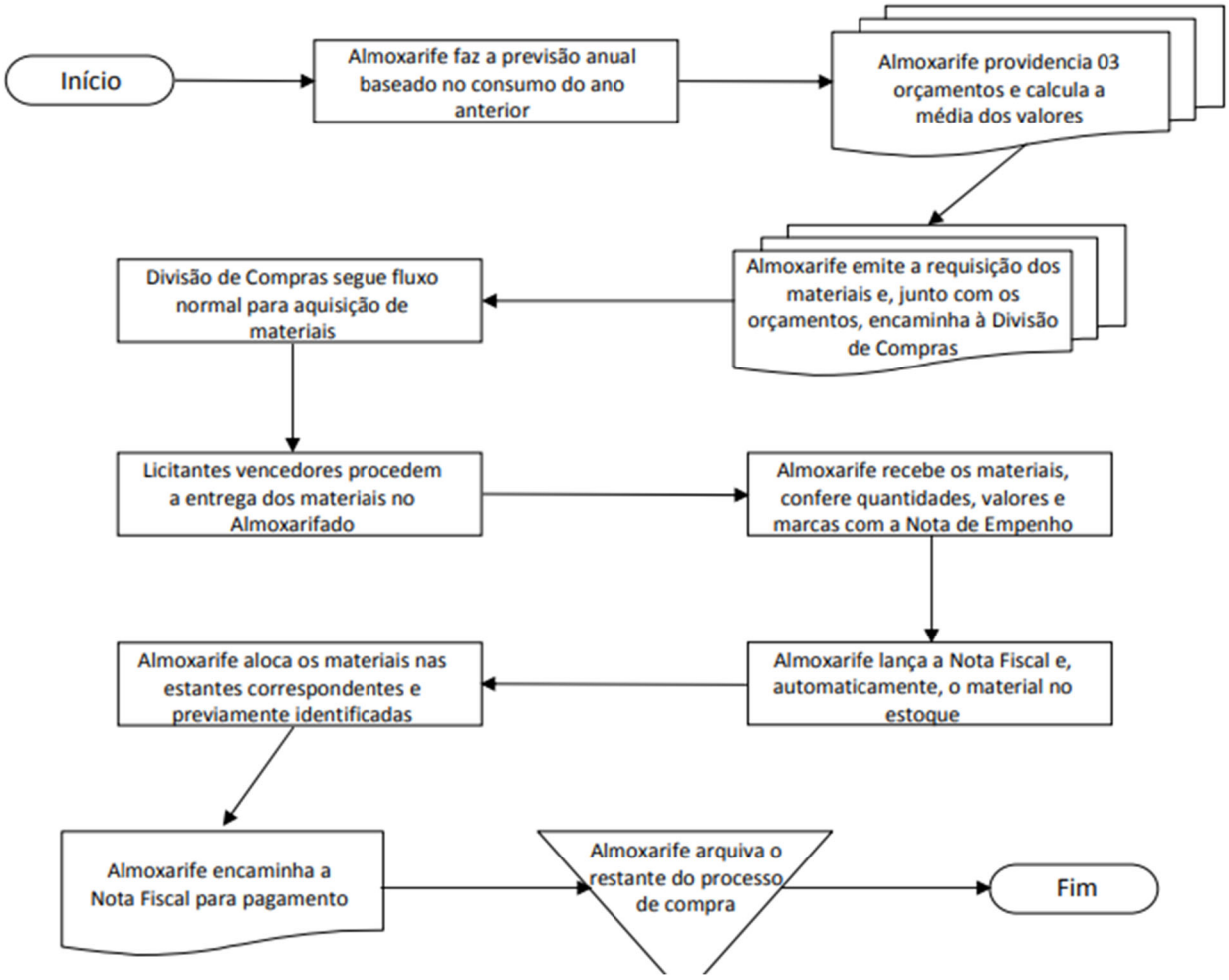
<u>Procedimento excepcional de aquisições:</u>

- ✓ Excepcionalmente, em casos de justificada urgência, nas hipóteses em que tecnicamente não se justifique a competição, na hipótese de comprovadamente não haver mais de um interessado no fornecimento do produto ou serviço, ou para produtos de valor inferior a R$ 10.000,00 (dez mil reais), o setor de Compras poderá dispensar o procedimento ordinário previsto acima;
- ✓ Para a realização de compras em caráter de urgência, devidamente justificado, e para as compras com valor global inferior a R$ 5.000,00

(cinco mil reais), o setor de Compras poderá adotar procedimento simples de aquisição direta de fornecedores já cadastrados na Unidade;

- ✓ Nas hipóteses de aquisição de produtos ou insumos que sejam fornecidos por um só fornecedor, ou cujas especificações técnicas indiquem a conveniência da aquisição direta de determinada empresa, o processo de compra deverá ser instruído com cópia de parecer técnico e autorização expressa do Diretor Geral e do gestor da respectiva área que se pretende atender, e a aquisição poderá se dar por negociação direta com o respectivo fornecedor.

Figura 34 - Rotina Para Aquisição De Materiais



Recebimento:

- ✓ Recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais

destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- ✓ Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- ✓ Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- ✓ Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- ✓ Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- ✓ Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- ✓ Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- ✓ Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- ✓ Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento na POLICLÍNICA abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreenderá quatro:

1. Entrada de materiais;
2. Conferência quantitativa;
3. Conferência qualitativa;
4. Regularização.

<u>Entrada de Materiais:</u>

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- ✓ A recepção dos veículos transportadores;
- ✓ A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- ✓ Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- ✓ Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- ✓ Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- ✓ Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de

Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

Conferência Quantitativa:

É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Conferência Qualitativa:

- Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

Regularização:

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- ✓ Liberação de pagamento ao fornecedor;
- ✓ Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;

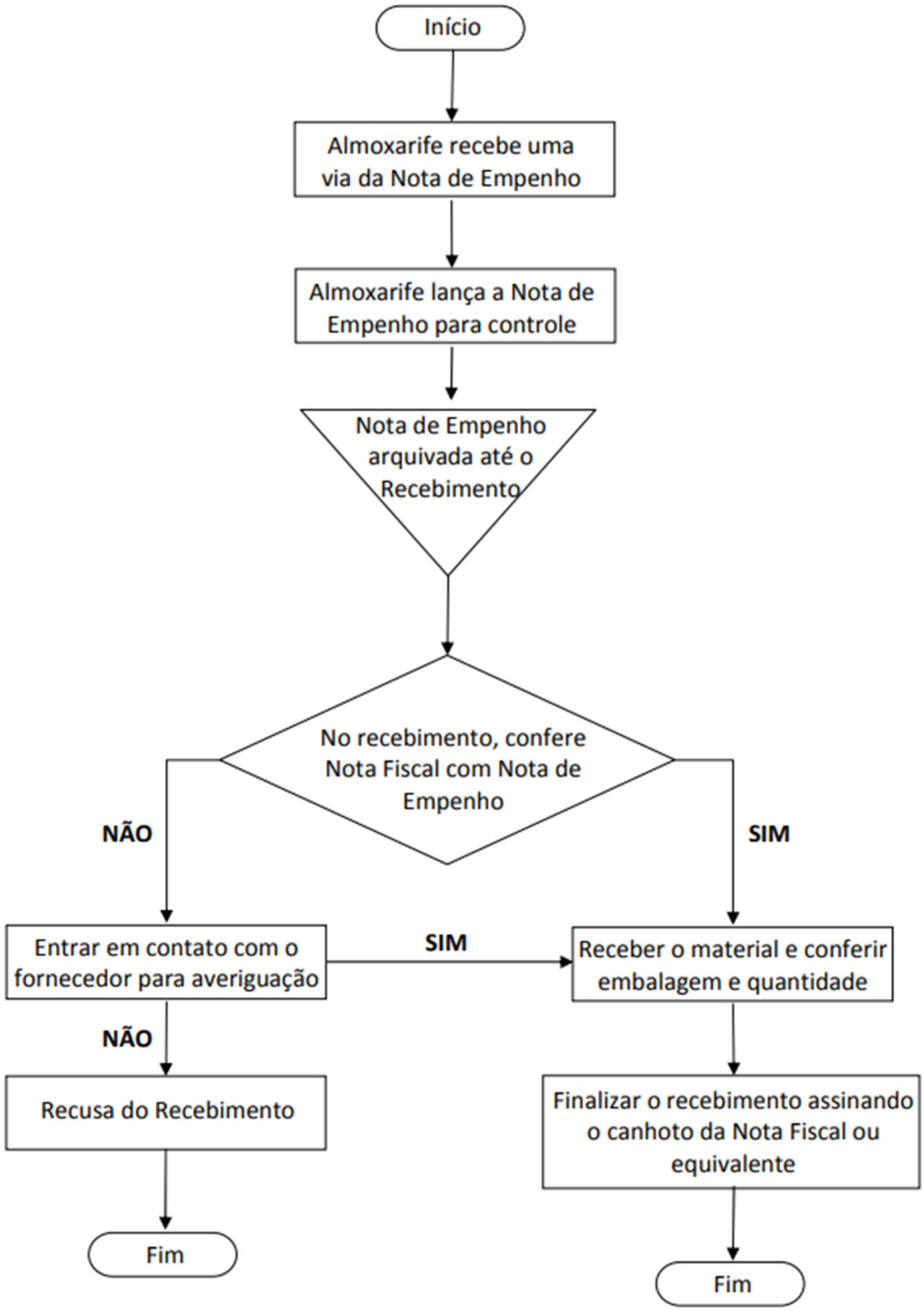
- ✓ Devolução de material ao fornecedor;
- ✓ Reclamação de falta ao fornecedor;
- ✓ Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- ✓ Nota Fiscal;
- ✓ Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- ✓ Documento de contagem efetuada;
- ✓ Relatório técnico da inspeção;
- ✓ Especificação de compra;
- ✓ Catálogos técnicos;
- ✓ Desenhos.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

Figura 35 - Rotina Para Recebimento De Materiais



GUARDA / ARMAZENAGEM:

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado da POLICLÍNICA obedecerá a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- ✓ Verificação das condições de recebimento do material;
- ✓ Identificação do material;
- ✓ Guarda na localização adotada;
- ✓ Informação da localização física de guarda;
- ✓ Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- ✓ Separação para distribuição.

Alguns cuidados serão tomados durante o projeto do layout do Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

- ✓ Máxima utilização do espaço;
- ✓ Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
- ✓ Pronto acesso a todos os itens;
- ✓ Máxima proteção aos itens estocados;
- ✓ Boa organização;
- ✓ Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto do Almoxarifado serão verificados os seguintes aspectos:

- ✓ Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- ✓ Corredores (facilidades de acesso);
- ✓ Portas de acesso (altura, largura);
- ✓ Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- ✓ Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, serão analisados, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Utilizaremos uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado,

facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife será o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

DISTRIBUIÇÃO:

A distribuição dos materiais estocados será realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos da policlínica e será por meio de requisição específica – FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO DE MATERIAIS.

7.6.4. Proposta de manual de rotinas para Administração Financeira

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se a gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos serviços de: faturamento, orçamento e custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas institucionais para a realização dos trabalhos.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência Contábil e Financeira está subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira, responsável pela gestão dos Serviços de Contas a Pagar e Receber, Tesouraria e Contabilidade, observando normas e diretrizes para a realização dos trabalhos conforme abaixo:

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO				
	FINANCEIRO				
	Código: POP.FIN.001	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 00	Página: 387 de 11

Objetivo

Definir as rotinas de trabalho do Departamento Financeiro bem como os processos inerentes às contas a pagar, conciliação bancária, fechamento para fins contábeis e fechamento aos órgãos fiscalizadores.

Aplicação

Este procedimento aplica-se à **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .**

Definições

- CONTAS A PAGAR: o pagamento de títulos (duplicatas, boletos bancários e outros títulos de crédito ou de recebimento a vista), corresponde a compra de serviços profissionais, produtos, mão de obra, salários, bem como toda a estrutura operacional da organização.
- CONCILIAÇÃO BANCÁRIA: comparação do saldo de uma conta bancária de movimento com uma informação externa à contabilidade (extrato bancário), de maneira que se possa ter certeza quanto à exatidão do saldo em análise, em determinada data.
- FECHAMENTO PARA FINS CONTÁBEIS E ÓRGÃOS FISCALIZADORES: o envio de todos os documentos que tiveram ou terão algum impacto financeiro e patrimonial da organização, sejam eles comprovantes de gastos e receitas, contratos futuros, processos judiciais, notas fiscais, extratos bancários, movimento fiscal.

Descrição Detalhada das Atividades

CONTAS A PAGAR

Recebimento de Faturas, Notas Fiscais e reembolso para pagamento

- O responsável pelos departamentos envolvidos deve enviar os documentos semanalmente para o Departamento Financeiro devidamente protocolado, na segunda-feira e quinta-feira respeitando os prazos estabelecidos. As notas fiscais devem ser entregues com data de emissão dentro da mesma competência.
- Após o recebimento das notas fiscais e reembolsos, o colaborador responsável pelo recebimento deve analisar os dados da nota fiscal, conferindo CNPJ, razão social, data do pagamento, valor, solicitação de compra da área requerente, pedido de compra emitido ao fornecedor vencedor do processo de compra, necessário organizar os documentos com boletos grampeados ou enviar a folha de rosto com os dados bancários.
- O colaborador responsável pelo Departamento Financeiro deve retirar as certidões necessárias para o processo de pagamento, para os fornecedores de produtos que são as seguintes certidões: (Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União; Consulta de Regularidade do FGTS – CRF; Certidão de Débitos – SEFAZ; Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT; Certidão de processos em andamento – 18° Região) e para os Prestadores de Serviços deve retirar as seguintes certidões (Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União; Consulta de Regularidade do FGTS – CRF; Certidão de Débitos – SEFAZ; Certidão Negativa de Débitos

Trabalhistas – CNDT; Certidão de processos em andamento – 18° Região; Certidão Negativa de Débitos do Município – ISSQN,TAXAS).

Nota: A nota fiscal que enviar ao financeiro e não estiver com boleto bancário ou dados bancários no corpo da mesma, será devolvida ao responsável. Não será aceito documento não fiscal, como: Orçamento, pedido, etc.

Em relação às contas de serviços públicos (água, energia elétrica, telefone e internet), o financeiro é o responsável para monitorar a chegada dessas despesas e necessário devem ser retiradas após o fechamento mensal no site de cada concessionária e em relação as notas de prestação de serviços, o financeiro é o responsável para monitorar a chegada dessas notas.

Todas as notas fiscais, faturas e reembolsos devem ser encaminhadas devidamente carimbadas pelo gestor da unidade, se necessário, contendo centro de custo e natureza de despesa, e assinadas pelo responsável da área.

Os pagamentos de última hora, fora dos padrões do CGI serão devolvidos, e o responsável arcará com as multas ou juros.

Todas as pendências relacionadas a pagamentos de fornecedores, necessário registrar o assunto via e-mail e as soluções serão repassadas até no máximo no próximo dia.

Incluir lançamentos de contas a pagar

Após a conferência dos documentos fazer os lançamentos no sistema no módulo Administração, Contas a Pagar, Incluir. O responsável pela entrada do documento no sistema deverá cumprir o prazo mínimo entre a **data** da entrada do documento, e a data do vencimento, caso o prazo mínimo não puder ser respeitado, devolver o documento ao departamento responsável, solicitando uma nova data do vencimento.

Se necessário cadastrar no sistema os fornecedores novos com todos os dados pertinentes, como nome completo, endereço, telefone, CNPJ, nº de conta corrente para pagamento e eventual consulta, no modulo Administração, Fornecedores, incluir.

O colaborador responsável pelo lançamento deve conferir os lançamentos e anexar a nota fiscal original juntamente com o boleto ou dados para depósito e despachar com a Diretoria

Após aprovação da Direção, o colaborador responsável pelo Departamento Financeiro deve gerar o relatório de Contas a Pagar e conferir com a nota fiscal física, após a conferencia enviar semanalmente os documentos físicos para o Financeiro Corporativo para programação do pagamento.

Lançar as baixas de títulos pagos no sistema.

Após a unidade receber os comprovantes de pagamentos efetivados devem efetuar a realização da baixa no sistema, através do modulo Administração, contas a pagar, incluir baixa. O responsável deve se atentar se os títulos têm juros ou desconto para informar no sistema, em caso de pagamento de fornecedores em atraso, lançam-se os juros de mora juntamente com a liquidação do título em questão. Posterior a realização da baixa, deve retirar um relatório de títulos pagos do dia especifico e organizar os títulos pagos em pasta perfurada na mesma ordem do relatório de títulos pagos e separar para arquivamento.

Nota: O relatório e os títulos pagos devem conter as mesmas informações, caso houver divergências tipo: Títulos pagos que não estão relacionados no relatório ou Títulos pagos que estão relacionados no relatório mais não contem o documento com o comprovante de pagamento, deve imediatamente conferir todas as informações, não estando autorizado a arquivar sem a devida correção

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA

Após efetuado a baixa o colaborador responsável pelo Departamento Financeiro deve fazer a conciliação no sistema, através do modulo Administração, Bancário, Controle Bancário

A conferência da conciliação deve ser feita comparando e conciliando os lançamentos do extrato do dia anterior, (Créditos e Débitos) com as baixas do Contas a Receber e Contas a Pagar. Toda a movimentação que ocorrer no extrato deve ser feito o seu lançamento no sistema na devida empresa, data e banco, não podendo haver movimentações sem baixas, ou baixas sem movimentações no extrato. A cada conta conciliada é necessário retirar o extrato bancário no sistema no modulo Administração, Relatórios, Movimento Bancário.

FECHAMENTO PARA FINS CONTÁBIL

O responsável pelo Departamento Financeiro deve enviar por e-mail semanalmente a "Sexta Feira" para a Contabilidade e para o Departamento de Custos as cópias de Notas Fiscais da semana, junto com a planilha discriminada dos serviços.

FECHAMENTO ÓRGÃOS FISCALIZADORES

O responsável pelo Departamento Financeiro deve enviar mensalmente até o dia 10 de cada mês a AGR - Agência Regulação, Controle e Fiscalização de Serviços Públicos com cópia

para a Diretoria as cópias de todas as Notas Fiscais junto com os comprovantes de pagamento do mês.

DESCRIÇÃO DE MATERIAIS

- ✓ Materiais de escritório;
- ✓ Computador;
- ✓ Impressora;
- ✓ Internet Bank;
- ✓ E-mail;
- ✓ Planilhas.

RESPONSABILIDADES

Atividade	Responsabilidade	Autoridade
Contas a Pagar	Colaborador Departamento Financeiro	Gerente Financeiro
Conciliação Bancária	Colaborador Departamento Financeiro	Gerente Financeiro
Fechamento para fins contábil	Colaborador Departamento Financeiro	Gerente Financeiro
Fechamento órgãos fiscalizadores	Colaborador Departamento Financeiro	Gerente Financeiro

QUANDO EXECUTAR

A atividade deve ser executada diariamente, respeitando os prazos para as execuções das tarefas.

REGISTROS

- FOR.FIN.001 - Movimento financeiro;
- FOR.FIN.002 - Relações de notas fiscais enviadas a setores de custos e contabilidade;
- FOR.FIN.003 - Folhas de rosto – dados bancários;
- FOR.FIN.004 - Notas enviadas para pagamentos;
- OR.FIN.005 - Gestões de contratos;
- FOR.FIN.006 - Solicitações de reembolso de despesas.

AÇÕES DE NÃO CONFORMIDADE

Ao identificar uma não conformidade deve-se fazer uma ação para eliminar essa não conformidade, podendo ou não ser realizada em conjunto com uma ação corretiva. A correção pode ser uma reclassificação, um trabalho ou um reparo.

A função da estrutura estabelecida para o fluxo das atividades a serem exercidas pela área de contas a pagar, além de realizar as ações de pagamento, envolve a produção de relatórios, desenvolvimento operacional para sugestão de melhorias e mudanças, a gestão do pessoal da área, o controle documental com o arquivamento de todos os documentos movimentados nas ações destinadas à área de informações, o desenvolvimento de rotinas e processos e o atendimento à Diretoria Administrativa Financeira.

FOLHA DE ROSTO	DADOS BANCARIOS
FORNECEDOR	BANCO
CNPJ	AGENCIA
NOTA FISCAL	CONTA CORRENTE
PARCELA	
VALOR	
VENCIMENTO	

7.7.Incremento de Atividades

7.7.1. Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais

7.7.1.1. Proposta de Implementação da Estrutura de Controle Interno para a Gestão de Unidades de Saúde no Centro de Gestão Integrada (CGI)

I. Introdução

O presente projeto visa a criação e implementação de uma estrutura robusta de controle interno no Centro de Gestão Integrada (CGI), em conformidade com a Lei nº 13.019/2014 (Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil), para otimizar a gestão das unidades de saúde sob sua responsabilidade. O CGI, com 25 anos de atuação, tem como objetivo consolidar suas práticas de governança, transparência e prestação de contas, assegurando a eficiência na execução de políticas públicas de saúde.

II. Objetivos

1. **Objetivo Geral:** Desenvolver e implantar um sistema de controle interno no CGI para garantir a correta aplicação dos recursos, a conformidade com as normas legais e regulatórias, e a prestação de contas eficaz na gestão de unidades de saúde.

2. **Objetivos Específicos:**
    - Estruturar políticas e procedimentos de controle para monitoramento e auditoria de processos internos.
    - Garantir a transparência na execução financeira e orçamentária.
    - Fortalecer os mecanismos de integridade e conformidade para evitar fraudes e desperdícios.
    - Assegurar que os serviços de saúde sejam prestados com qualidade e de acordo com os padrões estabelecidos.

II. Base Legal

A proposta está embasada na Lei nº 13.019/2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, destacando-se o Art. 10 que exige a adoção de padrões de governança e gestão eficientes, incluindo controle interno, e o Art. 58 que trata da responsabilização pela prestação de contas.

IV. Estrutura de Controle Interno

A estrutura de controle interno será composta pelos seguintes componentes:

a. Comitê de Governança e Transparência
- **Composição:** Membros da diretoria do CGI, representantes das unidades de saúde e auditores internos.
- **Função:** Fiscalizar o cumprimento dos objetivos estratégicos da organização, garantir a transparência na aplicação dos recursos e supervisionar os relatórios de auditoria.

b. Núcleo de Auditoria Interna
- **Função:** Realizar auditorias periódicas das unidades de saúde, com foco na conformidade regulatória, eficiência operacional, gestão de riscos e integridade financeira.
- **Responsabilidades:** Elaborar relatórios de auditoria, verificar a execução de contratos, fiscalizar compras e despesas, e avaliar a aplicação de recursos.

c. Sistema de Controle Orçamentário e Financeiro

- **Ferramentas:** Implantação de um software de gestão financeira que possibilite:
  - Controle rigoroso dos fluxos de caixa.
  - Monitoramento contínuo da execução orçamentária.
  - Relatórios financeiros automáticos com indicadores de desempenho.

d. Políticas e Procedimentos de Conformidade (Compliance)

- **Implementação:** Desenvolvimento de um manual de compliance para a gestão das unidades de saúde.
- **Treinamento:** Capacitação contínua de colaboradores em ética, integridade e boas práticas de gestão.
- **Mecanismo de Denúncia:** Criação de um canal de denúncias interno e seguro para reportar irregularidades.

e. Gestão de Riscos e Controle Operacional

- **Mapeamento de Riscos:** Identificação de potenciais riscos operacionais, financeiros e regulatórios nas unidades de saúde.
- **Mitigação:** Definição de planos de ação para minimizar riscos, com revisões trimestrais.
- **Monitoramento:** Avaliação contínua dos resultados dos controles implementados e ajustes conforme necessário.

V. Plano de Implementação

a. Fase 1 – Diagnóstico e Planejamento (3 meses)

- Levantamento das atuais práticas de controle interno e identificação de gaps.
- Definição do plano de ação e criação do comitê de governança.

b. Fase 2 – Capacitação e Infraestrutura (6 meses)

- Aquisição de sistemas de gestão e treinamento da equipe de auditoria e compliance.
- Desenvolvimento do manual de compliance e implementação dos procedimentos operacionais.

c. Fase 3 – Monitoramento e Avaliação (Contínuo)

- Auditorias internas periódicas.
- Relatórios trimestrais para o comitê de governança.
- Acompanhamento de indicadores de desempenho e ajustes nas políticas de controle conforme necessário.

VI. Indicadores de Desempenho

- **Eficiência Financeira:** Percentual de redução de desperdícios e desvios financeiros.
- **Transparência:** Número de relatórios de auditoria disponibilizados publicamente.
- **Qualidade dos Serviços:** Índices de satisfação dos pacientes e profissionais das unidades de saúde.

VII. Resultados Esperados

- Melhoria na governança e transparência do CGI.
- Redução de irregularidades e desperdícios de recursos.
- Maior eficiência e qualidade nos serviços prestados à população nas unidades de saúde.
- Aumento da confiança pública no CGI como gestor de unidades de saúde.

IX. Considerações Finais

Este projeto visa garantir que o CGI mantenha sua excelência na gestão de unidades de saúde, respeitando os princípios de transparência, responsabilidade e eficiência, conforme os requisitos da Lei nº 13.019/2014.

7.7.1.2. Proposta Da Excelência Da Gestão (MEG)

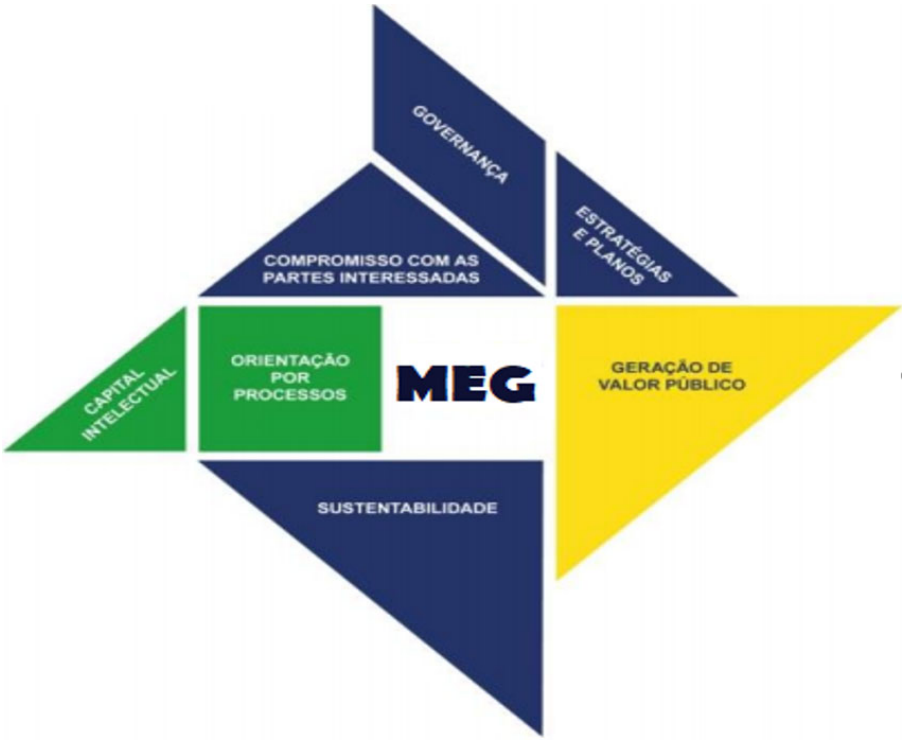
Quando falamos de qualidade devemos focalizar nos processos de gestão dando total prioridade em preservar vidas, dar mais qualidade ao tratamento a pacientes, atenção a familiares e condições dignas para o corpo clínico e de apoio. Tudo isso, com o objetivo maior de elevarmos a condição humana.

Seguindo essa premissa propomos o **Modelo de Excelência da Gestão** (**MEG**) que traz em seu bojo, uma forma consciente de seu papel evolutivo diante dos cenários em constante mudança, voltadas ao aumento da qualidade e da produtividade e ao desenvolvimento da sociedade, tornando assim, uma gestão humanizada e sustentável.

É importante enfatizar que o **CGI** busca permanente a excelência sendo o seu foco de atuação diante dos cenários imprevistos e incontroláveis, no qual estamos em constantes transformações, buscando renovar-se e, até mesmo, reinventar-se, para crescer em cenários adversos e em constante evolução.

O CGI traz como inovação e qualidade a Excelência da Gestão (MEG) como instrumento essencial, voltado ao desenvolvimento da sustentabilidade, ética e inovação nas organizações, e promovendo, anualmente, o mais importante reconhecimento à qualidade dos processos e do desempenho da gestão.

Figura 36 - Modelo de Excelência da Gestão (MEG)



O Modelo de Excelência da Gestão (MEG) baseia-se em oito Fundamentos da Gestão para Excelência, que se desdobram em temas e seus respectivos processos, que, por sua vez, produzem os resultados.

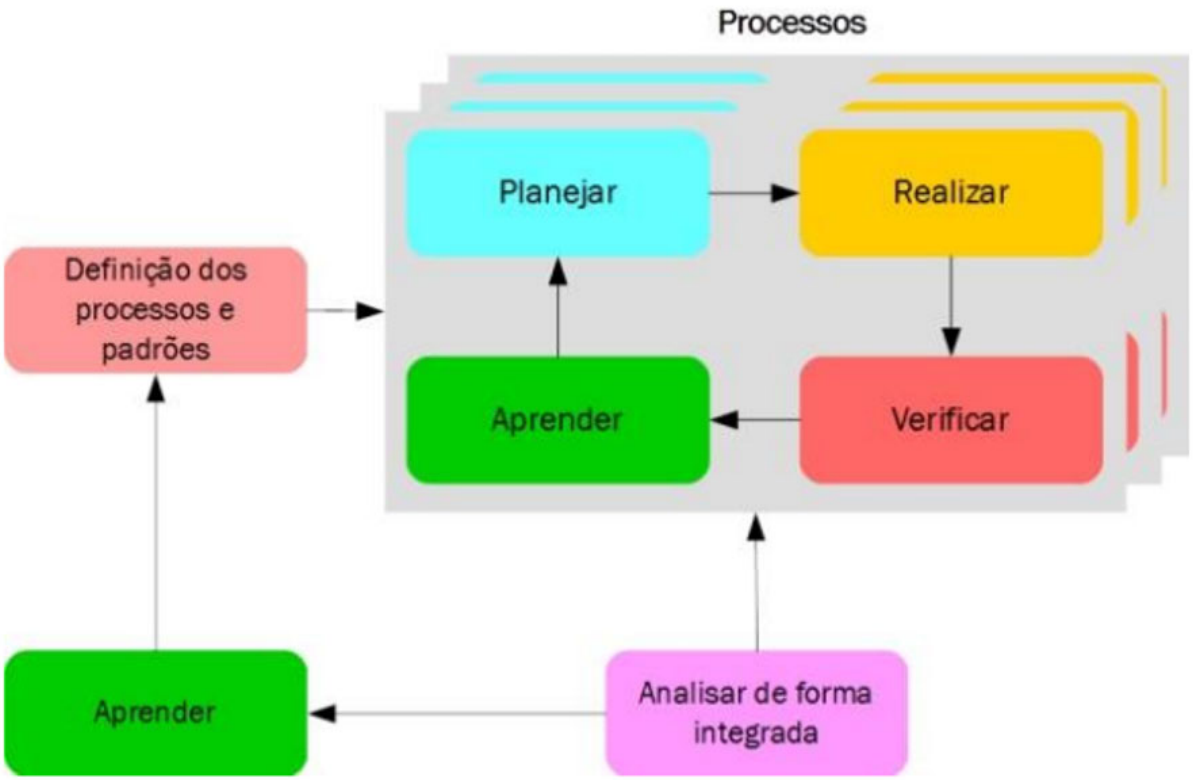
No MEG, os Fundamentos da Gestão para Excelência são expressos em características tangíveis e mensuráveis quantitativa ou qualitativamente. Seu sistema de Pontuação possibilita a avaliação do grau de maturidade da gestão, dos processos e resultados.

Analisar e responder adequadamente a avaliação, seguindo a lógica do PDCL — do inglês:

- Plan (planejar),
- Do (realizar),
- Check (verificar),
- Learn (aprender)

Esse modelo irá auxiliar a **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** a alinhar seus recursos; identificar pontos fortes e oportunidades para melhoria; aprimorar a comunicação, a produtividade e a efetividade de suas ações; e alcançar os objetivos estratégicos.

Figura 37 - Processos MEG



Como resultado, a **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** avança em direção à excelência da gestão gerando valor aos colaboradores, à sociedade e outras partes interessadas, o que contribui para a sua sustentabilidade e sua perenidade cuja principal característica é ser um Modelo Integrador.

O setor de saúde apresenta uma alta complexidade, por se tratarem de processos críticos, que envolvem o acolhimento de pacientes, atendimento ambulatorial, execução de procedimentos médicos, fornecimento de medicamentos, entre outros.

A excelência da gestão nos serviços de saúde é extremamente relevante, por refletir na cultura da segurança, a qual pressupõe procedimentos mais eficientes e seguros, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais, bem como o gerenciamento dos riscos assistenciais. Acrescenta-se a isso o fato de que, atualmente, o cliente de saúde é munido de informações por diferentes meios e está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços.

Torna-se, assim, fundamental a busca por uma gestão excelente, que garanta a profissionalização da gestão e um melhor uso dos recursos para maximizar o valor gerado para a sociedade.

Considerando o Desenvolvimento Sustentável e o Compromisso com as Partes Interessadas, a Liderança Transformadora, a partir do Pensamento Sistêmico, definindo como as estratégias e os planos devem ser implementados e materializados, por meio da Orientação por Processos e com Adaptabilidade, resultando em Geração de Valor para a própria organização e partes interessadas. A partir disso, a organização busca evoluir por meio do Aprendizado Organizacional e Inovação, que permeiam o sistema promovendo a excelência.

Ciclo PDCL



A etapa de Planejamento (P) envolve atividades, processos de projeto ou padronização para definição de resultados e sistemas — incluindo produtos, indicadores de desempenho, objetivos, metas, planos, projetos, processos, padrões, ativos tangíveis ou intangíveis (por exemplo, equipamentos, informações) e outros recursos dos ambientes interno e externo — estruturados conforme as necessidades e expectativas das diferentes partes interessadas.



A etapa de Execução (D) envolve realização de atividades ou processos para geração de valor, seja nos negócios com clientes e mercados, nos relacionamentos com fornecedores, no retorno econômico-financeiro aos controladores, na qualidade de vida profissional e pessoal da força de trabalho, ou também na responsabilidade socioambiental com a sociedade e gerações futuras.



A etapa de Verificação (C) envolve atividades ou processos de medição ou avaliação de resultados e sistemas — incluindo produtos, indicadores de desempenho, objetivos, metas, planos, projetos, processos, ativos tangíveis ou intangíveis e outros recursos dos

ambientes interno e externo — conforme requisitos explícitos ou implícitos das diferentes partes interessadas, bem como referenciais comparativos (competitivos ou cooperativos).

 A etapa de Aprendizado (L) envolve atividades ou processos de melhorias corretivas ou preventivas, para solução, respectivamente de problemas reais ou potenciais, incluindo inovações, aperfeiçoamento contínuo (kaizen), rupturas de paradigmas (breakthrough), ou mesmo decisões de não interferência (por exemplo, manutenção de condições estatisticamente estáveis ou em níveis aceitáveis de desempenho).

É importante ressaltar que o ciclo PDCL, além de naturalmente apropriado para a organização em âmbito global, pode ser igualmente aplicado para a realização de processos operacionais, conforme ilustrado no diagrama do ciclo da gestão (por exemplo: produção e fornecimento de bens e serviços, aplicações financeiras e investimentos em novos negócios, seleção e qualificação de colaboradores, implantação de projetos socioambientais), bem como para a gestão de qualquer conjunto de processos (por exemplo: auditorias, benchmarking, tratamento de reclamações, recall e formulação de estratégias).

PROJETO CASA DE PASSAGEM

O projeto tem como objetivo propiciar aos pacientes em tratamento de hemodiálise e acompanhantes maior bem-estar, criando um espaço digno, onde os mesmos possam instalar-se por um período fora do ambiente hospitalar, e ao mesmo tempo estar próximo ao seu familiar com intuito de facilitar a interação paciente –família – equipe.

A casa viabiliza aos acompanhantes um espaço para que estes possam higienizar seus pertences pessoais, além de otimizar a alta hospitalar favorecendo o acolhimento nos retornos ambulatoriais garantindo a continuidade no tratamento.

Ao Assistente Social caberá realizar entrevistas com todos os acompanhantes que necessitem utilizar a Casa, além de fornecer um suporte Social a todos que lá permanecem, trabalhando para que seja amenizado ao máximo a situação enfrentada.

A casa ficara a cargo destas instituições municipais que utilizarem no aspecto da a limpeza do ambiente, alimentação e governança. O imóvel deverá estar localizado próximo aos policlínica envolvidos no projeto.

PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE

O CGI declara ter o compromisso, com o estabelecimento, implementação e manutenção da política ambiental, suas diretrizes, objetivos, responsabilidades e recursos para a gestão, de modo que os aspectos e impactos ambientais advindos de suas atividades, produtos e serviços, sejam gerenciados e mitigados, contribuindo para a Sustentabilidade.

As diretrizes estabelecidas têm caráter abrangente nos níveis corporativo, regional e local da Instituição, podendo ser estratificadas para se adequarem aos diferentes escopos do SGA - Sistema de Gestão Ambiental. É responsabilidade da Diretoria Executiva:

- Implementar a Política Ambiental em sua área de responsabilidade e criar mecanismos para a sua disseminação ao público interno e externo;
- Apoiar estrategicamente a implementação, manutenção e melhoria do Sistema de Gestão Ambiental, de modo que possa ser aplicado no âmbito corporativo, regional ou local da Instituição;
- Identificar e planejar os recursos essenciais para implementar, manter e melhorar continuamente o Sistema de Gestão Ambiental;
- Orçar os recursos essenciais para o Sistema de Gestão Ambiental que incluam recursos humanos e habilidades especializadas, infraestrutura organizacional, tecnologia e recursos financeiros;
- Garantir a disponibilização dos recursos para a gestão ambiental;
- Definir, documentar e comunicar funções, responsabilidades e autoridades, visando facilitar uma gestão ambiental eficaz;
- Estabelecer, revisar e adequar processos, de modo a obter melhoria do desempenho ambiental;
- Estabelecer, implementar e manter objetivos e metas ambientais documentados, nas funções e níveis relevantes na organização;
- Prover os meios e determinar os prazos nos quais os objetivos e metas ambientais sejam atingidos;
- Estabelecer mecanismos, processos e procedimentos de gestão ambiental nos escopos estabelecidos;
- Realizar as análises críticas do Sistema de Gestão Ambiental, em intervalos planejados para assegurar sua continuada adequação, pertinência e eficácia;
- Proporcionar que o Sistema de Gestão Ambiental, em sua área de responsabilidade seja auditado em intervalos determinados;
- Subsidiar a tomada de decisão sobre comunicar externamente ou não os aspectos ambientais significativos;
- Promover a melhoria do desempenho do Sistema de Gestão Ambiental.

É responsabilidade dos Representantes da Direção:

- Coordenar, estabelecer, revisar e adequar o modelo de gestão para os processos que compõem o Sistema de Gestão Ambiental de modo a obter melhoria de seu desempenho;
- Assegurar o cumprimento da política, objetivos e programas ambientais;
- Garantir o atendimento aos requisitos legais e outros relacionados ao escopo estabelecido para o Sistema de Gestão Ambiental;
- Promover mudanças para mitigação dos aspectos e impactos ambientais das atividades, produtos e serviços do escopo;
- Conduzir a implementação e manutenção do Sistema de Gestão Ambiental, por meio de treinamentos ou outras ações e acompanhamentos sistemáticos;
- Manter e melhorar o Sistema estabelecido utilizando-se dos processos de ação corretiva, preventiva, auditorias sistemáticas e análise crítica;
- Relatar o desempenho do Sistema de Gestão à Alta Direção para análise crítica e melhoria do Sistema de gestão ambiental.

Diretrizes:

Liderança

- Apoiar as ações estratégicas relativas à gestão ambiental estimulando a participação de todos;
- Assegurar o compromisso para alcançar a excelência do desempenho ambiental;
- Comunicar o comprometimento, as prioridades e as ações da Instituição junto às partes interessadas (stakeholders);
- Estimular a difusão e implementação das melhores práticas ambientais.

Atendimento à Legislação Ambiental e Requisitos Estatutários

- Cumprir a legislação pertinente às atividades, produtos e serviços;
- Adotar uma postura de transparência e ética nas suas relações com as partes interessadas (stakeholders).

Prevenção da Poluição e Melhoria Ambiental

- Promover a melhoria contínua dos processos, serviços prestados pela Instituição e seus resultados, visando à qualidade ambiental;
- Desenvolver ações voltadas para a ecoeficiência, para prevenção da poluição, mitigação da geração de resíduos sólidos, das emissões de gases efeito estufa e redução do consumo de recursos naturais em seus processos, produtos e serviços;

- Desenvolver operações planejadas e seguras às pessoas e ao meio ambiente;
- Aperfeiçoar continuamente os indicadores ambientais, de modo a torná-los cada vez mais precisos e uniformes com consequente incentivo ao cumprimento das metas estabelecidas.

Gestão de Fornecedores

- Promover o engajamento e comprometimento dos fornecedores com as questões ambientais;
- Selecionar fornecedores com base em requisitos ambientais;
- Incluir requisitos ambientais na especificação de produtos e serviços a serem adquiridos;
- Implementar a logística reversa no processo de aquisição.

Gestão de Pessoas

- Estabelecer e implementar programas de educação ambiental aos diversos níveis organizacionais da Instituição e terceiros que atuem em seu nome, objetivando capacitá-los para participação ativa na gestão ambiental;
- Conscientizar todos os seus colaboradores e prestadores de serviços da importância da responsabilidade individual para o atendimento dos objetivos e metas ambientais da Instituição.

Relacionamento com o Cliente e a Comunidade

- Promover a participação e apoio às iniciativas de gestão ambiental com o envolvimento do cliente e da comunidade;
- Estabelecer diálogo e desenvolvimento de parcerias com o cliente e a comunidade visando à melhoria do desempenho ambiental;
- Estimular o compromisso ambiental de todos os públicos em relação aos serviços de saúde, educação e assistência social.

PROJETO HOSPITAIS SAUDÁVEIS – PHS

O Projeto Hospitais Saudáveis (PHS) é uma associação sem fins econômicos, dedicada a transformar o setor saúde em um exemplo para toda a sociedade em aspectos de proteção ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, do paciente e da população em geral.

Participam do PHS profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviços, instituições de ensino e de pesquisa em saúde, organizações da sociedade civil em geral e demais

organizações, públicas e privadas. A assistência à saúde, como toda atividade produtiva, gera impactos ambientais e sanitários.

O PHS trabalha para desenvolver e apoiar uma rede de cooperação, partindo do comprometimento das instituições de saúde do país, bem como dos profissionais de todas as categorias que atuam no sistema de saúde brasileiro. Além do setor de assistência à saúde, o PHS atua em parceria com organizações profissionais, sindicais e setoriais, institutos de ensino e pesquisa, órgãos públicos e organizações não governamentais das áreas de saúde e segurança do trabalho, saúde pública e meio ambiente.

- **Mercury Free Healthcare**: iniciativa global destinada a demonstrar a viabilidade da eliminação gradual dos termômetros e esfigmomanômetros em cuidados de saúde à base de mercúrio e sua substituição por alternativas precisos e economicamente viáveis. A Pró- Saúde administra hospitais com esta certificação.
- **Selo Verde de Pró-Sustentabilidade**: tem como objetivo promover a saúde pública e ambiental, assim como a redução da pegada ecológica da assistência à saúde. Trata-se de uma iniciativa baseada no comprometimento dos estabelecimentos de saúde com, pelo menos dois, de um conjunto de 10 objetivos inter-relacionados e integrados, abordando as principais áreas de atuação para melhoria do desempenho ambiental e maior sustentabilidade no setor saúde. Os 10 objetivos são:

1. Liderança: visa manifestar apoio à liderança aos hospitais verdes e saudáveis a fim de: criar uma mudança de cultura organizacional à longo prazo; alcançar uma ampla participação dos trabalhadores do setor saúde e da comunidade; e fomentar políticas públicas que promovam a saúde ambiental;
2. Substituição de Substâncias Químicas Perigosas Por Alternativas Mais Seguras: visa melhorar a saúde e a segurança dos pacientes, dos trabalhadores, da comunidade e do meio ambiente utilizando substâncias químicas, materiais, produtos e processos mais seguros, indo além das exigências de conformidade ambiental. Atitudes como campanha de captação de película de Raios X para correto descarte deverão ser adotadas;
3. Redução, Tratamento e Acondicionamento de Forma Segura dos Resíduos de Serviços de Saúde: visa proteger a saúde pública reduzindo o volume e a toxicidade dos resíduos produzidos pelo setor saúde, implementando ao mesmo tempo as opções ambientalmente mais apropriadas de gestão e destinação dos resíduos.
4. Implementação de Eficiência Energética e Geração de Energias Limpas Renováveis: visa reduzir o uso de energia proveniente de combustíveis fósseis como forma de melhorar e proteger a saúde pública; promover a eficiência energética, bem como o uso de fontes

renováveis, visando, em longo prazo, obter 100% das necessidades de energia obtidas de fontes renováveis geradas no hospital ou na comunidade;

5. Redução do Consumo de Água e fornecimento de Água Potável: visa implementar uma série de medidas de conservação, reciclagem e tratamento que reduzam o consumo de água dos serviços de saúde e a poluição por águas residuais. Estabelecer a relação entre a disponibilidade de água potável e a resiliência dos serviços de saúde para suportar problemas físicos, naturais, econômicos e sociais. Promover a saúde pública e ambiental fornecendo água potável para a comunidade.
6. Melhorar as Estratégias de Transporte Para Pacientes e Funcionários: visa desenvolver estratégias de transporte e de assistência à saúde que reduzam a emissão de carbono dos hospitais e sua parcela de contribuição para a poluição local;
7. Compra e Oferta de Alimentos Saudáveis e Cultivados de Forma Sustentável: visa estimular ao mesmo tempo hábitos alimentares saudáveis entre os pacientes e funcionários e favorecer o acesso a alimentos produzidos localmente e de forma sustentável na comunidade. Ao longo do contrato, deverá ser implantado um programa com foco na qualidade de vida dos trabalhadores da unidade de saúde;
8. Prescrição Apropriada de Produtos Farmacêuticos, Administração Segura e Destinação Correta: visa reduzir a poluição por produtos farmacêuticos diminuindo as prescrições desnecessárias, minimizando a destinação inadequada de resíduos farmacêuticos, promovendo sua devolução aos fabricantes e pondo fim ao dumping de medicamentos na forma de ajuda a catástrofes, também poderá ser adotada campanhas para devolução de medicações vencidas ou que não serão mais utilizadas pelo usuário nas unidades de saúde;
9. Apoio a Projetos e Construções de Hospitais Verdes e Saudáveis: visa reduzir a poluição ambiental do setor saúde e transformar os hospitais em um local mais saudável para funcionários, pacientes e visitantes mediante a incorporação de práticas e princípios de edifícios ecológicos no projeto e na construção de unidades de saúde;
10. Aquisição de produtos e materiais mais seguros e sustentáveis: visa a compra de materiais produzidos de maneira sustentável através de cadeias de suprimentos social e ambientalmente responsáveis. A Pró- Saúde administra hospitais com esta certificação.
11. A adesão das unidades de saúde ao PHS será analisada pela Diretoria local e a Diretoria de Operações da sede administrativa do **CGI** bem como em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Barueri, sendo priorizado no primeiro ano de contrato ações que atendam as diretrizes nº 3,4 e 5 acima descritas.

PACTO GLOBAL DA ONU

O Pacto Global é uma iniciativa desenvolvida pela ONU, com o objetivo de mobilizar a comunidade empresarial internacional para a adoção, em suas práticas de negócios, de valores fundamentais e internacionalmente aceitos nas áreas de direitos humanos, relações de trabalho, meio ambiente e combate à corrupção refletidos em 10 princípios. As empresas participantes do Pacto Global são diversificadas e representam diferentes setores da economia, regiões geográficas e buscam gerenciar seu crescimento de uma maneira responsável, que contemple os interesses e preocupações de suas partes interessadas - incluindo funcionários, investidores, consumidores, organizações militantes, associações empresariais e comunidade.

O Pacto Global não é um instrumento regulatório, é uma iniciativa voluntária que procura fornece diretrizes para a promoção do crescimento sustentável e da cidadania, por meio de lideranças corporativas comprometidas e inovadoras.

O Pacto Global advoga dez Princípios universais, derivados da Declaração Universal de Direitos Humanos, da Declaração da Organização Internacional do Trabalho sobre Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, da Declaração do Rio sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento e da Convenção das Nações Unidas Contra a Corrupção:

Direitos Humanos

- As empresas devem apoiar e respeitar a proteção de direitos humanos reconhecidos internacionalmente; e
- Assegurar-se de sua não participação em violações destes direitos.

Trabalho

- As empresas devem apoiar a liberdade de associação e o reconhecimento efetivo do direito à negociação coletiva;
- A eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou compulsório;
- A abolição efetiva do trabalho infantil; e
- Eliminar a discriminação no emprego.

Meio Ambiente

- As empresas devem apoiar uma abordagem preventiva aos desafios ambientais;
- Desenvolver iniciativas para promover maior responsabilidade ambiental;
- Incentivar o desenvolvimento e difusão de tecnologias ambientalmente amigáveis.

GLOBAL REPORTING INITIATIVE - GRI

A GRI é uma organização independente internacional que ajuda empresas, governos e outras organizações a entender e comunicar o impacto do negócio em questões críticas de sustentabilidade, tais como mudanças climáticas, direitos humanos, corrupção e muitos outros.

A Global Reporting Initiative, 'GRI', promove a elaboração de relatórios de sustentabilidade que pode ser adotada por todas as organizações. A GRI produz a mais abrangente **Estrutura para Relatórios de Sustentabilidade** do mundo, proporcionando maior transparência organizacional. Esta Estrutura, incluindo as Diretrizes para a Elaboração de Relatórios, estabelece os princípios e indicadores que as organizações podem usar para medir e comunicar seu desempenho econômico, ambiental e social. A GRI está comprometida em melhorar e aumentar continuamente o uso de suas Diretrizes, que estão disponíveis gratuitamente para o público.

A adesão ao GRI será analisada pela Diretoria local e a Diretoria de Operações da sede administrativa da **CGI** bem como em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde e poderá se tornar realidade após o segundo ano de contrato.

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE ENDEMIAS

Programa de Prevenção de Endemias com a finalidade de promover ações de saúde em conjunto com os profissionais da unidade por meio de gincanas, divulgação de informações, comunicação através de folders e cards, bem como apresentar informações e orientações sobre a prevenção, as melhorias sanitárias e ambiental, orientações quanto à prevenção e tratamento de doenças infecciosas e recenseamento de animais.

- Essas atividades são fundamentais para prevenir e controlar doenças como dengue, chagas, leishmaniose e malária e fazem parte das atribuições do agente de combate de endemias.
- A ação visa, em conjunto com os agentes de saúde das unidades básicas de saúde, prevenir muitas enfermidades que são ocasionadas pelo consumo de água contaminada por bactérias, vírus, protozoários, helmintos e substâncias químicas, entre outros.
- Os trabalhos serão feitos através de palestras, mesa redonda, cartazes, etc., apresentando informações e orientações sobre a prevenção.

PROJETO CULTURAL

Como política de humanização o qual será desenvolvido mensalmente em horários alternados, econtará com apresentações de músicas, teatro e outras manifestações culturais de forma que beneficie pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores da unidade.

O desenvolvimento desse Projeto abarcará vieses de pesquisa, visando identificar as melhorias agregadas à recuperação da saúde dos indivíduos que foram submetidos às ações culturais na **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .**

Benefícios

Fenômeno comprovado cientificamente, a arte traz sensação de bem estar ao ser humano. (Neste caso inserido na unidade de saúde). Benefícios alcançados por meio de ações culturais:

- É uma forma dos pacientes e colaboradores saírem da rotina;
- Os pacientes se mostram visivelmente mais alegres com a música e assim, maisesperançosos com o tratamento;
- A música é capaz de reduzir a ansiedade;
- A arte possibilita o encontro interpessoal, contribuindo para a socialização dos pacientes, visitantes e funcionários.

O Projeto Musical será desenvolvido de forma conjunta pela Coordenação de Serviços Assistenciais, Seção de Psicologia e Serviço Social, Gerência de Enfermagem e Serviço de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, entre outros departamentos.

Divulgação

Todas as apresentações serão divulgadas para os pacientes e profissionais por meio de murais e newsletters. A Seção de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

7.7.1.3. Proposta Detalhada de Implantação do Centro Especializado em Odontologia (CEO) - Centro de Gestão Integrada (CGI) Policlínica Estadual de Quirinópolis

O **Centro Especializado em Odontologia (CEO)**, criado através da **Portaria nº 599/GM de 23 de março de 2006**, desempenha um papel central no fortalecimento da rede de cuidados em saúde bucal, complementando a oferta de serviços odontológicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os CEOs são responsáveis por proporcionar atendimento especializado à população, voltado para casos mais complexos que exigem procedimentos diferenciados, como endodontia, periodontia e cirurgia oral. Ao oferecer esses serviços, o CEO contribui para a redução da fila de espera para tratamentos especializados, diminui a demanda reprimida nas UBS e melhora a qualidade de vida dos pacientes.

O projeto proposto pela **Centro de Gestão Integrada (CGI)** visa à implantação do CEO na **Policlínica Estadual de Quirinópolis** , proporcionando à REGIÃO SUDOESTE uma estrutura adequada para a realização de procedimentos odontológicos avançados, com foco na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças bucais graves, incluindo o câncer de boca. A proposta também considera a inclusão de serviços para pacientes com necessidades especiais, garantindo um atendimento integral e humanizado.

Objetivo Geral e Específicos

O objetivo geral do **Centro Especializado em Odontologia (CEO)** é proporcionar à população local e regional o acesso a serviços odontológicos especializados, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a reabilitação da saúde bucal e a melhoria da qualidade de vida.

Objetivos específicos incluem:

- Reduzir a demanda reprimida por tratamentos odontológicos especializados: Proporcionar atendimento em áreas como periodontia, endodontia e cirurgia oral menor.
- Diagnóstico precoce do câncer de boca: Oferecer um serviço de diagnóstico especializado com foco na detecção precoce de lesões pré-cancerígenas e cancerígenas, reduzindo a mortalidade por essa doença.
- Atendimento especializado para pacientes com necessidades especiais (PNE): Garantir que pessoas com condições sistêmicas, neurológicas ou comportamentais tenham acesso a um atendimento odontológico especializado e adaptado.
- Integração com a Atenção Primária: Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência entre as Unidades Básicas de Saúde e o CEO, garantindo continuidade e integralidade do cuidado.

Adequação Estrutural e Logística: A estrutura do CEO será composta por um mínimo de **03 consultórios odontológicos**, equipados com tecnologia moderna e adequados às normas sanitárias vigentes (RDCs). A adequação da infraestrutura existente será realizada com base nas diretrizes de boas práticas para ambientes odontológicos, garantindo acessibilidade e condições seguras para os pacientes e profissionais.

- Consultórios Odontológicos: O CEO contará com consultórios totalmente equipados para atender às especialidades propostas, como periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e atendimento a PNE.

- Área de Esterilização: Implantação de uma área específica para a esterilização dos materiais utilizados, conforme as normas de controle de infecção.
- Recepção e Acolhimento: Espaço adequado para recepção e triagem dos pacientes, garantindo conforto e humanização do atendimento.

Cronograma de Execução:

- Levantamento das Necessidades Estruturais e Orçamentárias (Primeiros 15 dias): Avaliação detalhada da infraestrutura existente na Policlínica e elaboração de um plano de adequação.
- Apresentação do Projeto (Até 30 dias após assinatura do contrato): Envio do projeto detalhado para a SES/GO, com orçamento discriminado e cronograma de execução.
- Início das Obras e Aquisição de Equipamentos (30 a 90 dias): Adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos odontológicos.
- Capacitação da Equipe e Início dos Serviços (Até 120 dias): Seleção e treinamento da equipe técnica e operacional do CEO, seguida pela inauguração do serviço.

Aquisição de Equipamentos Odontológicos

A CGI se compromete a adquirir todos os equipamentos necessários para o pleno funcionamento do CEO, com destaque para:

- Cadeiras odontológicas: Mobiliário completo e adequado para os procedimentos especializados.
- Aparelho de radiografia intraoral e extraoral: Para diagnóstico de lesões e acompanhamento de tratamentos.
- Autoclave: Equipamento de esterilização para garantir a biossegurança dos materiais.
- Instrumentais cirúrgicos e de endodontia: Conjunto de instrumentos para procedimentos odontológicos de média complexidade.

Todos os equipamentos serão adquiridos conforme as normas técnicas e de segurança, garantindo a qualidade do atendimento e a longevidade dos materiais.

Serviços Especializados do CEO Tipo I

O CEO Tipo I contará com uma equipe de profissionais altamente capacitados e preparados para realizar os seguintes procedimentos especializados:

- Periodontia: Diagnóstico e tratamento de doenças periodontais, com foco na preservação dos tecidos gengivais e ósseos, prevenindo a perda dentária.
- Endodontia: Tratamento de canal, que visa à preservação de dentes afetados por cáries profundas ou traumas, garantindo a manutenção da saúde bucal.

- Cirurgia Oral Menor: Realização de pequenas cirurgias como extrações dentárias complexas, remoção de cistos e tumores bucais benignos, correções de frenectomia e biópsias.
- Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais (PNE): Atendimento adaptado para pacientes com deficiências físicas, mentais ou comportamentais que requerem cuidados odontológicos diferenciados.
- Diagnóstico Bucal com Ênfase no Câncer de Boca: Exames clínicos e biópsias para detecção precoce de câncer de boca, com foco no rastreamento de lesões potencialmente malignas.

Capacitação e Formação Contínua da Equipe

A equipe odontológica do CEO será composta por dentistas especialistas e profissionais de suporte com formação específica em suas áreas de atuação. Além disso, a CGI promoverá capacitações periódicas para garantir que a equipe esteja atualizada com as melhores práticas e inovações no campo da odontologia, especialmente no que se refere ao atendimento de pacientes com necessidades especiais e ao diagnóstico precoce do câncer bucal.

Monitoramento e Avaliação de Resultados

Indicadores de Desempenho

A CGI implementará um sistema robusto de monitoramento e avaliação, baseado em indicadores de desempenho, tais como:

- Número de consultas realizadas: Acompanhamento mensal do volume de atendimentos em cada especialidade.
- Tempo de espera para atendimento: Avaliação do tempo médio de espera dos pacientes, com metas de redução.
- Taxa de detecção precoce de câncer bucal: Percentual de casos diagnosticados em fases iniciais da doença.
- Satisfação dos pacientes: Pesquisa de satisfação aplicada regularmente, com indicadores de qualidade do atendimento e infraestrutura.

Relatórios Periódicos à SES/GO

Relatórios trimestrais serão elaborados e submetidos à SES/GO, contendo uma análise detalhada dos indicadores de desempenho e um plano de ação para melhoria contínua dos serviços oferecidos. O acompanhamento será realizado de forma contínua, com foco na qualidade e resolubilidade dos atendimentos.

Atendimento Humanizado e Inclusivo

O CEO será guiado pelos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), oferecendo um atendimento acolhedor e inclusivo para todos os pacientes, especialmente para aqueles que necessitam de cuidados especiais. As instalações serão adaptadas para atender às demandas de acessibilidade, garantindo que pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida recebam atendimento de qualidade.

7.7.1.4. Proposta Detalhada para Operacionalização da Terapia Renal Substitutiva (TRS) Centro de Gestão Integrada (CGI) Policlínica Estadual de Quirinópolis

Contextualização e Relevância da Proposta

A Doença Renal Crônica (DRC) atinge uma parcela crescente da população, principalmente devido ao aumento das comorbidades como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, sendo um problema de saúde pública em expansão. A Terapia Renal Substitutiva (TRS) é um dos pilares fundamentais no tratamento de pacientes renais crônicos em estágios avançados, sendo indispensável para garantir sobrevida e qualidade de vida.

Com a crescente demanda por serviços especializados, o Centro de Gestão Integrada (CGI) propõe a implantação de um serviço altamente qualificado de TRS na Policlínica Estadual de Quirinópolis , com ênfase em eficiência operacional, cuidado humanizado e atendimento multidisciplinar. Essa proposta também visa garantir a conformidade com as políticas nacionais de saúde pública, especialmente a Linha do Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Objetivos da Proposta

O objetivo principal é oferecer atendimento especializado em terapia renal substitutiva para pacientes com Doença Renal Crônica, abrangendo:

- Hemodiálise (HD) e Diálise Peritoneal (DP), para tratamento de pacientes renais crônicos em estágios avançados.
- Tratamento Conservador, para retardar a evolução da doença renal e melhorar a qualidade de vida dos pacientes antes da necessidade de TRS.
- Acompanhamento Multidisciplinar completo, garantindo o suporte clínico, nutricional, psicológico e social necessários para cada paciente.

- Educação Continuada e Capacitação para a equipe técnica e multiprofissional da Policlínica, assegurando a aplicação das melhores práticas clínicas e operacionais.

Estruturação do Serviço de TRS na Policlínica

Hemodiálise (HD):

A hemodiálise será o eixo central do serviço de TRS, com infraestrutura moderna e tecnologias de última geração:

- Capacidade de Atendimento: O serviço será estruturado para atender até 105 pacientes por dia, com três turnos diários de 4 horas, de segunda a sábado, respeitando o intervalo de 1 hora entre as sessões. A Policlínica oferecerá atendimento personalizado, de acordo com o perfil clínico de cada paciente.
- Equipamentos e Tecnologia: Serão adquiridas máquinas de hemodiálise de última geração, com recursos de monitoramento contínuo de função renal, pressão arterial e níveis de eletrólitos, assegurando o controle rigoroso durante cada sessão.
- Monitoramento Integrado: Todos os dados dos pacientes serão armazenados em prontuários eletrônicos integrados, garantindo que o acompanhamento seja contínuo e eficiente, mesmo para pacientes que necessitem de cuidados em outras unidades de saúde.

Equipe Técnica:

- Médico Nefrologista RT e Plantonista: Responsável pelo acompanhamento direto dos pacientes e pela supervisão da equipe de saúde.
- Equipe de Enfermagem Especializada: Com 1 enfermeiro para cada 35 pacientes e 1 técnico de enfermagem para cada 4 pacientes por turno, garantindo uma supervisão contínua e segura durante o tratamento.
- Suporte Emergencial: Equipe treinada para intervenções rápidas em complicações agudas, com medicamentos de emergência e suporte avançado de vida à disposição.

Diálise Peritoneal (DP)

O serviço de diálise peritoneal será oferecido para pacientes que desejam realizar o tratamento domiciliar, com suporte completo da equipe da Policlínica:

- Treinamento do Paciente e Familiar: Pacientes e seus familiares receberão treinamento intensivo e personalizado para realizar a diálise peritoneal de forma segura e eficaz em casa.

- Monitoramento à Distância: O tratamento será complementado com telemonitoramento, permitindo que a equipe da Policlínica acompanhe remotamente a evolução clínica do paciente e intervenha de forma proativa em caso de complicações.

Tratamento Conservador

Para pacientes em estágio pré-dialítico, a Policlínica oferecerá tratamento conservador com o objetivo de retardar a progressão da doença renal:

- Consultas Regulares com nefrologistas e outros profissionais da saúde, incluindo nutricionistas e psicólogos, para ajuste das terapias e controle das comorbidades associadas.
- Educação em Saúde: Programas educativos serão desenvolvidos para capacitar os pacientes a realizar o autocuidado, melhorando a adesão ao tratamento e prevenindo complicações.

Equipe Multiprofissional e Acompanhamento Humanizado

A proposta enfatiza o papel central da equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados que trabalharão em conjunto para oferecer um cuidado integral e humanizado aos pacientes renais:

- Médico Nefrologista: Supervisiona todo o processo dialítico e as terapias conservadoras.
- Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem: Garantem a execução dos procedimentos, monitoramento e cuidados contínuos aos pacientes durante as sessões de diálise.
- Assistente Social: Oferece suporte para questões sociais e econômicas, além de orientar os pacientes e familiares sobre benefícios e direitos.
- Nutricionista Especializado: Desenvolve planos nutricionais específicos para os pacientes renais, focando na estabilização dos eletrólitos e no controle das complicações associadas.
- Psicólogo: Fornece suporte emocional e trabalha no enfrentamento dos desafios psicológicos associados à Doença Renal Crônica.
- Fisioterapeuta: Auxilia na reabilitação dos pacientes, promovendo a melhora na mobilidade e qualidade de vida.

Integração com o Sistema de Saúde e Diagnóstico Precoce

A Policlínica será integrada à Rede de Atenção à Saúde, assegurando o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo dos pacientes renais crônicos. Este serviço terá foco na:

- Detecção Precoce: Realização de exames laboratoriais e de imagem frequentes, permitindo a monitorização contínua da função renal e intervenções precoces em casos de piora clínica.
- Acesso à Terapia Dialítica: Garantia de acesso aos serviços de criação de fístulas arteriovenosas, implante de cateteres peritoneais e outros dispositivos essenciais para a TRS, seguindo o fluxo estabelecido pela SES.

Gestão de Medicamentos e Suplementos

O controle e a administração de medicamentos complementares às terapias renais serão realizados de forma rigorosa, seguindo as melhores práticas de segurança:

- Farmácia Clínica Integrada: Todos os medicamentos serão prescritos e monitorados pelo serviço de farmácia da Policlínica, com controle eletrônico de estoque e acompanhamento da evolução clínica do paciente.
- Suplementos e Vitaminas: Serão administrados de forma personalizada, com foco em medicamentos eritropoéticos para controle da anemia, suplementos vitamínicos e minerais para estabilizar os níveis de eletrólitos.

Implantação e Expansão Gradual do Serviço

A implantação do serviço de TRS será realizada de forma gradual e sustentável, com base na demanda da macrorregião:

- Fases de Implementação: O serviço será inicialmente estruturado para atender uma demanda básica de pacientes, com expansão planejada conforme a demanda crescente.
- Ajustes em Infraestrutura: Serão realizadas melhorias contínuas nas instalações físicas da Policlínica, conforme necessário, para garantir o aumento da capacidade e da eficiência no atendimento.

7.7.1.5. Proposta Completa para Transporte Gratuito de Pacientes para Tratamento Dialítico na Policlínica Estadual de Quirinópolis

A Centro de Gestão Integrada (CGI) apresenta uma proposta detalhada para oferecer transporte gratuito, seguro e eficiente aos pacientes que necessitam de hemodiálise na Policlínica Estadual de Quirinópolis . Nosso objetivo é garantir que os pacientes renais crônicos de toda a Macrorregião de Saúde Sudoeste tenham acesso facilitado e contínuo a esse serviço vital, com conforto e segurança.

Veículos Disponibilizados e Especificações

O CGI disponibilizará 3 (três) veículos automotores tipo VAN, com especificações adequadas às necessidades dos pacientes. Esses veículos serão responsáveis por realizar o transporte dos pacientes em todas as cidades da Macrorregião de Saúde Sudoeste , garantindo que todos os necessitados sejam atendidos.

Especificações dos Veículos:

- Capacidade: Cada VAN será equipada para transportar até 15 passageiros, com assentos confortáveis e adaptados para pessoas com mobilidade reduzida.
- Conforto: Todas as unidades contarão com ar-condicionado, garantindo que o transporte seja confortável, independentemente das condições climáticas.
- Acessibilidade: Serão adotadas medidas para garantir a acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida ou necessidades especiais. Rampas, cadeiras de rodas e outros equipamentos serão disponibilizados quando necessário.
- Segurança:
    - Cintos de segurança individuais para todos os passageiros;
    - Extintores de incêndio e kits de primeiros socorros;
    - Equipamentos de monitoramento em tempo real, garantindo a segurança e rastreabilidade de todos os deslocamentos;
    - Inspeção Técnica periódica, em conformidade com as normas do Departamento de Trânsito (DETRAN) e da Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT).

Rotas e Logística do Transporte

Planejamento das Rotas:

As rotas serão cuidadosamente planejadas pela equipe do CGI, com base na demanda da região e nos horários de funcionamento das sessões de hemodiálise. Haverá uma coordenação com as Secretarias Municipais de Saúde das cidades da macrorregião para identificar os pacientes e seus locais de residência, otimizando as rotas.

- Cobertura Regional: As rotas abrangerão todas as cidades da Macrorregião de Saúde Sudoeste , com paradas preestabelecidas em locais acessíveis para os pacientes.
- Pontos de Embarque e Desembarque: Os pontos de embarque serão definidos com base na localização dos pacientes e em áreas de fácil acesso, evitando deslocamentos desnecessários.
- Horários de Transporte: Os horários serão organizados de acordo com os turnos de tratamento, com a garantia de que os pacientes chegarão com antecedência para suas sessões de hemodiálise.

Flexibilidade e Ajustes de Rotas:

O CGI implementará um sistema de monitoramento de demanda contínuo, o que permitirá ajustes nas rotas e horários conforme a necessidade de novos pacientes. O serviço de transporte será revisado periodicamente, considerando mudanças na quantidade de pacientes e localização dos mesmos.

Rotas Alternativas:

Em situações de emergência, como falhas mecânicas, condições climáticas adversas ou bloqueios nas estradas, rotas alternativas já estarão previstas no protocolo, evitando qualquer interrupção no acesso dos pacientes ao tratamento.

Gestão de Pacientes e Acompanhamento no Transporte

- Monitoramento Clínico Durante o Transporte: Para pacientes em condições mais graves ou que necessitem de acompanhamento constante, será possível a presença de um enfermeiro ou técnico de enfermagem no veículo, para monitorar sinais vitais e garantir suporte clínico durante o trajeto.
- Treinamento dos Motoristas e Monitores: Todos os motoristas e monitores das vans serão treinados em atendimento humanizado, primeiros socorros e transporte de pacientes em condição de saúde vulnerável. Além disso, serão capacitados a lidar com eventuais emergências de saúde e a garantir um ambiente acolhedor e seguro para todos os passageiros.
- Atendimento Diferenciado: Pacientes mais vulneráveis (idosos, acamados, ou que apresentem outras condições delicadas de saúde) terão prioridade nas rotas e, se necessário, receberão atendimento personalizado com veículos adaptados.
- Cadastro e Acompanhamento Individualizado: Cada paciente será monitorado por um sistema de agendamento e transporte personalizado, com notificações automáticas para os familiares sobre o status de deslocamento, via aplicativos ou SMS.

Supervisão e Avaliação Contínua

O CGI estabelecerá um sistema de controle e supervisão para garantir a qualidade e eficiência do serviço de transporte. Isso incluirá:

- Monitoramento em tempo real das vans e de suas rotas, garantindo que o trajeto seja realizado de forma rápida e segura.
- Feedback dos Pacientes: Através de um sistema de pesquisa de satisfação, os pacientes poderão avaliar o serviço de transporte, indicando possíveis melhorias.

- Relatórios Periódicos: O CGI fornecerá relatórios mensais detalhados sobre o uso das vans, o número de pacientes transportados, as rotas realizadas e qualquer incidente que tenha ocorrido.

Sustentabilidade e Economia Verde

Em linha com as melhores práticas ambientais, o CGI adotará medidas para reduzir o impacto ambiental do transporte:

- Veículos de Baixa Emissão: Sempre que possível, o CGI optará por veículos que emitam menos poluentes.
- Rotas Otimizadas: O planejamento de rotas incluirá análises de consumo de combustível, visando minimizar o tempo de viagem e o impacto ambiental.
- Iniciativas para Neutralização de Carbono: O CGI estuda implantar um programa de compensação de carbono, com o plantio de árvores ou outras medidas sustentáveis.

Expansão e Aperfeiçoamento Contínuo

Avaliação da Demanda Crescente:

Com o aumento do número de pacientes renais crônicos e a ampliação da capacidade de atendimento da Policlínica, o CGI se compromete a:

- Avaliar a necessidade de expansão da frota de vans para atender à demanda crescente.
- Ajustar as rotas e horários conforme o aumento de pacientes, sempre garantindo um transporte eficiente e confortável.

Integração com Outras Áreas de Tratamento:

O serviço de transporte também poderá ser estendido para outros pacientes com necessidades crônicas ou recorrentes de tratamento, como aqueles em tratamento oncológico ou reabilitação, mediante a viabilidade e demanda.

7.7.1.6. Proposta para Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

A Centro de Gestão Integrada (CGI) propõe uma solução robusta para a dispensação de medicamentos especializados do CEAF, atendendo às demandas da Policlínica Estadual de Quirinópolis . Com base nas normatizações vigentes e na Portaria GM/MS 1.554, de 30 de julho de 2013, a proposta visa melhorar o acesso da população a esses medicamentos essenciais,

descentralizando o Programa de Dispensação e garantindo a segurança e a eficiência no processo.

Objetivos do Serviço de Dispensação de Medicamentos do CEAF

O objetivo principal deste serviço é garantir que os usuários do SUS tenham acesso facilitado aos medicamentos especializados, de forma descentralizada e ágil, promovendo um cuidado integral e contínuo para portadores de condições crônicas que demandam esses medicamentos de alto custo.

Estrutura e Gestão da Dispensação de Medicamentos

Recebimento e Armazenamento dos Medicamentos

A CGI será responsável por implementar as melhores práticas no armazenamento e controle de medicamentos. Os medicamentos do CEAF serão recebidos do Centro Estadual de Medicação de Alto Custo – Juarez Barbosa (CEMAC) e armazenados de acordo com as normas sanitárias vigentes.

- Condições de Armazenamento:
    - Boas Práticas de Armazenamento: Observando todas as normas da Anvisa e exigências de temperatura e umidade controladas, assegurando a integridade dos medicamentos.
    - Área de Armazenamento Segura: Instalações adequadas para o armazenamento seguro e a prevenção de danos aos medicamentos, com acesso restrito a profissionais autorizados.
    - Monitoramento Contínuo: A CGI implementará um sistema de monitoramento de temperatura e umidade em tempo real para garantir que as condições ideais de armazenamento sejam mantidas.

Distribuição e Dispensação

A dispensação dos medicamentos será realizada com base em um fluxo de atendimento previamente definido pela Equipe Técnica da SES-GO, garantindo que o processo siga todas as normas de segurança e eficiência.

- Consultas Farmacêuticas: A CGI assegurará que cada paciente tenha uma consulta farmacêutica realizada antes da dispensação dos medicamentos, orientando sobre o uso correto, interações medicamentosas e cuidados específicos. Esse processo garantirá que o tratamento seja seguido de forma segura e eficaz.

- Agendamento Personalizado: O agendamento das dispensações será realizado pela Policlínica, com base nas necessidades individuais de cada paciente, e será registrado no prontuário eletrônico do paciente, garantindo um histórico completo e acessível.

Contratação de Mão de Obra Especializada

A CGI contratará profissionais qualificados e treinados para realizar o serviço de dispensação, incluindo farmacêuticos com experiência em assistência especializada.

- Dimensionamento da Equipe: A quantidade de profissionais será ajustada conforme a demanda de medicamentos CEAF, assegurando um atendimento eficiente e ágil aos pacientes.
- Treinamento Contínuo: Todos os profissionais receberão treinamentos periódicos sobre boas práticas de dispensação e atendimento humanizado, alinhados às diretrizes da SES-GO e do Ministério da Saúde.

Protocolos de Atendimento e Fluxo de Medicamentos

Protocolos de Atendimento

A CGI seguirá o protocolo estabelecido pela Equipe Técnica da SPAIS/SES, garantindo que a dispensação dos medicamentos CEAF ocorra de acordo com as normas atualizadas.

- Fluxo de Atendimento: O fluxo de atendimento será elaborado em conjunto com a SES-GO, detalhando todas as etapas desde o recebimento do pedido até a dispensação final ao paciente.
- Atualizações Periódicas: O protocolo será revisado e atualizado conforme as necessidades e normatizações vigentes, garantindo que a Policlínica atue em conformidade com as melhores práticas e exigências legais.

Registro e Monitoramento de Dispensação

Todo o processo de dispensação será devidamente registrado no prontuário eletrônico do paciente, garantindo transparência e controle.

- Monitoramento de Movimentações: O sistema de registro das movimentações dos medicamentos será integrado ao sistema de gestão hospitalar, permitindo que o CEMAC acompanhe em tempo real o uso e estoque dos medicamentos.
- Relatórios Periódicos: A CGI se compromete a enviar relatórios mensais ao CEMAC, detalhando o inventário e o número de pacientes atendidos com os medicamentos do CEAF, assegurando o controle total do processo.

Inventário e Controle de Medicamentos

A CGI realizará um inventário mensal dos medicamentos recebidos do CEAF, monitorando constantemente o estoque e garantindo que não ocorram faltas ou excessos.

- Relatórios de Inventário: Os relatórios de inventário serão enviados periodicamente ao CEMAC, proporcionando transparência e garantindo a conformidade com os padrões exigidos pela SES-GO.
- Controle de Validade: O controle de validade dos medicamentos será rigoroso, com um sistema de alerta para prevenir o vencimento de lotes e garantir a segurança do paciente.

Gestão da Demanda e Flexibilidade Operacional

Com o aumento da demanda, a CGI se compromete a:

- Ajustar a Equipe: Caso haja um aumento significativo no número de pacientes ou processos de medicamentos, a CGI ajustará sua equipe para manter o nível de atendimento sem comprometer a qualidade.
- Notificações Antecipadas: A CGI informará ao parceiro público sobre qualquer aumento de demanda com antecedência, para que possam ser feitos ajustes logísticos e financeiros adequados.

Supervisão e Assessoramento

A Equipe Técnica da SPAIS/SES será responsável pela supervisão e assessoramento das ações da CGI, garantindo que o Programa de Dispensação de Medicamentos do CEAF seja executado conforme as diretrizes e normatizações vigentes.

Resultados Esperados

Com a implementação desse programa de dispensação de medicamentos, a CGI busca:

- Ampliar o Acesso: Facilitar o acesso dos pacientes da região aos medicamentos de alto custo do CEAF, melhorando a continuidade do tratamento.
- Garantir Segurança e Qualidade: Assegurar que todos os medicamentos sejam armazenados, controlados e dispensados com o mais alto nível de segurança, seguindo rigorosamente as normativas legais.
- Eficiência e Agilidade: Reduzir o tempo de espera e garantir que os pacientes recebam seus medicamentos de forma rápida e eficiente, com consultas farmacêuticas que aumentem a adesão ao tratamento.

Integração com a Atenção Primária e Unidades de Saúde da Região

Para garantir que o fluxo de atendimento seja contínuo e o cuidado integral, a CGI proporá a criação de um sistema integrado de comunicação entre a Policlínica e as Unidades de Saúde da Atenção Primária da Macrorregião. Esse sistema permitirá:

- Compartilhamento de Dados: O prontuário eletrônico integrará informações sobre os medicamentos dispensados para que as equipes de Atenção Primária acompanhem a evolução dos tratamentos e orientem os pacientes sobre o uso correto dos medicamentos.
- Monitoramento de Adesão ao Tratamento: Com o acompanhamento constante das equipes, será possível avaliar se o paciente está seguindo corretamente o regime medicamentoso, prevenindo abandonos e falhas terapêuticas.

Acompanhamento Farmacoterapêutico Personalizado

A CGI implementará um programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico Personalizado para os pacientes que utilizam medicamentos do CEAF, o qual incluirá:

- Monitoramento Contínuo: Além das consultas farmacêuticas regulares, haverá monitoramento periódico para identificar possíveis efeitos adversos, interações medicamentosas ou falta de adesão ao tratamento.
- Educação em Saúde: O farmacêutico realizará atividades educativas para orientar os pacientes e seus familiares sobre a importância de seguir corretamente o tratamento, os efeitos colaterais e o papel da alimentação e hábitos saudáveis no sucesso do tratamento.

Responsabilidade Social e Impacto Comunitário

Como parte do compromisso da CGI com a comunidade, será promovido um programa de responsabilidade social, envolvendo:

- Campanhas de Sensibilização: A CGI organizará campanhas para sensibilizar a população sobre o acesso a medicamentos especializados e sobre a importância da adesão ao tratamento.
- Parcerias Locais: Serão firmadas parcerias com associações locais e ONGs para ampliar o acesso à informação e melhorar a assistência aos pacientes com doenças crônicas.

Sustentabilidade e Responsabilidade Ambiental

A CGI integrará práticas de sustentabilidade na gestão dos medicamentos e resíduos:

- Gerenciamento de Resíduos de Medicamentos: Implementação de um plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) que inclua o descarte adequado de medicamentos vencidos ou não utilizados.

- Logística Sustentável: Implementação de rotas otimizadas para a entrega de medicamentos, com o objetivo de reduzir o impacto ambiental do transporte.

Relatórios de Desempenho e Indicadores de Qualidade

Para assegurar a qualidade e a eficiência dos serviços de dispensação de medicamentos, a CGI implementará um sistema de indicadores de desempenho, incluindo:

- Tempo Médio de Atendimento: Monitoramento do tempo de espera dos pacientes para a dispensação dos medicamentos.
- Satisfação do Paciente: Pesquisas regulares para avaliar a satisfação dos pacientes com o atendimento farmacêutico.
- Taxa de Adesão ao Tratamento: Monitoramento da adesão dos pacientes ao tratamento para garantir a eficácia terapêutica.
- Relatórios de Performance Mensais: Envio de relatórios detalhados para a SES-GO, contendo informações sobre o número de pacientes atendidos, medicamentos dispensados, estoque e outros dados relevantes.

Capacitação Contínua dos Profissionais

A CGI oferecerá um programa de capacitação contínua para os profissionais envolvidos na dispensação de medicamentos do CEAF:

- Treinamentos Específicos: Treinamentos sobre novos medicamentos e protocolos de tratamento para doenças crônicas, como HIV, Hepatites e outras condições que necessitam de medicamentos de alto custo.
- Atualização Constante: Todos os profissionais farmacêuticos e técnicos de farmácia terão acesso a treinamentos regulares para atualização de conhecimentos em farmacologia e boas práticas de dispensação.

Digitalização e Automação dos Processos

Para aumentar a eficiência operacional, a CGI implementará tecnologias de digitalização e automação no processo de dispensação de medicamentos:

- Farmácia Digital: Um sistema de farmácia digitalizado será implementado para melhorar a eficiência no controle de estoques, redução de erros na dispensação e otimização dos processos de registro e consulta farmacêutica.
- Automação de Processos: O uso de sistemas automatizados para o controle de medicamentos e emissão de relatórios reduzirá o tempo de atendimento e garantirá maior precisão no processo de dispensação.

Ampliação Gradual do Programa

Com a implantação inicial nas Policlínicas, a CGI proporá a ampliação gradual do programa, estendendo os serviços de dispensação de medicamentos especializados para outras regiões da Macrorregião de Saúde Sudoeste :

- Fase Inicial: A fase inicial contemplará a Unidade Quirinópolis , com a possibilidade de expansão para outras cidades conforme o aumento da demanda e sucesso do programa.

Plano de Expansão: A CGI apresentará à SES-GO um plano detalhado de expansão dos serviços, conforme a análise de impacto e resultados

7.7.1.7. Proposta Detalhada e Ampliada para Situações de Urgência/Emergência na Policlínica Estadual – Unidade Quirinópolis

Treinamento e Capacitação Contínua da Equipe

A capacitação contínua é essencial para que os profissionais estejam preparados para lidar com emergências de forma eficiente. Para garantir que a equipe da Policlínica atue com excelência nas situações de urgência, será instituído um programa contínuo de treinamentos que incluirá:

- Capacitação em Suporte Básico de Vida (BLS): Todos os profissionais de saúde da Policlínica, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, passarão por treinamentos regulares em Suporte Básico de Vida. Isso inclui ressuscitação cardiopulmonar (RCP), uso de desfibrilador externo automático (DEA), e o reconhecimento precoce de sinais de parada cardiorrespiratória.
- Capacitação em Suporte Avançado de Vida (ALS): Para a equipe médica, serão oferecidos cursos em Suporte Avançado de Vida, que abrangem o manejo de vias aéreas avançadas, uso de medicamentos emergenciais e intervenções invasivas de estabilização.
- Treinamentos de Simulação Realística: A cada trimestre, a Policlínica realizará simulações de emergência com situações realistas. Essas simulações terão foco em emergências que podem ocorrer em um ambiente ambulatorial, como reações adversas a medicamentos, complicações durante procedimentos ou descompensações em pacientes crônicos. Esses treinamentos ajudarão a equipe a agir de forma coordenada e eficiente.

Gestão do Carrinho de Emergência

A Policlínica terá um carrinho de emergência completo, sempre pronto para uso imediato, e sua manutenção será rigorosamente monitorada. O carrinho de emergência incluirá:

- Desfibrilador Externo Automático (DEA): Equipamento essencial para situações de parada cardíaca, com verificação semanal de funcionamento.
- Equipamentos para manejo de vias aéreas: Como máscaras faciais, tubos endotraqueais e cânulas orofaríngeas, necessários para intubação ou ventilação assistida.
- Medicações essenciais: Incluindo adrenalina, amiodarona, dopamina, noradrenalina, anti-histamínicos, glicose intravenosa, entre outras drogas emergenciais.
- Fluidos intravenosos: Como soro fisiológico e ringer lactato, para reidratação e estabilização de pacientes em choque ou desidratação grave.

A equipe de farmácia e enfermagem será responsável pela verificação semanal do estoque de medicamentos e equipamentos, garantindo que os prazos de validade sejam monitorados e os insumos repostos imediatamente após o uso. Um protocolo de reabastecimento será implementado para assegurar que o carrinho de emergência esteja sempre pronto.

Protocolo de Atendimento nas Situações de Urgência

O protocolo de atendimento em situações de urgência será estruturado para garantir rapidez e eficiência, englobando as seguintes etapas:

1. Identificação da Situação Crítica: A qualquer sinal de deterioração clínica, o profissional de saúde deve ativar o protocolo de emergência, acionando imediatamente a equipe de suporte.
2. Ação Rápida e Estabilização Inicial:
    - RCP e DEA: Em caso de parada cardíaca, a equipe iniciará a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e usará o desfibrilador externo automático (DEA) se necessário.
    - Administração de Medicamentos: A equipe médica administrará os medicamentos necessários para estabilizar o quadro clínico do paciente, como adrenalina para reanimação cardíaca ou anti-hipertensivos para crise hipertensiva.
    - Monitoramento Contínuo: O paciente será monitorado de forma contínua, com aferição de pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e eletrocardiograma (ECG) conforme a necessidade.
3. Acionamento do SAMU: Assim que o paciente for estabilizado ou conforme a gravidade da situação, a equipe acionará o SAMU, fornecendo todas as informações clínicas detalhadas para garantir uma transição eficiente do cuidado.
4. Transferência e Retaguarda:
    - Unidade de Retaguarda: Pacientes críticos serão transferidos para o Hospital Estadual de Quirinópolis (HEF), que servirá como unidade de retaguarda para a Policlínica. A solicitação de transferência será feita via Sistema de Regulação

Estadual, e todos os exames e dados clínicos serão anexados ao prontuário eletrônico, garantindo a continuidade do cuidado.

- Acompanhamento na Regulação: A equipe de regulação da Policlínica será responsável por acompanhar o processo de transferência em tempo real, monitorando os prazos e a autorização de transporte pela mesa reguladora.

Protocolos Específicos para Hemodiálise e Situações Crônicas

Durante as sessões de hemodiálise, os pacientes estarão sob monitoramento contínuo por parte da equipe de nefrologia. Em caso de intercorrências clínicas, o protocolo de emergência seguirá as seguintes etapas:

- Identificação e Estabilização Inicial: Caso o paciente apresente complicações durante a sessão, como hipotensão, arritmias ou choque, a equipe de nefrologia iniciará as medidas de estabilização, incluindo a interrupção da sessão de hemodiálise, reposição de fluidos intravenosos e uso de medicações para estabilização hemodinâmica.
- Acionamento da Equipe de Retaguarda: Se a estabilização não for suficiente, o paciente será transferido para o Hospital Estadual de Quirinópolis (HEF) para tratamento avançado.
- Monitoramento da Transferência: A equipe da Policlínica acompanhará todo o processo de transferência e informará a família do paciente, garantindo suporte emocional e informações claras sobre o estado clínico.

Documentação e Relatórios Detalhados

Toda situação de urgência será registrada de forma minuciosa no prontuário eletrônico, incluindo:

- Detalhamento do evento: Circunstâncias da emergência, ações realizadas, medicamentos administrados e o tempo de resposta da equipe.
- Relatório Final: Um relatório completo será enviado à Comissão Interna de Avaliação, responsável por revisar os casos e propor melhorias nos protocolos de urgência.

Esses relatórios serão analisados mensalmente, com o objetivo de identificar padrões e pontos de melhoria nos atendimentos. As emergências mais frequentes terão planos de ação específicos e simulações direcionadas para preparar a equipe.

Gestão e Análise de Indicadores de Qualidade

A Policlínica implementará um sistema de monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade relacionados às emergências. Entre os principais indicadores estão:

- Tempo de resposta desde o início da emergência até a estabilização do paciente.
- Número de emergências por mês, separadas por tipo (cardíaca, respiratória, neurológica, etc.).
- Taxa de sucesso nas estabilizações e número de transferências.
- Satisfação dos pacientes e familiares com o atendimento de emergência.

Esses indicadores serão apresentados em reuniões de revisão de desempenho, onde os gestores da Policlínica, juntamente com a equipe médica e de enfermagem, discutirão possíveis ajustes nos protocolos e treinamentos.

Plano de Expansão e Suporte em Longo Prazo

Com base nas demandas locais, a Policlínica poderá expandir seus recursos de emergência, incluindo a aquisição de equipamentos mais avançados e a capacitação de novos profissionais, conforme a necessidade. O monitoramento contínuo das situações de urgência permitirá à Policlínica ajustar sua infraestrutura e protocolos para atender de forma eficiente os pacientes que necessitarem de suporte emergencial.

7.7.1.8. Proposta Detalhada de Comunicação para a Policlínica Estadual de Quirinópolis - Unidade Quirinópolis

Padrão Uniforme de Comunicação

Para assegurar que todas as atividades da Policlínica estejam em sintonia com as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), o Centro de Gestão Integrada (CGI) será responsável por seguir um padrão uniforme de comunicação. Isso garantirá clareza e coesão tanto para o público interno quanto para o externo, além de fortalecer a imagem institucional.

Principais Ações:

- Padronização de Comunicados: Todos os comunicados, releases, notas e demais documentos produzidos pela Policlínica seguirão um padrão de linguagem, formato e identidade visual previamente estabelecido pela SES-GO, assegurando uniformidade nas mensagens.
- Relação Contínua com a Comunicação Setorial da SES-GO: O CGI manterá um canal de comunicação ativo com a equipe de Comunicação Setorial da SES, garantindo que todos os conteúdos divulgados estejam em conformidade com as diretrizes institucionais.

Validação e Supervisão da Comunicação Externa

Antes de qualquer divulgação externa, seja por meio de impressos, mídias digitais ou audiovisuais, o CGI deverá submeter os materiais à aprovação da Comunicação Setorial da SES-GO. Isso inclui comunicados à imprensa, campanhas promocionais e eventos de divulgação.

- Supervisão de Materiais de Divulgação: A equipe de comunicação da Policlínica terá que garantir que todos os materiais destinados ao público externo sejam validados pela SES-GO antes da publicação, assegurando o alinhamento com os objetivos institucionais e com a política de saúde pública.

Preservação da Imagem Institucional

Como representante da SES-GO e do Governo de Goiás, a Policlínica deverá seguir um conjunto de práticas para proteger e promover a imagem institucional em todas as suas atividades públicas e de comunicação.

- Referência Institucional: Sempre que se referir à Policlínica, deverá ser utilizada a denominação "unidade do Governo de Goiás" ou "parte da rede própria da Secretaria de Estado da Saúde".
- Inserção de Logomarcas: Todas as logomarcas oficiais do SUS, SES e Governo de Goiás deverão estar visíveis em documentos, materiais impressos, vídeos, e comunicações digitais voltadas ao público externo.
-

Uso das Logomarcas dos Parceiros Privados

As logomarcas dos parceiros privados, como o CGI, serão permitidas apenas em materiais internos ou de cunho administrativo. Não será permitida a exposição dessas marcas em fachadas, placas, letreiros ou qualquer material de divulgação externa da Policlínica, exceto em situações específicas onde a presença da marca do parceiro seja relevante e autorizada pela SES-GO.

Manutenção e Atualização de Fachadas e Letreiros

O CGI será responsável pela manutenção e atualização contínua de fachadas, totens e letreiros da Policlínica. Todas as mudanças deverão seguir o padrão de identidade visual da SES-GO, assegurando a consistência das marcas públicas e governamentais.

- Conformidade Visual: Qualquer alteração nos letreiros ou fachadas será submetida à aprovação da SES-GO, garantindo que estejam de acordo com as diretrizes de comunicação e identidade visual.

Documentação e Arquivo de Ações

Toda ação realizada pela Policlínica que envolva divulgação pública, como eventos ou campanhas, deverá ser documentada e enviada para a SES-GO para fins de registro histórico e controle de memória institucional.

- Registro de Mídias: Fotos, vídeos e outros registros produzidos durante as atividades da Policlínica deverão ser compartilhados com a SES-GO para que sejam arquivados e utilizados futuramente em relatórios ou para fins históricos.

Comunicação Interna com Pacientes e Familiares

A comunicação interna será tratada como prioridade para garantir que os pacientes, familiares e acompanhantes estejam sempre bem informados sobre procedimentos, mudanças de rotina, boletins médicos e outras informações relevantes.

- Tecnologias de Comunicação: A Policlínica deverá utilizar painéis digitais, aplicativos móveis e outras tecnologias que facilitem o acesso rápido e eficiente à informação por parte dos pacientes e seus familiares, mantendo-os sempre atualizados sobre suas situações de atendimento.

Gestão de Redes Sociais

As redes sociais da Policlínica serão de propriedade do Governo de Goiás, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Secretaria de Comunicação (Secom) e pela Comunicação Setorial (Comset). O CGI será responsável pela gestão do conteúdo dessas redes, sempre em conformidade com a orientação da SES-GO.

- Conteúdo Estrategicamente Planejado: Todo o conteúdo a ser publicado nas redes sociais deverá ser planejado e alinhado com as metas institucionais, focando na promoção dos serviços prestados e na comunicação transparente com a população.

Promoção e Divulgação de Ações da Policlínica

O CGI será responsável pela promoção das ações da Policlínica, envolvendo tanto a imprensa quanto outros públicos de interesse. No entanto, todo o conteúdo deverá ser compartilhado e validado pela equipe de comunicação da SES-GO antes de sua divulgação.

- Planejamento Conjunto: A promoção de ações e eventos será desenvolvida em conjunto com a SES-GO para garantir que todas as iniciativas estejam alinhadas com os objetivos institucionais e as políticas públicas de saúde.

7.7.1.9. Proposta de Gestão para Comunicação e Transparência da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Introdução

A Policlínica Estadual de Quirinópolis será gerida pelo Centro de Gestão Integrada (CGI), que, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), buscará garantir a máxima transparência e eficiência na execução dos serviços públicos de saúde. A presente proposta visa detalhar as diretrizes de comunicação e transparência, considerando tanto a comunicação interna e externa quanto o compromisso com a prestação de contas e o acesso público à informação.

Comunicação Institucional

A comunicação é um fator estratégico na gestão da Policlínica, tanto para a integração dos serviços como para a construção de um relacionamento transparente e eficiente com a população e outros órgãos de controle.

Alinhamento Institucional

O CGI adotará uma estratégia de comunicação institucional unificada, em conformidade com os padrões de identidade visual e orientação definidos pela SES-GO. Isso inclui:

- Padrões de Linguagem e Visual: Toda comunicação, seja em mídias sociais, impressos, ou digitais, deverá seguir uma identidade visual unificada, utilizando as logomarcas do SUS, SES-GO, e Governo de Goiás.
- Canal de Comunicação Direta com a SES-GO: O CGI estabelecerá um canal direto com a Comunicação Setorial da SES-GO para a validação de todo o conteúdo oficial e estratégico, garantindo a padronização dos materiais e o alinhamento com as diretrizes de comunicação do governo.

Relacionamento com a Imprensa

A assessoria de imprensa da Policlínica será coordenada em conjunto com a Comunicação Setorial da SES-GO. As principais diretrizes incluem:

- Posicionamento Institucional: Todas as ações de comunicação com a imprensa devem destacar a Policlínica como parte da rede pública estadual, reforçando o compromisso do Governo de Goiás com a saúde pública.
- Elaboração de Conteúdos Informativos: Toda comunicação externa, incluindo notas, comunicados e releases, será previamente validada pela SES-GO para assegurar uniformidade.

- Divulgação de Ações e Programas: O CGI será responsável por promover e documentar ações de saúde, sempre respeitando o direcionamento da SES-GO.

Comunicação Digital e Redes Sociais

As redes sociais e canais digitais da Policlínica terão um papel central na comunicação com a população e profissionais de saúde. O CGI será responsável por:

- Administração de Contas de Redes Sociais: As contas das redes sociais vinculadas à Policlínica serão de propriedade do Governo de Goiás, porém, administradas pela equipe de comunicação do CGI, conforme orientações da SES-GO.
- Atualização Constante de Conteúdos: A equipe de comunicação deverá atualizar os canais com informações claras sobre serviços, campanhas de saúde e informações de interesse público.
- Feedback e Interação com a População: A gestão das redes sociais deverá proporcionar um canal direto para que a população possa esclarecer dúvidas, registrar sugestões e, principalmente, acompanhar o funcionamento da unidade.

Portal da Transparência

Em cumprimento à Lei de Acesso à Informação, o CGI manterá um portal da transparência, atualizado em tempo real, que permita o acesso público a informações sobre:

- Execução Financeira: Relatórios mensais de receitas e despesas da Policlínica, demonstrando de forma clara como os recursos públicos estão sendo utilizados.
- Contratos e Licitações: Detalhes sobre contratos vigentes, licitações realizadas e informações sobre fornecedores.
- Indicadores de Produção: Estatísticas de atendimentos, serviços realizados e outros indicadores de desempenho.

Esse portal deverá ser integrado ao site da SES-GO e seguir as diretrizes da Controladoria Geral do Estado (CGE) para assegurar total transparência.

Fluxo de Informações e Prestação de Contas

Relatórios Mensais e Periódicos

O CGI se compromete a enviar à SES-GO relatórios mensais, conforme descrito abaixo:

- Relatórios Contábeis e Financeiros: Apresentando detalhadamente as receitas, despesas, e eventuais ajustes contábeis. Esses relatórios serão preparados em conformidade com as normas contábeis e fiscais vigentes, assegurando total transparência na gestão dos recursos.

- Relatórios de Produção e Desempenho: Indicadores de atendimento, qualidade dos serviços prestados, e eficiência operacional, com o objetivo de demonstrar a produtividade da Policlínica.
- Relatório de Custos: Detalhamento dos custos operacionais, incluindo custos com pessoal, aquisição de insumos, e manutenção dos serviços.

Monitoramento e Avaliação

O CGI, em conjunto com a SES-GO, implantará um sistema de monitoramento e avaliação contínua do desempenho da Policlínica. Esse sistema incluirá:

- Indicadores de Desempenho: Relacionados ao tempo de espera, taxa de resolutividade, satisfação do paciente, entre outros.
- Auditorias Internas e Externas: Periodicamente, serão realizadas auditorias para garantir que os serviços estão sendo prestados em conformidade com as diretrizes do SUS e da SES-GO.
- Portal da Transparência: Além dos relatórios periódicos, todas as informações sobre os resultados da Policlínica serão publicadas no portal, garantindo acesso público.

Normas de Conduta e Boas Práticas

O CGI adotará um código de normas de conduta e boas práticas, voltado para a comunicação e transparência, que incluirá:

- Confidencialidade e Proteção de Dados: Garantir a proteção de informações pessoais dos pacientes, conforme as normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- Comunicação Clara e Objetiva: Todos os materiais informativos deverão ser redigidos de forma clara, acessível e com linguagem simples, garantindo que todos os públicos compreendam as informações.
- Capacitação de Pessoal: Treinamento contínuo dos profissionais da Policlínica para que estejam sempre preparados para lidar com a comunicação interna e externa, especialmente em situações de crise.

7.7.1.10. Proposta Detalhada para Gerenciamento e Atendimento da Policlínica Estadual de Quirinópolis

Gerenciamento e Operacionalização da Policlínica

- Aderência aos Sistemas de Informação O Centro de Gestão Integrada (CGI) compromete-se a aderir e alimentar, de forma abrangente e contínua, os sistemas de informação

disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) para monitoramento, regulação, controle, avaliação e fiscalização dos resultados assistenciais e administrativos. A integração tecnológica permitirá a migração automática dos dados assistenciais e financeiros, facilitando a tomada de decisões em tempo real, além de garantir a transparência do atendimento prestado.

- Processos de Registros Assistenciais O CGI garantirá o registro adequado e atualizado de todos os procedimentos realizados na Policlínica Estadual de Quirinópolis , conforme os seguintes requisitos:
    - **SIA/SUS e SIH/SUS**: Todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares serão registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), conforme exigências da SES-GO e do Ministério da Saúde.
    - **AIHs**: O CGI adotará rigor no preenchimento e processamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), garantindo que todos os procedimentos realizados sejam corretamente faturados e registrados, assegurando a precisão financeira e contábil.
    - **Faturamento SUS**: Os procedimentos da Tabela SUS serão registrados de acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
    - **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** O CGI manterá atualizada, conforme necessidade, a lista de profissionais de saúde, serviços especializados, leitos, equipamentos e infraestrutura vinculados ao CNES, observando a legislação vigente. Isso incluirá:
    - **Atualização periódica** da listagem de profissionais, com registro de sua carga horária e localização de atuação;
    - **Inclusão de novas instalações e equipamentos** conforme as ampliações e modificações na infraestrutura da Policlínica.

Assistência e Atendimento aos Usuários

- **Atendimento Abrangente** A Policlínica oferecerá assistência médica, multiprofissional e odontológica de forma abrangente e qualificada, registrando os procedimentos realizados conforme as tabelas SUS, garantindo a correta contabilização dos atendimentos e a maximização do uso dos recursos públicos disponíveis.
- **Normas de Identificação e Controle** Para garantir a segurança dos pacientes e a identificação clara de todos os profissionais:

- O CGI adotará **identificações especiais (crachás)** para todos os seus colaboradores, servidores públicos e prestadores de serviço;
- Será mantido um rígido controle de **frequência, pontualidade e boa conduta profissional** dos trabalhadores.

- **Imagem Corporativa e Uniformização** Todos os uniformes e a comunicação visual da Policlínica refletirão a identidade corporativa da SES-GO e do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso incluirá a inclusão das logomarcas do SUS e do Governo de Goiás nos uniformes, fachadas e materiais gráficos da unidade, garantindo a **transparência** e **padronização** visual.
- **Proibição de Uso Indevido de Imagens e Marcas** É proibido ao CGI o uso de suas logomarcas ou símbolos em materiais de divulgação externa (placas, fachadas, veículos, etc.) relacionados às atividades da Policlínica. Todos os materiais de divulgação deverão obedecer às diretrizes estabelecidas pela SES-GO, reforçando a Policlínica como uma unidade do Governo de Goiás.

Gestão de Prontuários e Documentação Assistencial

- **Registro e Armazenamento de Prontuários** O CGI se compromete a manter um sistema de prontuários eletrônicos que garanta a integridade, acessibilidade e confidencialidade dos dados dos pacientes. Além disso:
  - Serão adotadas **boas práticas de gestão documental**, assegurando a guarda correta e segura de prontuários físicos e eletrônicos pelo período determinado pela legislação vigente;
  - Em caso de mudança de gestão, o CGI garantirá a transferência adequada dos prontuários e demais documentos, assegurando a continuidade dos cuidados aos pacientes.
- **Troca de Gestão** No caso de troca de gestão da Policlínica, o CGI se responsabilizará pela transição ordenada de todos os prontuários e demais documentos assistenciais ao novo gestor, garantindo a continuidade dos cuidados aos pacientes.

Qualidade e Monitoramento

Indicadores de Produção e Desempenho O CGI implantará um sistema de monitoramento contínuo de desempenho e produção assistencial, com base nos seguintes indicadores:

- **Indicadores de qualidade e eficiência** dos serviços prestados;
- **Monitoramento de metas de produção** assistencial, com registros diários e mensais enviados à SES-GO;

- **Acompanhamento financeiro** de custos e investimentos, por meio de relatórios contábeis e financeiros mensais.
- **Glosas e Controle de Produção** Fica assegurado à SES-GO o direito de glosar os pagamentos devidos ao CGI em caso de não cumprimento de prazos e metas estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Estado da Saúde. O CGI será notificado previamente sobre as glosas e tomará as providências necessárias para ajustar os processos.

Estrutura Física e Logística

- **Manutenção da Estrutura** Ao término do contrato, o CGI devolverá à SES-GO toda a estrutura física e os equipamentos da Policlínica em perfeitas condições de uso, respeitando o desgaste natural pelo tempo de operação. O CGI será responsável pela manutenção preventiva e corretiva de todas as instalações durante o período de vigência do contrato.
- **Aquisição de Insumos e Medicamentos** O CGI terá autonomia para adquirir insumos e medicamentos de forma ágil e eficiente, respeitando as normas de aquisição do SUS e a legislação vigente. A aquisição será feita de forma transparente, garantindo a oferta contínua dos insumos necessários para o funcionamento da Policlínica.

Gestão de Pessoas e Recursos Humanos

I. **Contratação e Gestão de Pessoas** O CGI adotará práticas ágeis e eficientes na contratação e gestão de pessoal, garantindo a manutenção de uma equipe qualificada e motivada, com base nos seguintes princípios:

- Flexibilidade na contratação: Utilização de modelos de contratação mais flexíveis, permitindo rápida resposta às necessidades da Policlínica e proporcionando agilidade na reposição de pessoal e na contratação de profissionais especializados;
- Capacitação contínua: Implementação de programas de treinamento e educação permanente, garantindo que todos os profissionais estejam atualizados com as melhores práticas de atendimento e protocolos assistenciais;
- Acompanhamento de desempenho: Avaliação periódica de desempenho, assegurando que os profissionais mantenham alto padrão de atendimento e alinhamento com os objetivos estratégicos da Policlínica.

II. **Clima Organizacional e Retenção de Talentos**

- Políticas de motivação e bem-estar: O CGI desenvolverá políticas internas para promover um ambiente de trabalho saudável e colaborativo, focando na retenção de talentos e no crescimento profissional dos colaboradores;
- Equipes multiprofissionais integradas: Estímulo à integração entre profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc.), promovendo o trabalho em equipe e a troca de experiências entre os setores.

Integração com a Atenção Primária à Saúde (APS)

I. **Estruturação do Fluxo de Encaminhamento** O CGI implementará um sistema de **fluxo organizado de encaminhamento de pacientes** da Atenção Primária para a Policlínica. Esse sistema permitirá:
   - Agilidade no encaminhamento: Simplificação dos processos de referência e contrarreferência, garantindo que os pacientes encaminhados pela APS tenham acesso rápido ao atendimento especializado na Policlínica;
   - Intercâmbio de informações: Integração dos prontuários eletrônicos entre as equipes da APS e da Policlínica, permitindo o compartilhamento eficiente de informações clínicas e melhorando a coordenação do cuidado.

II. **Telemedicina e Apoio Matricial** A Policlínica adotará o uso da **telemedicina e teleconsultoria** para apoio às equipes de APS, possibilitando:
   - Consultas especializadas à distância: A equipe da Policlínica oferecerá consultas especializadas para médicos da APS, auxiliando-os na condução de casos complexos sem necessidade de deslocamento imediato dos pacientes;
   - Apoio matricial: A Policlínica prestará suporte técnico e educativo para as equipes da APS por meio de capacitações e orientação clínica, fortalecendo a capacidade resolutiva da Atenção Primária.

Gestão Financeira e Transparência

I. **Controle de Custos e Eficiência Operacional** O CGI se compromete a manter uma gestão financeira sólida e transparente, aplicando mecanismos de controle de custos e eficiência operacional. Entre as práticas a serem adotadas:
   - Relatórios financeiros mensais: Elaboração de relatórios contábeis detalhados e envio mensal à SES-GO, garantindo a total transparência na utilização dos recursos públicos;

- Monitoramento de custos: Implantação de sistemas de controle de custos com análise periódica dos gastos relacionados à aquisição de medicamentos, insumos e serviços de manutenção;
- Auditoria interna: Realização de auditorias internas para assegurar que todos os recursos sejam utilizados de forma eficiente e em conformidade com as normas vigentes.

II. Portal da Transparência

- Transparência ativa: O CGI manterá atualizado o portal da transparência da Policlínica, conforme as diretrizes da SES-GO, assegurando que todas as informações sobre despesas, investimentos e gestão da unidade sejam de fácil acesso ao público e aos órgãos de controle;
- Acesso à informação: As informações disponibilizadas incluirão dados sobre o volume de atendimentos, utilização de recursos, contratações e relatórios financeiros.

Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

I. **Política de Qualidade e Segurança** O CGI estabelecerá uma **política de qualidade e segurança do paciente**, com base nas seguintes diretrizes:
   - Protocolos assistenciais padronizados: Todos os procedimentos clínicos seguirão protocolos padronizados, baseados em evidências científicas, que serão monitorados e atualizados periodicamente;
   - Comissão de Qualidade e Segurança: Criação de uma comissão interna para a implementação e monitoramento de práticas de segurança, visando à prevenção de erros e à melhoria contínua dos processos assistenciais;
   - Sistemas de notificação: Implantação de sistemas de notificação de eventos adversos, com análise de causa raiz e aplicação de medidas corretivas para evitar a recorrência de problemas.

II. **Certificações e Melhoria Contínua** O CGI buscará obter **certificações de qualidade**, como a acreditação hospitalar, seguindo os padrões das principais instituições de saúde do país (Albert Einstein, Sírio-Libanês, etc.), assegurando que a Policlínica opere dentro das mais rigorosas normas de qualidade.

Acompanhamento e Avaliação dos Resultados

I. Monitoramento de Indicadores

- Indicadores de desempenho assistencial: A Policlínica será monitorada com base em indicadores de produção, eficiência, satisfação do paciente e desfechos clínicos, de acordo com as metas estabelecidas pela SES-GO;
- Avaliação contínua: A equipe de gestão do CGI se reunirá mensalmente para avaliar o desempenho da Policlínica com base nos indicadores, tomando medidas corretivas sempre que necessário para garantir a melhoria contínua dos serviços prestados.

II. Relatórios Periódicos

- Relatórios mensais: O CGI enviará à SES-GO relatórios mensais detalhados sobre produção assistencial, indicadores de qualidade e relatórios financeiros, garantindo total transparência e conformidade com as metas estabelecidas;
- Análise de resultados: A Policlínica realizará reuniões trimestrais com as equipes para análise dos resultados alcançados, permitindo a discussão de estratégias de melhoria e inovação no atendimento.

Inovação Tecnológica e Digitalização dos Serviços

I. **Prontuário Eletrônico Unificado** O CGI propõe a implementação de um **Prontuário Eletrônico Unificado**, permitindo que todas as informações de saúde do paciente estejam disponíveis para os profissionais de saúde, seja na Policlínica ou na Atenção Primária. Isso possibilitará:

- Acesso Rápido a Informações: Garantir que todos os dados de saúde dos pacientes estejam atualizados e disponíveis em tempo real, tanto para a equipe médica quanto para a equipe de enfermagem e gestão;
- Melhoria na Continuidade do Cuidado: Evitar duplicidade de exames, garantir a continuidade do tratamento e promover um atendimento mais rápido e eficiente, especialmente em casos de urgência.

II. **Telemedicina Avançada** Além dos serviços de teleconsulta e telemonitoramento, a Policlínica oferecerá uma **plataforma avançada de telemedicina** que incluirá:

- Telelaudos: Exames de imagem e laboratoriais realizados nas unidades da Atenção Primária poderão ser interpretados à distância por especialistas da Policlínica, agilizando os diagnósticos;
- Segunda Opinião Especializada: Profissionais de saúde da Atenção Primária poderão solicitar a opinião de especialistas em casos complexos, fortalecendo o vínculo entre os níveis de atenção;

- Monitoramento Remoto de Pacientes Crônicos: Pacientes com condições crônicas (como diabetes, hipertensão e DPOC) poderão ser monitorados remotamente, garantindo intervenções mais rápidas e diminuindo as internações evitáveis.

Sustentabilidade e Gestão Ambiental

I. **Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** O CGI irá implementar um **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** conforme as normas da ANVISA e CONAMA, assegurando que:
   - Segregação Adequada de Resíduos: Cada tipo de resíduo será segregado e tratado de acordo com sua classificação (infectantes, químicos, comuns, etc.), garantindo o descarte correto e evitando contaminações;
   - Treinamento Contínuo da Equipe: Todos os colaboradores receberão treinamentos regulares sobre o manejo correto de resíduos, evitando acidentes e garantindo a segurança do paciente e da equipe;
   - Uso de Tecnologias Sustentáveis: A Policlínica investirá em tecnologias de baixo impacto ambiental, como sistemas de energia solar, reuso de água e gestão eletrônica de documentos, reduzindo o consumo de papel.

II. **Eficiência Energética e Ambiental**
   - Construção Verde: O CGI buscará adequar a estrutura física da Policlínica para torná-la mais eficiente energeticamente, com o uso de materiais sustentáveis, iluminação LED e ventilação natural;
   - Redução da Pegada de Carbono: Será desenvolvido um plano de redução de emissões de CO_2, promovendo o uso de veículos elétricos ou de baixa emissão para o transporte de pacientes e insumos.

Humanização no Atendimento

I. **Política de Humanização** A Política de Humanização será baseada nos princípios da **Política Nacional de Humanização (PNH)** do SUS, assegurando que todos os atendimentos sejam feitos com foco no respeito à dignidade humana, à escuta ativa e ao acolhimento dos pacientes e seus familiares.

- Acolhimento e Classificação de Risco: Os pacientes serão acolhidos com um protocolo humanizado de classificação de risco, priorizando aqueles em situação mais grave, sem deixar de lado a comunicação eficaz e clara com todos;
- Sala de Acolhimento Familiar: Espaços apropriados serão disponibilizados para acolher familiares, com equipe treinada para dar suporte emocional em momentos críticos.

II. **Pesquisa de Satisfação e Melhoria Contínua**

- Avaliação de Satisfação: Após cada atendimento, os pacientes serão convidados a responder uma pesquisa de satisfação, permitindo que a gestão tenha feedbacks contínuos para a melhoria dos serviços;
- Foco na Experiência do Paciente: As melhorias sugeridas pelos pacientes serão incorporadas no processo assistencial, sempre buscando aumentar a qualidade percebida no atendimento.

Gestão de Riscos e Continuidade Operacional

I. **Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR)** O CGI adotará um **Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR)** que incluirá:

- Análise de Riscos: Identificação e monitoramento contínuo dos principais riscos operacionais, assistenciais e financeiros que podem impactar os serviços da Policlínica;
- Plano de Contingência: Desenvolvimento de protocolos para resposta rápida em situações de crise, como pandemias, falhas de equipamentos e interrupções no fornecimento de insumos médicos;
- Auditoria Externa e Interna: Realização de auditorias frequentes para identificar vulnerabilidades e garantir a conformidade com as normas de qualidade e segurança.

II. Plano de Continuidade Operacional

- Garantia de Fornecimento de Insumos Críticos: O CGI adotará políticas para garantir estoques mínimos de insumos e medicamentos críticos, assegurando a continuidade dos atendimentos mesmo em situações de escassez;
- Treinamento de Equipes para Situações de Emergência: Todos os colaboradores da Policlínica serão treinados para atuar em situações de emergência, desde acidentes com múltiplas vítimas até desastres naturais.

Parcerias Estratégicas e Captação de Recursos

I. **Parcerias com Universidades e Centros de Pesquisa** O CGI buscará estabelecer **parcerias com universidades e centros de pesquisa**, tanto para o desenvolvimento de novos tratamentos quanto para a realização de estudos clínicos. Essas parcerias proporcionarão:

- Desenvolvimento Científico: A Policlínica será um polo de inovação em saúde, com projetos de pesquisa aplicada, testes clínicos e desenvolvimento de novas terapias;

- Capacitação Técnica: Estudantes e profissionais poderão realizar estágios e residências médicas, aprimorando a capacitação da equipe e promovendo a troca de conhecimentos com instituições renomadas.

II. **Captação de Recursos**

- Incentivos e Fundos Públicos: O CGI trabalhará em conjunto com órgãos públicos para captar recursos por meio de editais e programas de incentivo à saúde;
- Parcerias Público-Privadas (PPP): O CGI também buscará parcerias com a iniciativa privada para investimentos em infraestrutura e tecnologia, ampliando a capacidade de atendimento e melhorando a qualidade dos serviços.

7.7.1.11. Telessaúde nas Policlínicas

A Telessaúde, instituída pela Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, representa um marco significativo na modernização e expansão do acesso aos serviços de saúde no Brasil. Por meio de tecnologias avançadas de informação e comunicação, a telessaúde possibilita a transmissão segura de dados clínicos, imagens diagnósticas e informações de saúde, promovendo um atendimento ágil e eficiente em diversas áreas da saúde regulamentadas.

A Policlínica Estadual de Quirinópolis , com a devida autorização do Parceiro Público, incorporará a telessaúde em sua estrutura de serviços. Com isso, a unidade oferecerá uma gama de soluções tecnológicas integradas que visa otimizar o atendimento especializado, facilitar o acompanhamento remoto de pacientes crônicos e promover uma maior integração entre os profissionais da Policlínica e as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) da macrorregião de abrangência.

Esse avanço tecnológico permitirá que a Policlínica atue de maneira mais eficiente, proporcionando um cuidado mais personalizado, contínuo e acessível para toda a população, independentemente da localização ou das dificuldades de deslocamento, promovendo assim um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes e na resolutividade do sistema de saúde.

Serviços de Telessaúde Ofertados pela Policlínica

a. Teleconsulta

A teleconsulta é uma das mais avançadas e essenciais ferramentas da telessaúde, oferecendo a possibilidade de consultas remotas com médicos e outros profissionais de saúde, sem a necessidade de deslocamento físico. Esse serviço tem como objetivo ampliar o acesso a

cuidados médicos de qualidade, especialmente para pacientes em regiões remotas ou aqueles com dificuldades de locomoção, assegurando um atendimento ágil, contínuo e acessível.

Esse serviço permite que o paciente seja atendido por especialistas de diferentes áreas, garantindo uma segunda opinião ou um acompanhamento complementar de forma remota. Esse tipo de consulta é particularmente vantajoso para pacientes com doenças crônicas ou condições complexas que necessitam da colaboração entre múltiplos especialistas para o manejo adequado. A teleconsulta interprofissional facilita uma abordagem integrada e coordenada, garantindo que os diferentes aspectos da saúde do paciente sejam atendidos de forma eficaz e abrangente.

Pacientes que já foram atendidos presencialmente na Policlínica podem realizar suas consultas de retorno remotamente, o que garante continuidade no acompanhamento do tratamento sem a necessidade de novos deslocamentos. Isso é especialmente benéfico para pacientes que precisam de ajustes terapêuticos ou acompanhamento regular. O formato remoto também possibilita o monitoramento da adesão ao tratamento, além de facilitar a solicitação de exames complementares de forma rápida e conveniente. Esse modelo permite intervenções rápidas, proporcionando uma abordagem eficiente e proativa no cuidado à saúde.

b. Telemonitoramento de Pacientes Crônicos

O telemonitoramento é uma ferramenta essencial para o acompanhamento contínuo e eficaz de pacientes com doenças crônicas, permitindo que os profissionais da Policlínica coletem e analisem dados de saúde em tempo real. Por meio de dispositivos remotos, será possível monitorar a evolução de condições como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca e doenças respiratórias crônicas, assegurando que os pacientes recebam intervenções precoces e um acompanhamento personalizado.

Equipamentos como glicosímetros, medidores de pressão arterial, oxímetros e balanças digitais serão integrados ao sistema da Policlínica, permitindo que os dados dos pacientes sejam automaticamente coletados, armazenados e analisados. A integração de dispositivos em tempo real possibilita uma visão detalhada do estado de saúde, com a criação de alertas automáticos para mudanças críticas, permitindo um controle contínuo e preciso.

A equipe médica será capaz de intervir rapidamente quando forem detectadas alterações significativas nos parâmetros monitorados, como um aumento súbito na pressão arterial ou níveis elevados de glicose. Essa abordagem proativa permite prevenir complicações graves, como crises hipertensivas, hipoglicemia ou descompensações cardíacas, reduzindo hospitalizações e melhorando a qualidade de vida do paciente. A personalização do cuidado permitirá ajustes precisos nas terapias e orientações em tempo real.

A coleta de dados por meio do telemonitoramento será realizada em plataformas seguras e criptografadas, garantindo a privacidade e integridade das informações dos pacientes. Todo o processo seguirá as normas de segurança estabelecidas pela LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), assegurando que os dados sensíveis de saúde sejam tratados de maneira confidencial.

O telemonitoramento será integrado com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo que todos os profissionais envolvidos no cuidado do paciente tenham acesso aos dados atualizados e possam colaborar para o manejo das condições crônicas. Esse compartilhamento de informações permite uma continuidade do cuidado, com uma comunicação clara entre os níveis de atenção e um plano de cuidado unificado.

O telemonitoramento também oferece a oportunidade de educar o paciente sobre sua condição de saúde, emponderando-o a participar ativamente de seu tratamento. Por meio de feedback contínuo e orientação remota, os pacientes aprenderão a monitorar seus próprios sinais e sintomas, o que contribuirá para um melhor autocuidado e adaptação ao tratamento. Essa abordagem pode reduzir a ansiedade dos pacientes e promover hábitos saudáveis de vida.

c. Telediagnóstico

O telediagnóstico é uma ferramenta essencial da telessaúde, permitindo que exames diagnósticos, como radiografias, eletrocardiogramas, ultrassonografias, entre outros, sejam realizados nas unidades de saúde da Atenção Primária e enviados de forma remota para análise por especialistas da Policlínica. Esse serviço traz benefícios significativos, como a redução do tempo de espera para os laudos diagnósticos, o que, por sua vez, acelera o início do tratamento, otimizando o fluxo de atendimento e garantindo uma abordagem mais ágil e eficiente.

Os profissionais da Policlínica, especialistas em diversas áreas, receberão as imagens e exames enviados eletronicamente e fornecerão laudos rápidos e precisos. Esses laudos serão automaticamente integrados ao prontuário eletrônico do paciente, garantindo que a equipe da Atenção Primária tenha acesso imediato às informações necessárias para dar continuidade ao tratamento. Essa integração facilita a coordenação do cuidado, melhorando a comunicação entre os níveis de atenção e garantindo um atendimento centrado no paciente.

Será estabelecida uma central de telediagnóstico na Policlínica, composta por uma equipe dedicada de radiologistas, cardiologistas, e outros especialistas, que trabalharão de forma contínua na análise dos exames provenientes das unidades de saúde da macrorregião. A criação dessa central permitirá que os diagnósticos sejam emitidos de forma ágil e com alta precisão, garantindo que os pacientes recebam o tratamento correto no menor tempo possível, sem a necessidade de deslocamentos desnecessários.

Todos os dados e imagens transmitidos para a central de telediagnóstico serão tratados com segurança e confidencialidade, de acordo com as diretrizes da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) e as normas sanitárias vigentes. A utilização de plataformas seguras para a troca de informações médicas garante que os dados dos pacientes estejam protegidos durante todo o processo, desde a coleta até o armazenamento e análise.

d. Central de Telediagnóstico e Telemonitoramento

A Policlínica estabelecerá uma central de telediagnóstico e telemonitoramento, que funcionará como o núcleo de operação dos serviços de telessaúde.

- Análise e Laudos Remotos: Radiologistas, cardiologistas e outros especialistas serão responsáveis por analisar exames, como radiografias, eletrocardiogramas e ultrassonografias, recebidos de forma remota, emitindo laudos rápidos e precisos. Esses laudos serão diretamente incorporados ao prontuário eletrônico, facilitando a integração de diagnósticos e decisões clínicas em tempo real.
- Monitoramento 12/6: A central de telemonitoramento fornecerá supervisão contínua para pacientes com condições críticas ou que requerem monitoramento regular, como diabéticos, hipertensos e pacientes com insuficiência cardíaca. A central será equipada para gerar alertas imediatos em casos de emergência, permitindo intervenções rápidas e, quando necessário, a transferência para atendimento presencial.

e. Equipe Técnica Capacitada

Uma infraestrutura tecnológica de alto nível só será eficaz se contar com uma equipe técnica altamente capacitada, preparada para dar suporte a todos os sistemas de telessaúde implementados na Policlínica.

A equipe incluirá técnicos de TI especializados em gestão de redes e sistemas hospitalares, além de enfermeiros e médicos capacitados no uso de plataformas digitais de saúde e dispositivos de monitoramento remoto. Esses profissionais garantirão que todas as operações de telessaúde ocorram de forma fluida, com resolução rápida de problemas técnicos e atualizações constantes para acompanhar as inovações tecnológicas.

A equipe técnica e clínica da Policlínica participará de programas regulares de capacitação, assegurando que estejam sempre atualizados com as melhores práticas de segurança de dados, tecnologias emergentes e gestão eficiente de sistemas de telessaúde. Além disso, haverá treinamentos frequentes para melhorar a interação dos profissionais com as plataformas de telessaúde, garantindo que todos os recursos sejam usados de maneira eficiente e segura.

A integração entre a Policlínica e as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) será o alicerce para garantir o sucesso e a eficiência da telessaúde. Por meio da telessaúde, será possível criar uma rede coordenada de cuidado, em que o fluxo de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde será dinâmico, seguro e contínuo. A coordenação do cuidado entre a Policlínica e a APS proporcionará melhores desfechos de saúde, otimizará o uso de recursos e garantirá a continuidade do tratamento para todos os pacientes.

f. Escala, Agendamento e Registro das Consultas de Telessaúde

A gestão da escala de profissionais para a telessaúde é um dos componentes cruciais para garantir a eficiência do atendimento e o uso otimizado dos recursos humanos. A estruturação de uma escala adequada permitirá que o serviço de telessaúde funcione de maneira contínua, flexível e adaptável à demanda das unidades de saúde, garantindo que consultas, teleconsultorias, telediagnósticos e telemonitoramento sejam realizados de forma oportuna e coordenada.

A escala de profissionais para telessaúde será organizada com base em três pilares fundamentais: demanda por serviços, especialidades envolvidas e disponibilidade dos profissionais. Cada um desses aspectos será continuamente avaliado para que a alocação de pessoal seja eficaz, garantindo a resolubilidade dos casos e a satisfação dos pacientes.

A escala de atendimento será ajustada conforme a demanda por serviços de telessaúde. Durante períodos de maior procura, como em épocas de campanhas de saúde, ou em casos de aumento de doenças sazonais, a escala será expandida para incluir mais profissionais, garantindo que a oferta de vagas acompanhe a demanda da população da macrorregião. Esse ajuste dinâmico evita sobrecarga de profissionais e garante que os pacientes sejam atendidos em tempo hábil.

A escala será organizada com base nas especialidades mais requisitadas na telessaúde, permitindo uma rotatividade eficiente de profissionais de acordo com a necessidade clínica dos casos. Especialidades como cardiologia, pneumologia, endocrinologia, e psiquiatria podem ser priorizadas para atender pacientes com doenças crônicas, por exemplo, enquanto outras especialidades serão alocadas conforme a demanda por consultas ou diagnósticos especializados.

Para maximizar a cobertura de telessaúde, a escala incluirá horários de atendimento flexíveis, incluindo manhã, tarde e noite, permitindo que pacientes de áreas remotas ou com limitações de tempo possam acessar os serviços de telessaúde em horários que sejam convenientes. Essa flexibilidade também beneficia profissionais de saúde que podem optar por

turnos variados, permitindo maior adesão à escala de telessaúde sem comprometer a eficiência do atendimento.

A distribuição equilibrada da carga de trabalho é essencial para manter a qualidade do atendimento e a satisfação da equipe. A gestão da escala levará em conta a carga horária semanal de cada profissional, garantindo que não haja sobrecarga e que o atendimento seja realizado de forma eficiente e sem riscos de burnout para os profissionais de saúde.

A gestão da escala será cuidadosamente monitorada para que nenhum profissional seja sobrecarregado, e que a demanda de telessaúde seja distribuída de forma justa entre todos os profissionais disponíveis. A central de regulação irá monitorar o volume de atendimentos por profissional, ajustando a escala conforme a necessidade para garantir que todos os profissionais tenham um tempo adequado para consultas e teleconsultorias.

Para evitar picos de demanda concentrados em apenas uma especialidade, a escala será organizada para que especialistas compartilhem a carga de atendimentos em horários diferentes, promovendo um rodízio eficaz. Por exemplo, cardiologistas e endocrinologistas podem alternar os turnos de atendimento de telessaúde, garantindo que haja disponibilidade contínua para ambas as especialidades, sem que uma delas fique sobrecarregada.

A escala de telessaúde será planejada para que os profissionais estejam disponíveis em horários que permitam respostas ágeis, minimizando atrasos em consultas e exames. Isso é especialmente importante para teleconsultas de retorno e telediagnósticos, em que o tempo de resposta rápido é crucial para a continuidade do tratamento e a segurança do paciente.

Para garantir que consultas de urgência ou casos mais complexos recebam atenção imediata, a escala incluirá janelas de atendimento rápidas, em que profissionais de saúde estarão de plantão para realizar consultas emergenciais ou teleconsultorias que necessitem de respostas imediatas. Essas janelas serão ajustadas para períodos de alta demanda, como o final da manhã e o início da tarde.

A central de telediagnóstico terá equipes dedicadas para análise de exames em tempo real. A escala de trabalho será organizada para evitar atrasos na emissão de laudos, garantindo que os exames enviados remotamente pelas unidades da APS sejam analisados com agilidade, permitindo intervenções clínicas rápidas quando necessário.

Além dos profissionais de saúde, a escala de telessaúde contará com uma equipe técnica de suporte dedicada a assegurar que toda a infraestrutura tecnológica esteja funcionando perfeitamente. Essa equipe será responsável por manter a conectividade, resolver problemas técnicos e apoiar os profissionais de saúde no uso das ferramentas de telessaúde.

A escala incluirá técnicos de TI de plantão em horários de atendimento para garantir que a plataforma de telessaúde funcione sem interrupções. Esses profissionais estarão disponíveis

para resolver problemas relacionados à conectividade, transmissão de dados, e segurança das informações durante as teleconsultas, telediagnósticos e telemonitoramento.

A equipe técnica também estará à disposição para capacitar os profissionais de saúde que utilizam o sistema de telessaúde. Periodicamente, serão oferecidos treinamentos para garantir que os profissionais da saúde estejam familiarizados com as plataformas digitais, otimizando o tempo de consulta e reduzindo a curva de aprendizagem.

Monitoramento e Avaliação da Escala

A escala de telessaúde será constantemente monitorada e ajustada, com base no volume de atendimentos e na satisfação dos profissionais. Será realizado um acompanhamento contínuo da eficiência da escala, permitindo que mudanças sejam feitas rapidamente em resposta às variações de demanda e à disponibilidade de profissionais.

A Policlínica monitorará uma série de indicadores de desempenho para avaliar a eficácia da escala, como tempo médio de espera, satisfação dos pacientes e taxa de consultas concluídas dentro do prazo esperado. Com esses dados, será possível identificar pontos de melhoria e ajustar a escala de acordo com as necessidades do serviço.

A satisfação dos profissionais que atuam no telessaúde será avaliada periodicamente, com base em questionários de feedback que permitam identificar sobrecargas de trabalho ou dificuldades encontradas durante o atendimento remoto. Isso permitirá que a escala seja ajustada, garantindo um ambiente de trabalho equilibrado e mantendo a motivação da equipe.

g. Agendamento dos Serviços de Telessaúde

O agendamento dos serviços de telessaúde na Policlínica será uma atividade estrategicamente organizada, visando a máxima eficiência no uso dos recursos, a melhoria no fluxo de atendimento e a satisfação do paciente. A gestão cuidadosa e coordenada desse processo garantirá que os pacientes recebam o cuidado necessário no tempo adequado, enquanto os profissionais de saúde conseguem otimizar o uso das ferramentas tecnológicas para prestar atenção de qualidade.

A oferta de vagas para telessaúde será inicialmente direcionada para o apoio matricial e para a teleconsultoria das equipes da APS (Atenção Primária à Saúde). Esse foco inicial permitirá que as equipes da APS obtenham suporte especializado em tempo hábil, aumentando a capacidade de resolução de casos clínicos complexos no nível primário e evitando encaminhamentos desnecessários para a Policlínica. Contudo, conforme a demanda da macrorregião for avaliada, o serviço de telessaúde será expandido para incluir uma maior gama

de serviços, como teleconsultas diretas com os pacientes e telediagnósticos, promovendo o acesso universal aos serviços especializados.

À medida que a demanda de telessaúde for aumentando, o serviço será expandido para incluir teleconsultas programadas para diferentes especialidades e pacientes de regiões mais remotas, que terão dificuldade de comparecer à Policlínica. O serviço será ampliado gradualmente, com base em indicadores de demanda, e novos serviços serão incorporados, como monitoramento remoto e consultas de seguimento, de acordo com a capacidade da infraestrutura e das equipes de saúde.

Para garantir que os casos mais complexos sejam solucionados no nível da APS, a oferta de vagas para teleconsultoria matricial será prioritária. O serviço de teleconsultoria permitirá que os profissionais da APS recebam orientação especializada para a resolução de problemas clínicos sem a necessidade de encaminhamento imediato, promovendo um atendimento mais próximo do paciente e efetivo, ao mesmo tempo que otimiza o uso dos recursos especializados da Policlínica.

Pacientes com doenças crônicas que necessitam de acompanhamento regular serão incluídos no sistema de telemonitoramento, com vagas específicas dedicadas a esse tipo de atendimento. O uso de dispositivos de monitoramento remoto permitirá que a Policlínica acompanhe a evolução desses pacientes de maneira proativa, evitando agudizações desnecessárias e reduzindo o número de internações ou visitas presenciais.

O processo de agendamento dos serviços de telessaúde será estrategicamente coordenado pela equipe de Regulação Estadual SES-GO, em estreita colaboração com o CGI responsável pela gestão da Policlínica. O objetivo é garantir que as vagas disponíveis sejam preenchidas de forma otimizada e que os recursos da telessaúde sejam utilizados da maneira mais eficaz possível, com prioridade para os casos que necessitem de acompanhamento especializado urgente ou suporte para a resolução de casos clínicos complexos.

- A Policlínica contará com um sistema de agendamento centralizado, capaz de integrar as vagas disponíveis com a demanda das unidades da APS e outros serviços de saúde. Esse sistema permitirá que o agendamento de consultas e procedimentos de telessaúde seja feito de maneira dinâmica, ajustando-se às flutuações de demanda e à disponibilidade de profissionais e tecnologias.

Para garantir que o serviço de telessaúde seja utilizado da maneira mais eficaz possível, o agendamento será baseado em critérios clínicos, priorizando pacientes que tenham necessidades mais urgentes ou que apresentem casos mais complexos. A Regulação Estadual utilizará protocolos claros para definir a prioridade dos atendimentos, assegurando que os pacientes mais críticos tenham acesso mais rápido às consultas e aos diagnósticos. Casos de

menor complexidade, que podem ser resolvidos no nível da APS, serão atendidos por meio de teleconsultorias matriciais, mantendo o cuidado contínuo e evitando sobrecarga no atendimento especializado.

A equipe de regulação monitorará constantemente o fluxo de agendamento, realizando ajustes quando necessário, a fim de maximizar a utilização dos recursos. Isso inclui a capacidade de adicionar vagas extras em horários de alta demanda, além de reajustar a oferta de serviços conforme necessário, garantindo uma resposta rápida e eficiente às necessidades da população atendida.

Todos os atendimentos de telessaúde, sejam teleconsultas, telediagnósticos ou telemonitoramento, serão registrados diretamente no prontuário eletrônico do paciente, garantindo a continuidade do cuidado e o acesso rápido e seguro às informações de saúde, tanto pelos profissionais da Policlínica quanto pelas equipes da APS.

As informações geradas durante as consultas de telessaúde serão registradas em tempo real no prontuário eletrônico do paciente. Isso incluirá dados clínicos completos, como histórico de consultas, laudos de exames, resultados de monitoramento remoto, prescrições e orientações terapêuticas. Esses registros estarão imediatamente disponíveis para os profissionais que dão continuidade ao cuidado na APS, permitindo uma transição fluida e coordenada entre os níveis de atenção.

O sistema de prontuário eletrônico será totalmente integrado com as ferramentas de telessaúde e garantirá a segurança dos dados, utilizando protocolos rigorosos de criptografia e controle de acesso, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Apenas os profissionais autorizados terão acesso às informações sensíveis, garantindo a privacidade do paciente em todas as etapas do atendimento remoto.

O registro no prontuário eletrônico também facilitará o processo de contrarreferência, permitindo que, após o atendimento especializado, as informações do paciente sejam rapidamente encaminhadas de volta para a equipe da APS. Isso assegura que os planos terapêuticos e as orientações de continuidade do tratamento sejam seguidos à risca, promovendo a continuidade do cuidado e evitando quebras no seguimento.

h. Referência e Contrarreferência

O processo de referência e contrarreferência será uma das ferramentas mais potentes da telessaúde, permitindo que os pacientes da Atenção Primária sejam referenciados para a Policlínica de forma ágil e coordenada, e que, após o atendimento especializado, retornem ao cuidado da APS com todas as informações necessárias para dar continuidade ao tratamento.

A telessaúde criará um sistema de comunicação direta e integrada entre a Policlínica e as unidades de APS. Todas as informações de exames, diagnósticos e tratamentos realizados na Policlínica serão imediatamente registradas no prontuário eletrônico do paciente e poderão ser acessadas por ambas as equipes. Isso eliminará a fragmentação do cuidado, proporcionando uma visão integral e atualizada do quadro clínico do paciente em tempo real.

Através da telessaúde, os fluxos de referência e contrarreferência serão padronizados, evitando problemas como atrasos no encaminhamento, informações incompletas ou falhas de comunicação. Cada paciente que for referenciado da APS para a Policlínica levará consigo um dossiê clínico completo, com seu histórico de saúde, exames já realizados e orientações clínicas, o que permitirá um atendimento mais preciso e eficiente na Policlínica. Após o tratamento, o paciente retornará à APS com um relatório detalhado das intervenções feitas, garantindo a continuidade do cuidado.

O sistema de telessaúde será programado para gerar alertas automáticos e notificações quando for necessária uma contrarreferência ou acompanhamento adicional por parte da APS. Esses alertas ajudarão a garantir que não haja gaps no acompanhamento e que os pacientes não sejam perdidos no processo de transição entre a APS e a Policlínica. O sistema também poderá enviar lembretes automáticos para exames de seguimento ou consultas de retorno, garantindo a aderência ao plano de cuidado.

i. Transição de Cuidado

A transição de cuidado entre a Policlínica e a APS será facilitada pelas ferramentas de telemedicina e telematriciamento, promovendo um acompanhamento coordenado e ininterrupto dos pacientes que necessitam transitar entre os diferentes níveis de atenção.

Pacientes que forem atendidos na Policlínica poderão realizar consultas de retorno por meio da teleconsulta, o que permitirá que a equipe da Policlínica faça ajustes no tratamento e acompanhe a evolução do quadro clínico sem a necessidade de que o paciente retorne fisicamente à unidade. Isso é especialmente útil para pacientes com doenças crônicas, que precisam de um acompanhamento contínuo, mas que podem ser monitorados remotamente, evitando deslocamentos frequentes e desnecessários.

A Policlínica também oferecerá serviços de telediagnóstico, em que os exames realizados nas unidades de APS poderão ser analisados remotamente por especialistas da Policlínica. Esses exames serão integrados ao prontuário do paciente, e os resultados poderão ser utilizados para ajustar o plano terapêutico durante as consultas de seguimento. O feedback imediato entre os níveis de atenção facilitará a transição do cuidado e garantirá que o tratamento esteja sempre atualizado com base em novos dados clínicos.

7.7.1.12. **Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas**

Tem por objetivo a promoção o cuidado contínuo e integrado de pacientes com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência cardíaca, e doenças reumatológicas, visando a prevenção de complicações, a melhoria da qualidade de vida e a redução de internações hospitalares evitáveis.

Objetivos Específicos

- Melhorar o controle clínico das doenças crônicas através de tratamentos individualizados e monitoramento regular.
- Reduzir a morbimortalidade associada a complicações dessas doenças, como insuficiência renal, AVC e infarto do miocárdio.
- Aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos por meio de um acompanhamento multidisciplinar e de orientações educativas.
- Empoderar o paciente no autocuidado, incentivando hábitos saudáveis e manejo adequado da doença.

Equipe Multidisciplinar de Gerenciamento

A abordagem para o gerenciamento das doenças crônicas será conduzida por uma equipe multidisciplinar especializada, composta por:

- Médico Generalista ou Especialista: Responsável por avaliar o quadro clínico e definir o plano de tratamento.
- Enfermeiro: Coordenador do acompanhamento regular, que realiza a monitorização dos parâmetros clínicos e o ajuste de intervenções.
- Nutricionista: Responsável por elaborar planos alimentares personalizados, focando em dietas que controlem glicemia, pressão arterial, colesterol, entre outros.
- Psicólogo: Oferece suporte emocional, ajudando os pacientes a lidar com as condições crônicas, o estresse e as mudanças de estilo de vida.
- Fisioterapeuta: Auxilia na reabilitação física e na promoção da atividade física adequada para melhorar a mobilidade e a função respiratória.
- Assistente Social: Apoia o paciente na gestão de barreiras socioeconômicas que dificultem a adesão ao tratamento, como acesso a medicamentos e transporte.

Plano de Cuidado Personalizado (PCP)

Cada paciente receberá um Plano de Cuidado Personalizado (PCP), desenvolvido pela equipe multiprofissional, com base em suas necessidades específicas e quadro clínico. O PCP incluirá:

- Objetivos terapêuticos específicos para controle da doença, como metas de glicemia para diabéticos, controle da pressão arterial para hipertensos, e monitoramento da função pulmonar em pacientes com DPOC.
- Cronograma de consultas e exames periódicos, incluindo revisões frequentes para ajuste de tratamentos conforme a evolução do quadro clínico.
- Orientações sobre medicação, que incluirão instruções detalhadas sobre o uso de medicamentos, horários, doses e potenciais efeitos colaterais.
- Recomendações nutricionais e de atividade física personalizadas, integrando a saúde mental e social do paciente, para que possa fazer escolhas mais saudáveis e sustentáveis no longo prazo.

Monitoramento Contínuo

O programa inclui um sistema de monitoramento contínuo que utiliza tecnologia para rastrear o progresso dos pacientes. Este sistema inclui:

- Dispositivos de monitoramento remoto: Equipamentos como medidores de glicose, monitores de pressão arterial e oxímetros de pulso serão disponibilizados para o uso domiciliar, permitindo que os pacientes enviem dados em tempo real para a equipe de saúde.
- Visitas regulares: Consultas agendadas com base nas necessidades individuais dos pacientes, variando de consultas semanais a mensais, para avaliação clínica, ajuste de medicação e exames laboratoriais.
- Linha de atendimento direta: Um número exclusivo de contato será disponibilizado para que os pacientes possam tirar dúvidas ou relatar alterações em seu estado de saúde.

Telemedicina e Ferramentas Digitais

O programa contará com tele consultas e ferramentas digitais para monitoramento e consulta remota, otimizando o acompanhamento de pacientes que têm dificuldades de locomoção ou residem em áreas mais distantes:

- Consultas virtuais: Pacientes poderão realizar consultas de acompanhamento via videoconferência, o que facilita o acesso a especialistas sem a necessidade de deslocamento frequente.

- Aplicativos de saúde: Será oferecido um aplicativo específico para que os pacientes possam registrar seus dados diários de saúde (glicose, pressão arterial, peso, etc.), permitindo que a equipe médica acompanhe em tempo real as métricas do paciente.

Educação em Saúde

O programa enfatiza a educação em saúde como um pilar fundamental para o autocuidado eficaz, visando empoderar os pacientes no gerenciamento de suas condições:

- Sessões educativas regulares: Workshops presenciais e online serão organizados para educar os pacientes sobre a natureza de suas doenças, suas complicações potenciais e os métodos de controle.
- Material educativo: Os pacientes receberão manuais e guias de autocuidado, com orientações detalhadas sobre dieta, controle de estresse, atividade física e adesão ao tratamento.
- Apoio psicológico e emocional: Sessões com psicólogos para apoiar na gestão do estresse e dificuldades emocionais que podem impactar o controle da doença.

Programa de Acompanhamento Intensivo para Pacientes de Alto Risco

Para pacientes considerados de alto risco (com múltiplas comorbidades ou complicações graves), será oferecido um acompanhamento intensivo, com maior frequência de consultas e intervenções terapêuticas. Esses pacientes terão acesso a:

- Consultas quinzenais ou semanais, conforme a necessidade.
- Acompanhamento domiciliar, quando indicado, para avaliação das condições de saúde e suporte ao tratamento.
- Programas de Reabilitação Cardíaca ou respiratória intensiva, quando necessário.

Resultados Esperados

- O programa visa resultados tangíveis em termos de controle da doença e melhoria da qualidade de vida dos pacientes, incluindo:
- Redução das taxas de hospitalização por complicações de doenças crônicas.
- Melhora nos indicadores de saúde, como controle glicêmico, pressão arterial, colesterol e função pulmonar.
- Aumento da adesão ao tratamento, com maior conscientização sobre a importância do autocuidado.
- Melhora na qualidade de vida geral, com pacientes relatando maior bem-estar físico e emocional.

7.7.1.13. Programa de Reabilitação Física e Funcional

Visa proporcionar reabilitação física e funcional para pacientes que sofreram perda de mobilidade ou função devido a doenças crônicas, lesões traumáticas, condições neurológicas, cirurgias ou acidentes, promovendo o restabelecimento da qualidade de vida e a independência funcional.

Objetivos Específicos

- Recuperar a capacidade funcional e motora dos pacientes com comprometimento físico, ajudando-os a retomar as atividades diárias e a reintegração social.
- Promover a reabilitação de pacientes pós-cirúrgicos, com ênfase em cirurgias ortopédicas, neurológicas e cardiovasculares.
- Reduzir o tempo de recuperação e minimizar as sequelas, utilizando intervenções especializadas e técnicas modernas de reabilitação.
- Oferecer suporte psicológico e emocional aos pacientes e seus familiares durante o processo de reabilitação.

Avaliação Multidisciplinar do Paciente

Cada paciente será submetido a uma avaliação completa e multidisciplinar antes de iniciar o programa de reabilitação. Essa avaliação inclui:

- Avaliação Médica: Realizada por um médico especialista em reabilitação (fisiatra), que definirá o tipo e a intensidade do programa necessário.
- Avaliação Fisioterapêutica: Feita por fisioterapeutas para identificar as áreas com maior necessidade de reabilitação, como amplitude de movimento, força muscular, equilíbrio e coordenação motora.
- Avaliação Funcional: Para pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC), lesões medulares ou traumas cranianos, um terapeuta ocupacional realizará uma avaliação funcional detalhada, incluindo habilidades cognitivas, motoras e sensoriais.
- Avaliação Psicológica: Um psicólogo fará a avaliação emocional e comportamental, especialmente em pacientes que estão enfrentando dificuldades de adaptação ou lidando com limitações permanentes.

Elaboração de um Plano de Reabilitação Personalizado (PRP)

Com base na avaliação inicial, será elaborado um Plano de Reabilitação Personalizado (PRP), focado nas necessidades específicas do paciente. Esse plano incluirá:

- Objetivos claros e mensuráveis, como recuperação de mobilidade, força e resistência.
- Cronograma de sessões de reabilitação: Definição de frequência e duração das sessões, de acordo com a gravidade da condição.
- Técnicas específicas de reabilitação, como terapia manual, cinesioterapia, reeducação postural, fortalecimento muscular e terapias respiratórias.
- Acompanhamento psicológico para apoiar a adaptação do paciente ao processo de reabilitação e fortalecer o bem-estar emocional.

Modalidades de Reabilitação Oferecidas

O programa oferece diversas modalidades de reabilitação física e funcional, todas realizadas por profissionais especializados em ambiente adequado, com o uso de equipamentos modernos e seguros:

Fisioterapia Motora:

- Terapia de Mobilização e Fortalecimento: Técnicas para melhorar a força muscular, a amplitude de movimento e a flexibilidade.
- Cinesioterapia: Realização de exercícios terapêuticos que auxiliam na recuperação das funções motoras.
- Terapias Funcionais: Técnicas específicas para melhorar a capacidade funcional nas atividades do dia a dia, como andar, sentar, levantar, entre outros.

Fisioterapia Neurológica:

- Tratamento de pacientes com AVC, lesões medulares ou outras condições neurológicas, com foco em recuperar o controle motor, a coordenação e a propriocepção.
- Estimulação elétrica funcional: Uso de impulsos elétricos para ativar músculos paralisados, promovendo a recuperação de funções perdidas.
- Exercícios de controle motor: Foco na reeducação neuromuscular e na melhoria do equilíbrio e coordenação.

Fisioterapia Respiratória:

- Terapia respiratória para pacientes com doenças pulmonares crônicas (DPOC) ou que se recuperam de cirurgias torácicas, com técnicas de fortalecimento muscular respiratório e drenagem postural.

- Exercícios de controle da respiração e técnicas para melhorar a capacidade pulmonar, prevenindo complicações respiratórias.

Reabilitação Cardiopulmonar:

- Programa para pacientes que se recuperam de cirurgia cardíaca, infarto do miocárdio, ou doenças cardíacas e pulmonares crônicas.
- Inclui exercícios supervisionados de baixa a moderada intensidade, com monitoramento constante dos sinais vitais.

Monitoramento e Reavaliação

O progresso do paciente será monitorado continuamente, e reavaliações serão realizadas periodicamente para ajustar o plano de reabilitação, conforme necessário:

- Sessões de feedback e reavaliação quinzenal para verificar a eficácia do tratamento e ajustar as terapias.
- Uso de ferramentas tecnológicas para monitorar o progresso em tempo real, como aplicativos de monitoramento de mobilidade e exercícios.
- Relatórios clínicos regulares serão fornecidos ao médico responsável, garantindo o alinhamento entre os cuidados clínicos e o plano de reabilitação.

Suporte Psicossocial

Além do suporte físico, a reabilitação funcional inclui apoio psicológico e social:

- Apoio emocional contínuo: Psicólogos acompanharão pacientes que apresentam dificuldades emocionais ou de adaptação à nova condição física, trabalhando questões como a aceitação da condição e a motivação para o tratamento.
- Grupos de Apoio: Pacientes poderão participar de grupos de apoio formados por outros pacientes em reabilitação, o que proporciona trocas de experiências e motivação.
- Suporte familiar: Sessões de orientação e suporte também estarão disponíveis para os familiares, ajudando-os a entender o papel que desempenham no processo de reabilitação do paciente.

Resultados Esperados

Os resultados esperados do programa incluem:

- Aumento da mobilidade e restauração funcional para atividades diárias.
- Redução de complicações pós-operatórias e melhora da capacidade física e respiratória.
- Melhora na qualidade de vida dos pacientes, proporcionando maior independência nas atividades de vida diária.

- Redução da necessidade de intervenções cirúrgicas adicionais ou de longo prazo.
- Apoio psicológico e emocional sólido para o paciente e sua família, promovendo a aceitação e a integração social.
-

7.7.1.14. Programa de Apoio Psicológico e Saúde Mental

Visa oferecer um atendimento especializado e contínuo em saúde mental, com foco na prevenção, diagnóstico precoce, e tratamento de transtornos psicológicos, como ansiedade, depressão, burnout, e síndrome do pânico. O programa também visa promover o bem-estar emocional de pacientes e profissionais de saúde, ajudando-os a lidar com questões emocionais e estresse, além de fornecer suporte a pessoas com doenças crônicas.

Objetivos Específicos

- Prevenir e tratar transtornos mentais com ações focadas na redução do estigma, no diagnóstico precoce e na intervenção terapêutica adequada.
- Fornecer suporte emocional e psicológico a pacientes com doenças crônicas e a seus familiares, ajudando-os a lidar com os desafios associados às condições de saúde prolongadas.
- Prevenir e reduzir o burnout entre os profissionais de saúde, promovendo estratégias de enfrentamento do estresse e melhoria do ambiente de trabalho.
- Fortalecer a resiliência emocional dos indivíduos atendidos, promovendo a saúde mental e o bem-estar geral.

Avaliação Psicológica e Psiquiátrica Inicial

Cada paciente será submetido a uma avaliação psicológica completa, conduzida por psicólogos e psiquiatras especializados. Esta avaliação inclui:

- Entrevistas clínicas estruturadas, para avaliação dos sintomas e histórico de saúde mental.
- Testes psicométricos padronizados, quando necessário, para medir níveis de ansiedade, depressão, estresse e outros transtornos.
- Avaliação psiquiátrica: Em casos que requeiram tratamento medicamentoso, um psiquiatra avaliará a necessidade de intervenções farmacológicas, como antidepressivos ou ansiolíticos.

Modalidades de Atendimento

O programa oferecerá diversas modalidades de atendimento, adaptadas às necessidades individuais e contextos específicos:

I. Psicoterapia Individual:
   i. Sessões regulares de terapia cognitivo-comportamental (TCC), psicanálise, ou outras abordagens terapêuticas, adaptadas a cada paciente.
   ii. Enfoque no manejo de sintomas como ansiedade, depressão, estresse, fobias e transtornos de personalidade.
   iii. Psicoterapia breve para casos de crise ou demandas de curto prazo, com foco em solução de problemas.

II. Psicoterapia em Grupo:
   i. Grupos terapêuticos organizados por faixa etária, diagnóstico ou tipo de demanda, oferecendo um espaço seguro para o compartilhamento de experiências e desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais.
   ii. Grupos de apoio para pessoas com doenças crônicas ou familiares de pacientes crônicos, promovendo suporte emocional e a troca de vivências.
   iii. Grupos focados em temas como controle da ansiedade, autocuidado e gestão do estresse.

III. Atendimento Psiquiátrico:
   i. Avaliação psiquiátrica contínua para pacientes que necessitam de acompanhamento medicamentoso, com monitoramento regular da eficácia dos medicamentos e ajuste de doses.
   ii. Terapia combinada com suporte psicoterápico, garantindo um tratamento completo e multidimensional.

IV. Tele psicologia e tele psiquiatria:
   i. Para ampliar o acesso, será oferecido atendimento psicológico e psiquiátrico por meio de tele consultas, especialmente para pacientes que residem em áreas distantes ou que enfrentam dificuldades de mobilidade.
   ii. Plataformas digitais seguras permitirão o acompanhamento remoto de casos leves e moderados, evitando a interrupção do tratamento.

Programa de Apoio Psicológico a Profissionais de Saúde

Este subprograma tem como foco os profissionais de saúde que estão na linha de frente do atendimento e que frequentemente enfrentam altos níveis de estresse, ansiedade e burnout. As principais intervenções incluem:

I. Suporte Psicológico Individual:

a. Sessões individuais com psicólogos especializados em transtornos relacionados ao trabalho, como burnout, estresse ocupacional, e exaustão emocional.
b. Estratégias para o desenvolvimento de resiliência e habilidades de enfrentamento para lidar com a carga de trabalho.

II. Grupos de Apoio:
a. Grupos de apoio terapêutico para enfermeiros, médicos, e outros profissionais de saúde, promovendo o compartilhamento de experiências, apoio mútuo e soluções para enfrentamento do estresse.
b. Workshops de autocuidado, com foco em técnicas de relaxamento, mindfulness e gestão do tempo.

III. Acompanhamento Preventivo:
a. Implementação de programas de monitoramento de saúde mental para identificar sinais precoces de esgotamento entre os profissionais de saúde.
b. Treinamentos e capacitações sobre gestão do estresse, práticas de autocuidado e melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Grupos de Terapias Alternativas

As terapias alternativas e complementares têm demonstrado eficácia no manejo do estresse e na promoção do bem-estar emocional. O programa oferece as seguintes terapias:

I. Programa de Mindfulness e Meditação:
a. Sessões de Mindfulness (atenção plena) e meditação para ajudar os pacientes a reduzir o estresse, controlar a ansiedade e melhorar o foco mental.
b. Práticas guiadas por profissionais especializados, com sessões regulares presenciais e online.

II. Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Mindfulness (MBCT): Um programa estruturado de 8 semanas para pacientes com ansiedade, depressão, e transtornos de estresse, que combina técnicas da terapia cognitivo-comportamental com práticas de Mindfulness.

III. Arteterapia e Musicoterapia:
a. Sessões de arteterapia e musicoterapia como formas de expressão emocional e manejo do estresse, permitindo que os pacientes explorem suas emoções de maneira não verbal.
b. Essas terapias são especialmente úteis para pacientes com dificuldade em expressar verbalmente seus sentimentos e para crianças e adolescentes.

Educação em Saúde Mental

A educação em saúde mental é fundamental para prevenir o agravamento dos transtornos e reduzir o estigma associado a eles. O programa oferece:

I. Workshops de Saúde Mental:
   a. Palestras e workshops periódicos para pacientes, familiares, e profissionais de saúde, com foco na prevenção de transtornos mentais, gestão do estresse e melhora do bem-estar emocional.
   b. Workshops temáticos, abordando tópicos como depressão, ansiedade, transtornos do humor, e práticas de autocuidado.

II. Distribuição de Material Educativo: Guias, folhetos e vídeos explicativos serão distribuídos para os pacientes e seus familiares, abordando técnicas de autocuidado, como técnicas de respiração, exercícios físicos, e práticas de relaxamento.

III. Campanhas de Conscientização: Realização de campanhas de conscientização para a comunidade, visando desmistificar os transtornos mentais e promover a importância do apoio emocional e psicológico.

Acompanhamento de Longo Prazo

O programa assegura o acompanhamento de longo prazo dos pacientes para garantir a manutenção da saúde mental, prevenindo recaídas:

- Reavaliações periódicas para ajustar o tratamento conforme a evolução dos sintomas.
- Grupos de apoio contínuos para suporte emocional e reintegração social de pacientes com transtornos mentais crônicos.
- Linha de atendimento emergencial para pacientes em crises agudas de saúde mental, oferecendo suporte imediato.
-

Resultados Esperados

Os resultados esperados do programa incluem:

- Redução dos sintomas de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e burnout, melhorando a funcionalidade e o bem-estar dos pacientes.
- Aumento do acesso ao tratamento de saúde mental, tanto presencial quanto por tele consulta.
- Prevenção de crises emocionais e hospitalizações, garantindo um acompanhamento contínuo e preventivo.
- Melhora da qualidade de vida dos profissionais de saúde, com redução dos índices de burnout e estresse ocupacional.

- Fortalecimento da rede de apoio emocional, integrando pacientes, familiares e profissionais de saúde.

7.7.1.15. Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nas Policlínicas

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e foram formalmente incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em 2006. Essa política foi ampliada pela Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017 e pela Portaria nº 702/GM/MS de 21 de março de 2018, somando atualmente 29 práticas reconhecidas no âmbito do SUS. Amplamente adotadas ao redor do mundo, são baseadas em abordagens terapêuticas complementares que abrangem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de serem aplicadas como tratamentos auxiliares para diversas condições crônicas e agudas. O uso de PIC tem demonstrado benefícios comprovados no manejo da dor crônica, doenças não transmissíveis e bem-estar integral. Práticas Integrativas e Complementares Disponíveis no SUS:

Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Cromoterapia, Dança Circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas Medicinais/Fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais, Termalismo Social/Crenoterapia, Yoga, Constelação Familiar

Oferta de Práticas Integrativas e Complementares nas Policlínicas

A Policlínica realizará uma análise das necessidades da população, identificando as práticas que mais beneficiarão os pacientes. Práticas como acupuntura, quiropraxia, yoga e meditação são amplamente indicados para o manejo da dor e promoção de saúde mental.

Os profissionais de saúde que atuarão com as PICs passarão por treinamentos específicos, garantindo a qualificação necessária para conduzir essas práticas de acordo com as exigências legais e as melhores práticas clínicas. Será fundamental assegurar que a equipe multidisciplinar esteja bem capacitada para atuar em suas áreas de especialização.

As práticas integrativas serão integradas ao plano de atendimento da Policlínica, atuando de forma complementar aos serviços médicos convencionais. A comunicação entre os

profissionais será crucial para garantir que as PICs sejam utilizadas de maneira eficaz e segura para os pacientes.

Será implementado um sistema de monitoramento contínuo, com registros de cada sessão de PIC e avaliações regulares sobre a evolução do paciente. O acompanhamento de indicadores de saúde ajudará a mensurar os benefícios das práticas e a ajustar o plano de atendimento conforme necessário.

7.7.1.16. **Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial**

O Serviço Especializado do Processo Transexualizador na Modalidade Ambulatorial tem como objetivo proporcionar acompanhamento clínico, psicossocial e terapias hormonais seguras e humanizadas para pessoas transexuais e travestis, garantindo o acesso a cuidados especializados para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal. Esse serviço também assegura o acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar, promovendo a saúde mental e a inclusão social de pessoas trans durante o processo de afirmação de gênero.

Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar

A equipe responsável pelo acompanhamento das pessoas transexuais e travestis no processo transexualizador deve ser composta, minimamente, pelos seguintes profissionais:

- Médico (Clínico Geral, Endocrinologista, Ginecologista e/ou Urologista): O médico será responsável pela prescrição hormonal e pelo acompanhamento da saúde física dos pacientes, monitorando as mudanças fisiológicas e ajustando as dosagens conforme necessário.
- Médico Psiquiatra: O psiquiatra garantirá o acompanhamento de saúde mental, avaliando possíveis transtornos psicológicos ou psiquiátricos, e ajustando tratamentos psicotrópicos conforme indicado.
- Psicólogo: Oferecerá suporte emocional e acompanhamento psicossocial para o paciente durante o processo de transição de gênero, garantindo a saúde mental e ajudando a enfrentar os desafios psicossociais associados ao processo transexualizador.
- Enfermeiro: Realizará monitoramento dos sinais vitais, aplicação de medicações hormonais e orientações sobre cuidados básicos de saúde.
- Assistente Social: O assistente social trabalhará na inclusão social dos pacientes, orientando-os sobre seus direitos e facilitando o acesso aos serviços públicos, como políticas de saúde e sociais voltadas para a população trans.

- Nutricionista (opcional): Oferecerá suporte no ajuste de dieta e nutrição, considerando os efeitos metabólicos e físicos das terapias hormonais.
- Fonoaudiólogo (opcional): Auxiliará na modulação vocal, conforme as necessidades do paciente, para adequar a voz à sua identidade de gênero, fornecendo orientações terapêuticas e exercícios de treino vocal.

Exames Laboratoriais e de Imagem

Para um acompanhamento clínico adequado, serão realizados exames laboratoriais e de imagem de rotina, para garantir a segurança e eficácia da hormonização cruzada e detectar precocemente possíveis complicações clínicas. A tabela abaixo descreve os exames a serem realizados para Mulheres Trans/Travestis e Homens Trans/Transmasculinos.

Exames para Mulheres Trans/Travestis:

Laboratoriais:	Imagem:
• Hemograma • Glicemia de Jejum • Colesterol Total e Frações • Creatinina (CR) e Ureia (UR) • Potássio (K+) • TGO / TGP • Testosterona Total • Estradiol • Prolactina • Hormônio Luteinizante (LH) • Hepatites A, B e C • HIV e Sífilis	• USG Abdome • USG Pélvico (via abdominal) • USG Mama

Exames para Homens Trans/Transmasculinos:

Laboratoriais:	Imagem:
• Hemograma • Glicemia de Jejum • Colesterol Total e Frações • Creatinina (CR) e Ureia (UR) • Potássio (K+) • TGO / TGP	• USG Abdome • USG Pélvico (via abdominal) • Mamografia (caso aplicável)

• Testosterona Total • Estradiol • Prolactina • Hormônio Luteinizante (LH) • Hepatites A, B e C • HIV e Sífilis • PSA (Antígeno Prostático Específico)	

Fármacos Utilizados no Processo Transexualizador

O acompanhamento clínico para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal será realizado com o uso de fármacos adequados para cada caso. Esses medicamentos devem ser fornecidos aos pacientes de forma contínua, e o processo de administração será monitorado regularmente pela equipe médica e de enfermagem. Abaixo está o quadro dos fármacos utilizados, divididos entre Masculino para Feminino (MtF) e Feminino para Masculino (FtM).

Fármacos para MtF (Masculino para Feminino):	Fármacos para FtM (Feminino para Masculino):
• Acetato de Ciproterona 50 mg - comprimido: Utilizado para bloquear a produção de testosterona. • Espironolactona 25 mg ou 100 mg - comprimido: Atua como bloqueador da testosterona, ajudando na feminização. • Valerato de Estradiol 2 mg - drágeas: Hormônio feminino utilizado para induzir características femininas, como desenvolvimento mamário. • Acetato de ciproterona 2 mg + Etinilestradiol 0,035 mg - drágea: Combinação de hormônios para bloqueio da testosterona e indução de características femininas.	• Undecilato de Testosterona 250 mg/ml - solução injetável: Promove a masculinização, induzindo características como aumento de massa muscular e crescimento de pelos faciais. • Testosterona 1% ou 5% - gel: Aplicado diretamente na pele para aumentar os níveis de testosterona. • Cipionato de Testosterona 200 mg/2ml - solução injetável: Alternativa para hormonização masculina com administração injetável. • Propionato de testosterona 30 mg + fempropionato de testosterona 60 mg + isocaproato de testosterona 60 mg + decanoato de testosterona 100 mg -

• Algestona acetofenida 150 mg + enantato de estradiol 10 mg - solução injetável: Usado em injeções hormonais para promover feminização. • Estrogênios conjugados 0,625 mg - drágeas: Para manutenção de níveis hormonais femininos em longo prazo.	solução injetável: Combinado de testosteronas para promover a masculinização de forma eficaz.

Monitoramento e Ressarcimento de Medicamentos

É importante ressaltar que o Undecilato de Testosterona 250 mg/ml será fornecido e custeado por meio de ressarcimento após a comprovação da efetiva execução do tratamento, mediante relatórios médicos e/ou dados extraídos do Sistema Oficial de Prontuários ou Sistema de Gestão Hospitalar. Esse procedimento garante a transparência no fornecimento de medicamentos, assegurando que os pacientes recebam o tratamento adequado.

O fluxo de atendimento no Serviço Especializado do Processo Transexualizador segue um modelo coordenado que integra a Atenção Primária, a Regulação Estadual e a Policlínica Estadual de Quirinópolis , proporcionando um acompanhamento especializado e humanizado para as pessoas transexuais e travestis que buscam assistência para o processo transexualizador. Esse fluxo é essencial para garantir a priorização adequada, o acompanhamento clínico integral e a dispensação segura de fármacos.

O primeiro passo no fluxo de atendimento é o encaminhamento das pessoas transexuais e travestis que demandam assistência especializada. Esse encaminhamento será feito pelas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) da macrorregião, utilizando os critérios definidos no Protocolo Clínico Estadual de Regulação do Acesso Ambulatorial.

I. Critérios de Encaminhamento
   a. As equipes de Atenção Primária (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) identificarão pacientes que necessitam de acompanhamento especializado para o processo transexualizador, com base em suas necessidades clínicas, estado psicológico e demanda por hormonização cruzada.
   b. Na APS, será feita uma avaliação inicial do paciente, incluindo coleta de informações clínicas básicas e realização de exames laboratoriais preliminares. A partir dessa avaliação, o paciente será referenciado à Policlínica, garantindo que chegue com informações completas sobre seu quadro clínico.

c. O sistema de Regulação Estadual será utilizado para gerenciar o encaminhamento. As unidades de APS encaminharão os casos para a Regulação Estadual, que será responsável por triagem e priorização com base na gravidade do caso e nas necessidades imediatas do paciente, determinando o prazo para o atendimento na Policlínica.

II. Priorização e Gestão de Filas

a. A Regulação Estadual seguirá critérios específicos de prioridade, levando em conta fatores como o estado de saúde do paciente, a necessidade de intervenção rápida para iniciar ou ajustar a hormonização, e o risco psicossocial. Casos mais urgentes, como pacientes que apresentam instabilidade emocional ou desequilíbrio hormonal severo, serão atendidos com prioridade.

b. A lista de espera por serviços ambulatoriais especializados será gerida pela Regulação Estadual, garantindo que todos os pacientes que necessitam do serviço tenham sua posição na fila monitorada de maneira transparente. A gestão dessas listas permitirá que a demanda seja adequadamente distribuída conforme a capacidade operacional da Policlínica, otimizando o uso dos recursos disponíveis.

Após o encaminhamento via Regulação, o paciente será atendido pela equipe especializada na Policlínica. O matriciamento desempenhará um papel crucial, conectando a equipe assistente da Policlínica com a expertise técnica do Ambulatório Especializado no Processo Transexualizador do Hospital Dr. Alberto Rassi/HGG.

O matriciamento será coordenado pelo Hospital Dr. Alberto Rassi/HGG, que oferecerá treinamento contínuo e suporte técnico para a equipe da Policlínica. A capacitação será periódica, garantindo que os profissionais envolvidos no atendimento especializado estejam atualizados com as melhores práticas no processo transexualizador.

O matriciamento permitirá a integração entre o Hospital HGG e a Policlínica, promovendo um compartilhamento de responsabilidades e boas práticas clínicas. Dessa forma, a Policlínica poderá adotar protocolos de excelência e implementar estratégias de atendimento que seguem padrões reconhecidos, melhorando a qualidade do serviço.

Acompanhamento Clínico na Policlínica

I. Primeira Consulta: Na primeira consulta, o paciente será avaliado por uma equipe multiprofissional que incluirá médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e, se necessário, nutricionistas e fonoaudiólogos. Durante essa consulta, será elaborado um plano terapêutico individualizado, que incluirá a prescrição inicial de fármacos para hormonização cruzada e bloqueio hormonal.

II. Monitoramento Periódico: O paciente terá consultas regulares para o monitoramento clínico, com avaliações laboratoriais periódicas, exames de imagem (como ultrassonografias ou mamografias), e acompanhamento do estado psicossocial. O ajuste das doses hormonais será realizado conforme a resposta do organismo e a evolução do quadro clínico.

Dispensação de Fármacos

A dispensação dos fármacos para hormonização cruzada e bloqueio hormonal será realizada de acordo com a prescrição médica, que pode variar conforme o quadro clínico e a necessidade de ajustes. Esses fármacos são fundamentais para o acompanhamento e garantirão que o paciente possa passar pelo processo de transição de gênero de maneira segura e eficaz.

A periodicidade da prescrição dos fármacos (como acetato de ciproterona, estradiol, ou testosterona) será ajustada conforme as condições clínicas de cada paciente. No início do processo, os pacientes serão monitorados com maior frequência para assegurar que o corpo responda adequadamente às terapias hormonais.

A equipe médica da Policlínica revisará os resultados dos exames laboratoriais periódicos e fará ajustes na prescrição de fármacos quando necessário. A renovação da prescrição também levará em consideração a evolução clínica e o acompanhamento dos efeitos colaterais.

A dispensação dos fármacos será feita de forma organizada e monitorada, com registros detalhados no Sistema Oficial de Prontuários e no Sistema de Gestão Hospitalar. Isso permitirá o rastreamento da utilização dos medicamentos, garantindo que os pacientes recebam o tratamento adequado de maneira contínua.

Fármacos como o Undecilato de Testosterona 250 mg/ml, que será custeado por meio de ressarcimento após comprovação do uso, terão seu fornecimento controlado pelo setor de monitoramento da SES-GO. O fornecimento desses medicamentos será validado com base em relatórios médicos e a utilização efetiva comprovada por meio de dados clínicos.

Após cada etapa do acompanhamento especializado na Policlínica, o paciente poderá ser referenciado de volta à Atenção Primária para o seguimento de cuidados de rotina. No entanto, o processo de contrarreferência será sempre feito com base no estado de saúde do paciente e nas recomendações do protocolo clínico.

O fluxo entre a Atenção Primária e a Policlínica será constante, com os dados do paciente compartilhados de forma segura por meio de prontuários eletrônicos integrados. Isso garante que o paciente receba acompanhamento contínuo, tanto no nível especializado quanto no nível primário.

Atendimento Humanizado e Inclusivo

O atendimento humanizado e inclusivo é um dos pilares centrais do Serviço Ambulatorial do Processo Transexualizador, assegurando que as pessoas trans e travestis recebam um cuidado digno, respeitoso e confidencial ao longo de sua jornada de transição de gênero. Para garantir que o atendimento seja verdadeiramente humanizado, a equipe multiprofissional da Policlínica será treinada para acolher os pacientes de maneira a respeitar suas identidades de gênero, proporcionando um ambiente de segurança emocional, empatia, e privacidade em todas as fases do atendimento.

O primeiro passo para garantir um atendimento humanizado é a capacitação especializada de todos os profissionais que farão parte da equipe do processo transexualizador. Isso inclui médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos e outros membros da equipe.

Todos os profissionais serão capacitados em diversidade de gênero e identidade de gênero, com foco em entender as particularidades do processo transexualizador e as demandas de saúde específicas de pessoas trans e travestis. Essa formação incluirá abordagens sobre gênero e sexualidade, respeito ao nome social, uso correto de pronomes, e a compreensão dos desafios sociais e psicológicos enfrentados por essas populações.

Os profissionais também serão treinados para oferecer um acolhimento humanizado, estabelecendo relações de confiança com os pacientes e criando um ambiente onde eles possam expressar suas preocupações de saúde sem medo de discriminação ou julgamento. O acolhimento inicial será fundamental para estabelecer um vínculo terapêutico que permita um acompanhamento mais eficiente e integrado.

Cada paciente que buscar o serviço ambulatorial será tratado com respeito absoluto à sua identidade de gênero, sendo o uso do nome social garantido desde o momento de sua recepção até a alta. O atendimento será personalizado de acordo com as necessidades individuais e as expectativas que o paciente tem em relação ao seu processo de transição.

Desde o agendamento da consulta até a realização de exames e procedimentos, o nome social do paciente será sempre utilizado. A equipe também será capacitada para utilizar os pronomes corretos, conforme solicitado pelo paciente, criando um ambiente de respeito e reconhecimento.

Todos os procedimentos e consultas seguirão rígidos protocolos de confidencialidade, protegendo a privacidade dos pacientes e garantindo que todas as informações sobre sua transição e estado de saúde sejam mantidas em sigilo, conforme preceitos éticos e as diretrizes do Código de Ética Médica e do SUS.

O ambiente físico da Policlínica será organizado para proporcionar conforto e segurança aos pacientes trans e travestis. Espaços de espera acolhedores, com privacidade garantida, e atendimento que promova inclusão e empatia serão fundamentais para que os pacientes se sintam seguros e respeitados.

As salas de espera serão organizadas para garantir discrição e segurança emocional aos pacientes, com espaços que promovam o bem-estar e a aceitação, evitando situações que possam gerar constrangimento ou discriminação.

Além disso, a Policlínica criará um ambiente de apoio com orientações psicossociais, onde os pacientes poderão acessar informações sobre direitos, assistência social e serviços de suporte comunitários. Isso contribuirá para a construção de um vínculo positivo com o serviço de saúde e permitirá que os pacientes encontrem suporte emocional em todas as fases do processo.

O atendimento humanizado também inclui uma abordagem cuidadosa e sensível às necessidades psicológicas e emocionais dos pacientes. Muitas pessoas trans e travestis enfrentam desafios emocionais e psicológicos associados à discriminação, violência de gênero e a complexidade de sua transição de gênero. Por isso, o suporte emocional será parte integral do atendimento.

A equipe de psicólogos e assistentes sociais oferecerá um apoio contínuo ao longo do processo transexualizador, ajudando os pacientes a lidar com ansiedades, preocupações e eventuais dificuldades emocionais que possam surgir durante a transição. Esse apoio inclui sessões individuais de terapia e grupos de suporte, sempre focados na aceitação e no autocuidado.

A saúde mental será tratada como um componente fundamental no processo de transição de gênero, e a equipe médica, em parceria com psicólogos e psiquiatras, estará preparada para avaliar e ajustar as abordagens terapêuticas, garantindo que o paciente receba o suporte adequado em momentos críticos da transição.

O serviço ambulatorial também buscará promover a saúde integral das pessoas trans e travestis, oferecendo orientações sobre bem-estar físico, nutrição, autocuidado e prevenção de doenças. Além do foco em hormonização cruzada, o serviço será um espaço para que os pacientes recebam informações e educação em saúde, garantindo que eles possam manter um estilo de vida saudável durante e após a transição.

Serão promovidos workshops e palestras educativas sobre temas como saúde sexual e reprodutiva, autocuidado durante a transição, nutrição e exercícios físicos, abordando os efeitos das terapias hormonais e orientando sobre práticas de autocuidado para prevenir possíveis complicações.

O serviço também contará com o suporte de assistentes sociais que fornecerão orientações sobre direitos sociais, políticas públicas voltadas para a população trans e acesso a serviços essenciais, como documentação com nome social, inserção no mercado de trabalho e acesso à educação. Esse suporte garantirá que os pacientes tenham acesso a uma rede de proteção social, promovendo inclusão e respeito na sociedade.

Para garantir que o atendimento humanizado seja constantemente aprimorado, será implementado um sistema de feedback contínuo por meio do qual os pacientes poderão avaliar o atendimento recebido. Esse sistema permitirá que a Policlínica faça ajustes contínuos em seus processos, buscando sempre melhorar a experiência dos pacientes e garantir que suas expectativas sejam atendidas.

Após cada consulta ou procedimento, os pacientes serão convidados a fornecer feedback anônimo, permitindo que o serviço se adapte continuamente para melhor atender às suas necessidades.

A Policlínica utilizará os resultados dessas avaliações para ajustar os protocolos, melhorar a comunicação da equipe e garantir que o atendimento continue sendo inclusivo e humanizado.

7.7.1.17. **Serviço de Assistência Especializada (SAE)**

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) é um serviço ambulatorial essencial voltado para o atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais. Esse serviço tem como objetivo principal oferecer um atendimento integral, humanizado e de alta qualidade, assegurando que os pacientes sejam acompanhados ao longo de suas vidas por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar. O SAE é responsável por fornecer assistência clínica, terapêutica, farmacêutica e psicossocial, garantindo que os pacientes tenham acesso contínuo a cuidados que atendam todas as suas necessidades.

O Serviço de Assistência Especializada tem como foco a prevenção, tratamento, monitoramento e assistência integral aos pacientes com HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo é manter os pacientes fixos em uma equipe multidisciplinar que proporcionará o acompanhamento necessário para enfrentar a progressão da doença, mantendo a qualidade de vida e prevenindo complicações.

O SAE conta com uma equipe mínima composta por diversos profissionais da saúde, que garantem um acompanhamento completo. A equipe inclui:

- Médico infectologista: Responsável pelo tratamento clínico e acompanhamento especializado das pessoas com HIV/Aids e Hepatites Virais.

- Farmacêutico: Responsável pela dispensação de medicamentos e acompanhamento terapêutico, assegurando que os pacientes estejam aderindo ao tratamento.
- Enfermeiro: Realiza acompanhamento regular, fornecendo orientações sobre cuidados e prevenção de complicações.
- Psicólogo: Oferece suporte emocional e psicológico aos pacientes, ajudando-os a enfrentar o impacto psicológico das doenças.
- Assistente Social: Fornece orientações e apoio social, ajudando os pacientes a acessar direitos e políticas públicas voltadas para pessoas com HIV/Aids e Hepatites Virais.
- Cirurgião-dentista (clínico geral): Oferece cuidados odontológicos básicos, uma necessidade importante para pacientes imunocomprometidos.
- Técnico de enfermagem: Auxilia no acompanhamento de rotina e na execução dos cuidados diários.

O SAE executa uma série de atividades voltadas para o bem-estar dos pacientes, com foco na prevenção de complicações e promoção da adesão ao tratamento. As principais atividades incluem:

- Atendimento Clínico integral, humanizado e contínuo a pacientes com HIV/Aids e Hepatites Virais, garantindo diagnóstico preciso, acompanhamento especializado e tratamento adequado. Esse protocolo visa assegurar que todos os pacientes tenham acesso a cuidados médicos multidisciplinares de alta qualidade, conforme os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
- Assistência Terapêutica e Farmacêutica integral a pacientes com HIV/Aids e Hepatites Virais, garantindo a dispensação correta dos medicamentos, orientações sobre o uso adequado, e o monitoramento contínuo da adesão ao tratamento.
- Coleta de Amostras e Exames Laboratoriais realizados de maneira segura, eficiente e com
- Suporte Psicossocial contínuo e integral a pacientes com HIV/Aids, Hepatites Virais, e outras condições crônicas ou agudas, visando promover a saúde mental e o bem-estar social dos pacientes
- Medidas de biossegurança necessárias para proteger os profissionais de saúde, pacientes e visitantes da Policlínica Estadual de Quirinópolis - Unidade Quirinópolis contra riscos biológicos, químicos e físicos.

7.7.1.17.1. **Medicamentos e Logística de Dispensação**

A distribuição e dispensação de medicamentos na Policlínica Estadual de Quirinópolis - Unidade Quirinópolis seguirão protocolos rígidos, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs do Ministério

da Saúde, respeitando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs). A implementação desse protocolo visa assegurar que os medicamentos sejam armazenados e dispensados de forma segura, eficiente e acessível, promovendo o uso racional e responsável, conforme as normas de Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos.

O Centro de Gestão Integrada (CGI) será o principal responsável pela gestão e operação da logística de medicamentos. O CGI irá:

- Garantir que todos os medicamentos recebidos sejam armazenados de forma segura, em conformidade com as normativas de temperatura, umidade e segurança. O armazenamento adequado é fundamental para garantir a eficácia dos medicamentos.
    - Medicamentos termolábeis (que precisam de refrigeração) serão armazenados em câmaras frias com monitoramento constante de temperatura.
    - Medicamentos de uso controlado terão armazenamento especial, com restrição de acesso e controle rígido de entrada e saída.
- A CGI garantirá a aplicação das Boas Práticas de Armazenamento, assegurando que todos os medicamentos estejam devidamente organizados conforme os critérios de validade, lotes e classificação. Os processos de armazenagem seguirão o princípio de PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair), para garantir que medicamentos com prazos de validade próximos sejam dispensados primeiro.
- Manter inventários regulares e controles rigorosos do estoque de medicamentos, a fim de evitar falta ou excesso de medicamentos.
- A CGI será responsável por implementar um sistema de rastreamento completo para todos os medicamentos, assegurando que cada lote de medicamento recebido e dispensado seja registrado no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Todos os dados de movimentação de estoque e dispensação serão documentados e auditados.
-

Consulta Farmacêutica:

O serviço de consulta farmacêutica será uma parte essencial da dispensação de medicamentos, garantindo que os pacientes recebam orientação clara e personalizada sobre o uso adequado de seus medicamentos. A consulta farmacêutica será conduzida por farmacêuticos especializados, que terão as seguintes responsabilidades:

- Orientação Individualizada: Cada paciente receberá uma consulta detalhada, na qual o farmacêutico irá:
    - Explicar a dose, horário, modo de uso e duração do tratamento.

- Informar sobre os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas, garantindo que o paciente compreenda como minimizar esses riscos.
- Verificar a adesão ao tratamento e o entendimento do paciente sobre a importância de seguir corretamente as prescrições médicas.

- O farmacêutico fará uma revisão de todos os medicamentos que o paciente estiver utilizando, verificando se há interações entre eles ou com outras condições de saúde, especialmente em pacientes com comorbidades, como HIV, Hepatites Virais, e outras doenças crônicas.
- A consulta farmacêutica também incluirá o monitoramento contínuo da adesão do paciente ao tratamento. O farmacêutico verificará se o paciente está tomando os medicamentos corretamente e identificará barreiras que possam estar dificultando a adesão, oferecendo soluções para superá-las.
- A equipe farmacêutica registrará e acompanhará quaisquer reações adversas que os pacientes possam relatar, encaminhando esses casos para investigação e ajustando o tratamento, se necessário.

O processo de dispensação de medicamentos na Policlínica seguirá um fluxo logístico rigoroso para garantir que o paciente receba seus medicamentos de forma rápida e segura:

- A equipe médica solicitará os medicamentos via Sistema de Prontuário Eletrônico, de acordo com as necessidades terapêuticas do paciente.
- O paciente será notificado para retirar seus medicamentos na farmácia da Policlínica. Na retirada, o paciente será atendido pelo farmacêutico, que realizará a consulta farmacêutica mencionada anteriormente.
- Cada medicamento dispensado será registrado no sistema eletrônico, garantindo o rastreamento da dispensação e permitindo o monitoramento contínuo do estoque.
- A equipe de farmácia fará pedidos de reposição conforme necessário, com base na análise do consumo e estoque disponível, sempre mantendo a previsão de demanda para evitar rupturas no fornecimento.

8. ÁREA QUALIDADE

8.1.Qualidade Objetiva

8.1.1. Comissão de Ética Médica

8.1.1.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

1º. A Comissão de Ética Médica é regida pela Resolução CFM Nº 2.152/2016, destacando que a Comissão de Ética Médica será composta de membros efetivos e suplentes, sempre em

número proporcional ao de membros do Corpo Clínico do **Policlínica Estadual de Quirinópolis** .

2º. A eleição da Comissão de Ética será feita pela votação direta e secreta de todos os médicos pertencentes ao Corpo Clínico e o mandato será conforme normas vigentes estabelecidas pelo CFM. As eleições serão convocadas pelo Coordenador Médico com antecedência de 30 dias, com prazo de inscrição até 14 dias antes da data da assembleia que a elegerá.

3º. Os candidatos à Comissão de Ética se inscreverão individualmente junto ao Coordenador Médico, que nomeará uma junta eleitoral para coordenar as eleições. O mandato da Comissão de Ética Médica será coincidente com o da Gerência Médica, sendo permitida a recondução ao cargo. A presidência da Comissão será exercida pelo membro que obtiver o maior número de votos, escolhendo entre os demais membros o seu secretário.

4º. Em caso de vacância do cargo, será convocado a preenchê-la o suplente que tiver obtido o maior número de votos. Quando houver vacância de metade ou mais dos cargos, será convocada nova eleição para complementar o mandato.

5º. Cada instituição pode elaborar o Regimento Interno da sua comissão de acordo com as peculiaridades, incorporando necessidades que não estão definidas na proposta de regimento modelo, sem, entretanto, deixar de obedecer às diretrizes do CRM/CFM.

6º. Fica facultado ao estabelecimento onde atuarem médicos plantonistas, a prorrogação da eleição por uma semana, a fim de possibilitar que todos os profissionais possam exercer o direito de voto. Nesse caso, a urna e a lista de presença deverão ser guardadas em local seguro e inviolável, sempre sob a supervisão de um membro da Comissão Eleitoral.

7º. A Comissão Eleitoral será escolhida pela Comissão de Ética que estiver cumprindo o mandado, com no mínimo dois membros, um presidente e um secretário, que se responsabilizará pela apuração e resultados do pleito. Cada chapa concorrente poderá indicar um representante para acompanhar os trabalhos eleitorais. Na instituição que ainda não possuir Comissão de Ética Médica, caberá ao responsável técnico indicar os membros da Comissão Eleitoral.

8º. A convocação das eleições será realizada por meio de edital, concedendo um prazo mínimo de 15 dias para as inscrições das chapas.

Atribuições Gerais

Atribuições da Comissão:

I. Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro do Hospital Casa são José;

II. Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;

III. Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na instituição;

IV. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;

V. Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;

VI. Proceder à sindicância, a pedido de interessados, médicos, delegacia do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo médico da Policlínica Estadual de Quirinópolis , eleito por seus pares em eleição direta.

O Regimento Interno desta Comissão irá seguir o MODELO do CRM/CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

8.1.1.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º - As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Artigo 2º - As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo Único: Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 3º - A Comissão de Ética será composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

Artigo 4º - A Comissão de Ética será instalada nos termos do artigo 1º deste Regimento, sendo 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e 01 (um) membro efetivo, mais demais membros e suplentes.

Artigo 5º - Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam em dia com suas obrigações junto ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único: Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Artigo 6º - O mandato da Comissão de Ética será de 30 (trinta) meses.

Artigo 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo Único: Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Artigo 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Artigo 9º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Artigo 10º - Compete às Comissões de Ética:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;
III. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
IV. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
V. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

VI. Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

VII. Verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

VIII. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

IX. Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atuam;

X. Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

XI. Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;

XII. Fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

XIII. Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

XIV. Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

XV. Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;

XVI. Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

XVII. Orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Artigo 11 - Compete aos membros da Comissão de Ética:

I. Eleger o presidente e secretário;

II. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução;

IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 12 - Compete ao presidente da Comissão de Ética:

I. Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;

II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

III. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

IV. Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

V. Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

VI. Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Artigo 13 - Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

IV. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

V. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV - DAS ELEIÇÕES

Artigo 14 - A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regimento.

Artigo 15 - A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Artigo 16 - Os candidatos a comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Artigo 17 - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Artigo 18 - O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Artigo 19 - A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo Único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Artigo 20 - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Artigo 21 - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Artigo 22 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 23 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 24 - A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Artigo 25 - Os atos da Comissão de Ética Médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Artigo 26 - Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "*voto de Minerva*" em caso de empate.

Artigo 27 - As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Artigo 28 - A sindicância será instaurada mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
II. Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico; III. Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
III. Solicitação da Delegacia Regional, seccional ou Representação;
IV. Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Artigo 29 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Artigo 30 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Artigo 31 - O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 32 - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único: Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Artigo 33 - Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Artigo 34 - Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "*ad referendum*" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º - Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 35º - Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 36º - As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Artigo 37º - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicinada jurisdição.

Artigo 38º - Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição

8.1.1.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Convocação da eleição que será realizada pelo diretor clínico, por meio de Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.												
Publicar edital de convocação das eleições; Realizar a inscrição das chapas; Realizar a eleição; Publicar o resultado.												
Informar o resultado da eleição ao Conselho Regional de Medicina do Estado. Validação pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												
Elaboração de relatório mensal; Reuniões mensais.												
Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão; Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema e encaminha-lo ao Conselho Regional de Medicina.												
Replicação da política e da Comissão na Policlínica												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/24 Setembro: xx//09/24 Outubro: xx//01/24 Novembro: xx//11/24 Dezembro: xx//01/24

Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE ETICA MÉDICA	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • O que o médico pode fazer nas redes sociais; • O que é sensacionalismo médico? • Formas de fazer propaganda para médicos na internet (Canal do Yourtube, Relações públicas digital, Redes Sociais. E-mail Marketing. Propaganda de performance. • Quais são os princípios que norteiam o sigilo médico paciente? • Quais os princípios fundamentais seguidos no novo código de ética? • O que é uma conduta médica? • Quais os princípios fundamentais da ética profissional? • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.2. Comissão de Ética Multiprofissional

8.1.2.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A criação da Comissão de Ética Multiprofissional da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** representa um passo decisivo para fortalecer o compromisso da unidade com a prática ética, o respeito aos direitos dos pacientes e a integridade das ações profissionais. Com uma atuação ativa e colaborativa, uma comissão será fundamental para garantir que as decisões clínicas e administrativas estejam sempre embasadas nos melhores princípios éticos, contribuindo para um ambiente de trabalho justo e uma assistência segura. A comissão temo os seguintes objetivos:

- Promover a integridade e a ética no cuidado à saúde,
- Estimular a prática interdisciplinar
- Orientar e fiscalizar a conduta ética dos profissionais,
- Medir e resolver conflitos éticos,

- Fomentar uma cultura de responsabilidade ética,
- Avaliar continuamente a qualidade ética dos serviços prestados

Composição da Comissão de Ética Multiprofissional

- Médico
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Farmacêutico
- Assistente Social
- Psicólogo
- Nutricionista
- Odontólogo
- Representante Administrativo

Competências e Atribuições da Comissão

1. Emitir pareceres sobre questões éticas e profissionais
2. Resolver conflitos éticos ou profissionais
3. Elaborar e revisar o código de conduta ética da Policlínica
4. Oferecer capacitação regular sobre ética e bioética
5. Atuar preventivamente
6. Orientar os profissionais nas tomadas de decisões éticas de Processo de Denúncias e Resolução de Conflitos
7. Recebimento de denúncia**:**
    - Avaliação inicial**:**
    - Convocação das partes
    - Deliberação e decisão
    - Monitoramento pós-decisão**:**

Princípios Norteadores da Comissão

- Respeito à dignidade humana
- Autonomia
- Justiça e equidade
- Transparência e imparcialidade
- Confidencialidade

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao Corpo Clínico do Policlínica Estadual de Quirinópolis , eleito por seus pares em eleição direta.

O Regimento Interno desta Comissão irá seguir o MODELO dos Conselhos regionais de cada categoria dos membros compostos, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

8.1.2.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º - A Comissão de Ética Multiprofissional (CEMu) da Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como objetivo principal zelar pelo cumprimento das normas éticas e legais no exercício das atividades de saúde, orientando, fiscalizando e propondo ações para garantir a qualidade

Artigo 2º- O CEMu é uma instância dentro da instituição, composta por profissionais de saúde de diferentes áreas, atuando de forma sindicante, educativa e fiscalizadora. Está vinculada às normas e resoluções dos Conselhos Regionais e Federal

Artigo 3º - A Comissão de Ética será composta por 9 (nove) membros efetivos e igual número de suplentes;

- Médico
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Farmacêutico
- Assistente Social
- Psicólogo
- Nutricionista
- Odontólogo
- Representante Administrativo

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 4º - A Comissão de Ética multiprofissional será instalada nos termos do artigo 1º deste Regimento, sendo 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e 01 (um) membro efetivo, mais demais membros e suplentes.

Artigo 5º - Não poderão integrar a CEMu os profissionais que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam em dia com suas obrigações junto ao Conselho Regional de sua categoria profissional.

Parágrafo Único: Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Artigo 6º - O mandato da Comissão de Ética multiprofissional será de 30 (trinta) meses.

Artigo 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão aos Conselhos Regionais, imediatamente, após o feito.

Parágrafo Único: Se o membro da CEMu deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Artigo 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Artigo 9º - Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética multiprofissional será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Artigo 10º- Compete às Comissões de Ética multiprofissional

I. Supervisionar e fiscalizar o exercício das atividades profissionais na Policlínica, garantindo que as práticas estejam em conformidade com os preceitos éticos e legais de cada profissão;

II. Orientar os profissionais sobre condutas éticas e promover ações educativas para sensibilização sobre questões éticas e deontológicas;

III. Apurar e investigar, por meio de sindicâncias, eventuais infrações éticas cometidas pelos profissionais, elaborando relatórios e encaminhando-os aos Conselhos Regionais correspondentes;

IV. Informar à direção da Policlínica sobre condições prejudiciais de trabalho que possam comprometer a qualidade da assistência e a ética profissional;

V. Promover a conciliação entre profissionais em casos de conflitos relacionados a condutas éticas;

VI. Encaminhar aos Conselhos Regionais de cada categoria os casos de exercício ilegal da profissão ou condutas que infrinjam normas éticas;

VII. Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades desenvolvidas e encaminhá-los à Direção da Policlínica e aos Conselhos Regionais quando solicitados;

VIII. Propor melhorias nas condições de trabalho e assistência prestada, girando sempre a ética e a excelência no ate

Artigo 11 - Compete aos membros da Comissão de Ética multiprofissional:

I. Eleger o presidente e secretário;

II. Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

III. Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução;

IV. Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 12 - Compete ao presidente da Comissão de Ética multiprofissional

I. Representar a Comissão de Ética Multiprofissional perante as instâncias superiores, inclusive nos Conselhos Regionais;

II. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Multiprofissional;

III. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

IV. Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Multiprofissional, sempre que necessário;

V. Encaminhar aos Conselhos Regionais as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética multiprofissional;

VI. Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Multiprofissional quando da apuração de sindicâncias.

Artigo 13 - Compete ao secretário da Comissão de Ética Multiprofissional:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Multiprofissional;

III. Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Multiprofissional;

IV. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Multiprofissional;

V. Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Multiprofissional.

CAPÍTULO IV - DAS ELEIÇÕES

Artigo 14 - As eleições para a escolha dos membros da Comissão de Ética Multiprofissional serão realizadas a cada 30 (trinta) meses, em eleição direta entre os profissionais da Policlínica

Artigo 15 - A convocação da eleição será feita pela Direção da Policlínica, com publicação de edital no mínimo 30 (trinta) dias antes da data do pleito.

Artigo 16 - Os profissionais interessados na composição da Comissão deverão inscrever-se junto à Direção da Policlínica com antecedência mínima de 15 (quinze)

Artigo 17 - O processo eleitoral decorrerá por uma Comissão Eleitoral, designada pela Direção, que organizará, supervisionará e apurará os votos.

Artigo 18 - Os candidatos eleitos serão empossados imediatamente após a homologação dos resultados pela Comissão Eleitoral e pela Direção da Policlínica.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Artigo 19 - A Comissão de Ética Multiprofissional será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo Único: Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional daquela jurisdição.

Artigo 20 - As deliberações da Comissão serão tomadas por maioria simples dos votos presentes, cabendo ao presidente

Artigo 21 - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão secretariadas, com a lavratura de atas, e os documentos serão arquivados para garantir a continuidade e a transparência das ações

Artigo 22 - Todos os atos e deliberações da Comissão, especialmente os relacionados à apuração de denúncias e sindicâncias, possuem caráter sigiloso, preservando a confidencialidade das informações e das partes envolvidas.

CAPÍTULO VI - DAS SINDICÂNCIAS E PROCEDIMENTOS DISCIPLINARES

Artigo 23 - A Comissão de Ética Multiprofissional poderá instaurar sindicância a partir de denúncia fundamentada e identificada ou de ofício, por deliberação

Artigo 24 - Os documentos relativos à apuração dos fatos, como prontuários, relatórios e demais provas, serão anexados ao processo de sindicância, sendo de acesso exclusivo às partes envolvidas e aos

Artigo 25 - Concluída a sindicância, a Comissão deverá elaborar um relatório circunstanciado e, quando for cabível, encaminhá-lo ao Conselho Regional de cada categoria profissional para providências legais.

Artigo 26 - Nos casos em que a sindicância não indique infrações éticas graves, a Comissão poderá optar por medidas conciliatórias entre as partes envolvidas, sempre em conformidade com as diretrizes dos Conselhos Profissionais.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 27 - Este Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da maioria dos membros da Comissão e aprovação da Direção da Policlínica Estadual de Quirinópolis .

Artigo 28 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão de Ética Multiprofissional, com base nas normas éticas vigentes do Conselho

Artigo 29 - Este Regimento Interno entra em vigor a partir da sua aprovação pela Direção da Policlínica e será divulgado a todos os meios de comunicação da unidade e órgãos de classe.

8.1.2.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Convocação da eleição que será realizada pelo diretor clínico, por meio de Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os candidatos à CEMu deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.												
Publicar edital de convocação das eleições; Realizar a inscrição das chapas; Realizar a eleição; Publicar o resultado.												
Informar o resultado da eleição aos Conselhos Regionais do Estado de Goiás Validação pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												
Elaboração de relatório mensal; Reuniões mensais.												

Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão; Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema e encaminha-lo aos Conselhos Regionais do Estado de Goiás.												
Replicação da política e da Comissão na Policlínica												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
Comissão de Ética Multiprofissional
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.

• Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24

Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
Comissão De Ética Multiprofissional	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Como realizar o diagnóstico nutricional do paciente; • Como Indicar a melhor terapia nutricional (TN); • Acompanhar, diariamente, o paciente com nutrição parenteral (NP), enteral e oral que esteja sob a responsabilidade da EMTN, por meio de avaliação, prescrição e evolução em prontuário.	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.3. Comissão de Biossegurança

8.1.3.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A Comissão de Biossegurança tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS . Promover ainda o atendimento aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soro

conversão (HIV, HBV e HCV), estabelecendo conduta de atendimento inicial, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimioprofilaxia e notificação de casos.
Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

ATRIBUIÇÕES

- Avaliar a capacidade de atendimento (ex.: pessoal treinado, exames laboratoriais) da Unidade Básica de Saúde, em cada região, e a retaguarda de atendimento das unidades de atenção secundária (ex.: especialistas em infectologia e/ou hepatites);
- Estabelecer medidas de avaliação e orientação ao acidentado, orientar as ações imediatas de investigação da fonte (se conhecida) e do próprio acidentado;
- Oferecer condições de atendimento imediato na profilaxia para vírus da hepatite B e quimioprofilaxia para o vírus da imunodeficiência humana;
- Manter o seguimento dos acidentados com risco de soro conversão por, no mínimo, seis meses;
- Organizar um modelo de atendimento, privilegiando o acolhimento do paciente e a responsabilidade de orientação junto à comunidade e ao ambiente de trabalho;
- Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente atualizado no Ministério da Saúde com vistas a permitir ações de vigilância em saúde do trabalhador. Em seguimento, estabeleceram-se fluxos de atendimento ao acidentado e fonte, que remetem para as rotinas apresentadas em protocolos pela Comissão.

Riscos a serem evitados

I. Gerenciar riscos de infecções hospitalares;
II. Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;
III. Gerenciar a utilização de equipamento médico;
IV. Doença e condição Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos.

A Comissão de Biossegurança é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecno vigilância, farmacovigilância, Hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital e estrutura física predial.

ÁREAS DE ATUAÇÃO

Farmacovigilância

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, usa de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a farmacovigilância.

Tecno vigilância

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a tecno vigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização. Compete à tecno vigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in vitro e materiais de uso de saúde.

Hemovigilância

Um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

CONSTITUIÇÃO BÁSICA

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Gerenciamento de Risco, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros:

I. Coordenador (a);
II. Farmacêutico (a);
III. Enfermeiro (a);
IV. Nutricionista;
V. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza,
VI. Representante do Serviço Administrativo;
VII. Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.3.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES

Artigo 1º - A Comissão de Biossegurança da Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como objetivo principal zelar pelo cumprimento das normas éticas e legais no exercício das atividades de saúde, orientando, fiscalizando e propondo ações para garantir a qualidade

Artigo 2º- A comissão de Biossegurança é uma instância dentro da instituição, composta por profissionais de saúde de diferentes áreas, atuando de forma sindicante, educativa e fiscalizadora. Está vinculada às normas e resoluções dos Conselhos Regionais e Federal

Artigo 3º - A Comissão de Biossegurança será composta por 7 (sete) membros efetivos e igual número de suplentes;

I. Coordenador (a);
II. Farmacêutico (a);
III. Enfermeiro (a);
IV. Nutricionista;
V. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza,
VI. Representante do Serviço Administrativo;
VII. Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Artigo 4º - É objetivo desta Comissão:

I. Gerenciar a situações de risco;
II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;**
III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
IV. Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente;
V. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 5º - A Comissão de Gerenciamento de Riscos, Biossegurança e Acidentes com Material Biológico/AMB deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

I. Coordenador (a);
II. Farmacêutico (a);
III. Enfermeiro (a);
IV. Nutricionista;
V. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza,
VI. Representante do Serviço Administrativo;
VII. Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Artigo 6º - A Coordenação da Comissão de Biossegurança, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

Artigo 7º - A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** compete:

I. Informar situações que necessitem de atenção especial;
II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do hospital;
III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;
IV. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
V. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
VI. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
VII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;
VIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;
IX. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do hospital;
X. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;
XI. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;
XII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do hospital;
XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital.

Artigo 8º - A Comissão de Biossegurança instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Artigo 9º - As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Artigo 10º - As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Artigo 11 - Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

Artigo 12 - É competência da Comissão de Biossegurança:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;
II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;
III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;
V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo hospital;
VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;
VII. Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;
VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;
IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados

Artigo 13 - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Artigo 14º - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

8.1.3.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de atividade anual

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	**1º MÊS**	**2º MÊS**	**3º MÊS**	**4º MÊS**	**5º MÊS**	**6º MÊS**	**7º MÊS**	**8º MÊS**	**9º MÊS**	**10º MÊS**	**11º MÊS**	**12º MÊS**
Planejamento, Execução Avaliação Dos Trabalhos da Comissão												
Reuniões												
Elaboração/Revisão de Normas e Atividades Práticas												
Assessoramentos Diversos												
Elaboração de Relatórios												
Encaminhamento de Relatórios												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

• Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24

Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA
Data: XX/XX/24
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Quais as metas específicas da Comissão de Biossegurança? • Qual objetivo da Comissão de Biossegurança? • Qual a regulamentação interna da Comissão de Biossegurança? • Quais são algumas das principais funções das Comissões Internas de Biossegurança?   • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos

• Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/24	Assinatura: (RT)

8.1.4. Comissão de Controle de Infecção relacionada a assistência em saúde - CCIRAS

8.1.4.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A Comissão de Controle de Infecção relacionada a assistência em saúde - CCIRAS é uma das mais importantes comissões, uma vez que está intimamente ligada a todos os setores da estrutura e representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a correta prática da medicina e outras áreas afins, no intuito de nunca trazer prejuízo ao usuário, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

Nossa proposta para implementação da CCIRAS da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem seguidas por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de Infecção Hospitalar.

A segunda ação é a vigilância epidemiológica, através da qual os casos de infecção são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, os profissionais da CCIRAS poderão diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos, e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a CCIRAS propõe medidas que visam minorar o problema.

As ações educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCIRAS. Todos os profissionais estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão tratar de estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito dos Serviços Hospitalares.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, a difusão destes novos conhecimentos para os outros profissionais das unidades, através de palestras, cursos ou comunicação impressa. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões, palestras e o contato diário com os demais profissionais da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , quando as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

A CCIRAS representa o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e são os responsáveis pela execução das ações de controle de infecção no estabelecimento de saúde, devendo atender a lei n°. 9.431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria N°, 2616 do Ministério da Saúde de 12 de maio de 1998 e Instrução Normativa n°, 04 de 24 de fevereiro de 2010, um deles, preferencialmente, deve ser o enfermeiro. Entretanto, devem possuir carga horária diária específica para a execução dessas atividades.

Atribuições

finalidade assessorar a Diretoria, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para o controle de infecção hospitalar, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da Policlínica

Composta, no mínimo, pelos seguintes membros:

a) Diretor (a) Geral
b) Diretor (a) Administrativo
c) Gerente de Enfermagem
d) Farmacêutico (a)
e) Infectologista

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.4.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Artigo 1° - A Comissão de Controle de Infecção relacionada a assistência em saúde - CCIRAS é um Órgão deliberativo, diretamente subordinado à diretoria técnica, e tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

CAPÍTULO II - DA NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 2º - A CCIRAS é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Diretoria do Hospital.

Artigo 3º - A CCIRAS tem por finalidade assessorar a Diretoria, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para o controle de infecção hospitalar, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

CAPÍTULO III – DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - O Colegiado ou CCIRAS terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com os componentes abaixo relacionados:

I – Representante da Diretoria Clínica;

II – Médico Infectologista;

III – Representantes Médicos do Corpo Clínico;

IV – Representantes da Enfermagem;

V – Representante da Farmácia.

Parágrafo Único – Os membros da CCIRAS deverão ser representantes dos setores envolvidos diretamente no referido PCIH além de técnicos e profissionais de nível superior especializados em controle de infecção hospitalar.

Artigo 5º - As indicações para integrar a CCIRAS serão submetidas ao Diretor Clínico.

Artigo 6º - Dentre as indicações efetuadas, e respeitando-se o limite estipulado, o Diretor Clínico escolherá os Membros que comporão a CCIRAS e promoverá as designações destes e do seu Presidente.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA

Artigo 7° - Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIRAS:

I – Elaborar, implementar, manter e avaliar um programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Instituição, contemplando no mínimo ações relativas a:

a) implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III da Portaria 2.616 do Ministério da Saúde (1998);

b) adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

c) capacitação do quadro de funcionários e profissionais da Instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

d) uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

II – Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRAS;

III – Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

IV – Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da Instituição e às Chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

V – Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;

VI – Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;

VII – Definir política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Instituição;

VIII – Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar - se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

IX – Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades;

X – Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sobre vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em quaisquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com serviços de saúde coletiva;

XI – Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e / ou produtos industrializados.

CAPÍTULO V- DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Artigo 8º - Os membros da CCIRAS devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;

c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;

d) Proteção à identidade do notificador;

e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

f) Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Artigo 9º - Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo, deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro da CCIRAS estará impedido, caso seja aberto para votação, devotar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Artigo 10º As matérias examinadas nas reuniões da CCIRAS, têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros da CCIRAS não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Diretora Técnica.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 11 - À CCIRAS compete:

I - Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar na Casa de Saúde São José;

II - Elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequando às características e necessidades da instituição;

III - Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções hospitalares;

IV - Elaborar Regimento Interno;

V - Elaborar, adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais que visem a uniformização de medidas de prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares nos setores de equipamento, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, hidráulica, eletricidade, esgoto, ar condicionado, cozinha, lactário, lixo, transporte, limpeza, saneamento, antissepsia, desinfecção, esterilização e desinfestação;

VI - Planejar e realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

VII - analisar os relatórios apresentados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, com a periodicidade estabelecida;

VIII - definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

IX - Cooperar com o setor de treinamento na elaboração e execução de programa de educação continuada visando a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS no que diz respeito ao controle de infecção hospitalar;

X - Examinar e proceder à adequação dos projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;

XI - Promover, em conjunto com o Serviço de Medicina do Trabalho (SESMT), campanhas de vacinação do corpo funcional e outras medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;

XII - Receber do Serviço de Assistência Médica dos Servidores comunicação sobre ocorrência de infecções no corpo funcional da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS e adotar as medidas cabíveis;

XIII - Acompanhar o desempenho e receber sugestões das Subcomissões da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

XIV - Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

Artigo 12 - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I - Representar a CCIRAS em suas relações internas e externas;

II - Convocar, instalar e presidir as reuniões da CCIRAS;

III - indicar, dentre os membros da CCIRAS, seu substituto nas reuniões e representações; IV - indicar, dentre os membros da CCIRAS os relatores dos expedientes;

V - Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VI - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VII - Promover a interação do SCIH e com a CCIRAS.

Artigo 13 - Aos membros da CCIRAS incumbe as seguintes atribuições gerais:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;

II - Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

VI - Colaborar com o CCIRAS na implantação do PCIH.

Artigo 14 - Ao representante da Direção Clínica, além das atribuições gerais, incumbe:

I - Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliem o bom funcionamento da CCIH e do SCIH no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

II - Apoiar os atos da CCIRAS e do SCIH para difusão de dados epidemiológicos relativos ao controle de infecções hospitalares da instituição em fóruns internos e externos.

Artigo 15 - Aos representantes da Enfermagem incumbe, além das atribuições gerais, colaborar com a CCIRAS para que haja uma adesão máxima do serviço de enfermagem ao PCIH adotado pela instituição.

Artigo 16 - Ao representante da Farmácia, além das atribuições gerais, incumbe:

I – Elaborar regularmente levantamento do consumo de antimicrobianos e informar ao SCIH;

II – Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos na instituição;

III – informar ao SCIH o uso inadequado de antimicrobianos para fins profilático ou terapêutico de infecção hospitalar;

IV – Cooperar com as medidas de restrição ao uso de antimicrobianos padronizadas pela instituição;

V – Colaborar, quando necessário, para a avaliação microbiológica dos produtos químicos usados na instituição;

VI – Possuir relatório técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes e antissépticos usados na instituição.

CAPÍTULO VII – FUNCIONAMENTO DO COLEGIADO

Artigo 17 - A CCIRAS deverá reunir-se ordinariamente pelo menos uma vez a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - A CCIRAS instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário da CCIRAS para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 4º - As deliberações da CCIRAS serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal.

Artigo 18 - A CCIRAS, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 19 - Os expedientes sujeitos à análise da CCIRAS serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único - Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da CCIH ou por membro designado.

Artigo 20 - A sequência das reuniões da CCIRAS será a seguinte:

I - Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo seu substituto;

II - Verificação de presença e existência de "quórum";

III - Leitura, votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV - Leitura e despacho do expediente;

V - Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; VI - organização da pauta da próxima reunião;

VII - distribuição de expedientes aos relatores;

VIII - comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIRAS, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 21 - O relator emitirá parecer por escrito, contendo o histórico e o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto.

Parágrafo Único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 22 - A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 23 - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;
§2º - O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária;
§3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 24 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 25 - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 26 - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 27 - O mandato dos componentes da CCIH corresponderá a um período de 1 (um) ano, permitida a recondução por mais 1 (um) período;

Parágrafo único – Na ausência de profissional capacitado para assumir o cargo de Presidente da CCIRAS, o antecessor poderá ocupar o cargo para mais um mandato com direito a recondução conforme estabelece o artigo 27.

Artigo 28 - Será dispensado o componente da CCIRAS que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 29 - As funções dos membros da CCIRAS não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para a POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

Artigo 30 - A CCIRAS convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 31 - O Diretor Clínico poderá, a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIRAS

Artigo 32 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIRAS e, em grau de recurso, pelo Diretor Clínico.

Artigo 33 - O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da CCIRAS através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor Clínico e aprovada pelo Conselho Deliberativo.

8.1.4.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de Atividade Anual

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Identificar, entre os profissionais da unidade, aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. Nomear oficialmente os membros da Comissão. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. Realizar reunião, ordinária												
Redigir o formulário de padronização de medicamentos; Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos; Selecionar os medicamentos para uso da unidade; Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; Avaliar a exclusão de medicações da padronização. Realizar reunião ordinária.												
Divulgar os protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária												

Divulgar os protocolos de Notificação de Doenças de Notificação Compulsória. Divulgar no âmbito hospitalar a atual listagem das DNC. Monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária; Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 30% das áreas específicas das declarações de óbitos Realizar reunião ordinária												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 40% das áreas específicas.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Realizar reunião ordinária. Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 60% das áreas específicas.												
Realizar reunião ordinária. Realizar palestras educativas.												

Elaboração de relatório anual de atividades da comissão; Realizar reunião ordinária.												
Elaboração de relatório mensal de atividades da comissão; Realizar reunião ordinária.												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOPITALAR - CCIH
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Com Unidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

• Registro no livro da Comissão.
1. Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24
Revisada:xx/xx/24 | Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOPITALAR - CCIH
Data: XX/XX/24
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Limpeza e desinfecção das máquinas de gelo; • Screening para a presença de endotoxinas na água usada em hemodiálise; • Manutenção dos banheiros • Estratégias para manter livres de legionella as torres de resfriamento, umidificadores, chuveiros e torneiras; • Garantia de água estéril para o reprocessamento de Art. s estéreis. • Infecções por via aérea: o "adulto" jovem • Gripe: prevenção é a melhor opção • O aumento das infecções fúngicas • Quais as ações básicas para o controle de infecções? • Quais as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar? • Quais as principais fontes de infecção hospitalar? • Qual a importância dos métodos de controle de infecção hospitalar? • Implantação e uso do prontuário médico eletrônico (mv).
Revisada: xx/xx/24 | Assiantura: (RT)

8.1.5. Comissão de Analise e Revisão de Prontuários

8.1.5.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A obrigatoriedade da implantação comissão de análise e revisão do prontuário está definida pelos Conselhos Regionais de Medicina. Com progressiva complexidade dos serviços e o avanço técnico e científico da área de saúde exigiriam uma constante avaliação dos prontuários. A Comissão de análise e Revisão de Prontuário da Policlínica Estadual de Quirinópolis é um grupo técnico de assessoria, estudo e análise, normativo e fiscalizador, subordinado diretamente à Diretoria da Policlínica, que tem como principais objetivos:

- Recomendar normas sobre o conteúdo dos prontuários e zelar pelo seu cumprimento;
- Assegurar a qualidade das documentações multiprofissionais na assistência, pesquisa e estatística da unidade;
- Revisar e avaliar por amostragem os Prontuários visando assegurar o cumprimento da normatização estabelecida
- Planejar e executar as ações necessárias à manutenção de um padrão de qualidade eficaz da documentação médica;
- Apoiar as demais Comissões visando alcançar os objetivos comuns às suas atribuições.

Da Constituição

- Médico
- Enfermeiro
- Administrador
- Multiprofissional
- Serviço Social

Atribuições gerais

- Receber e protocolar os processos e expedientes.
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço.
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.5.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DA DEDINIÇÃO

Artigo 1 - A Comissão de Revisão de Prontuários médicos da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS é estruturada e organizada conforme determinação da Resolução n.º 1.638 de 2002 do Conselho Federal de Medicina, a qual define Prontuário Médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Artigo 2º - A composição mínima da comissão deverá ser de 3 (três) membros, sendo um Médico do corpo clínico, um Enfermeiro e um responsável do setor Administrativo.

Artigo 3º - Os membros serão nomeados pelo Diretor Técnico, em ato próprio, cuja presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um Médico e vice Enfermeiro.

Artigo 4º - Os membros da Comissão terão mandato de 2 (dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço, podendo ser prorrogado por igual período.

§1.º A substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.

§2.º A Comissão contará com apoio de um secretário indicado pelo Presidente da Comissão.

§3.º A ausência de um membro da Comissão a 2 reuniões consecutivas ou a 3 alternadas, ao longa perde o mandato.

Artigo 5º- A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente, ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§1.º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão antes de cada votação.

§2.º As deliberações tomadas "*ad referendum*" deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§3.º As deliberações da Comissão serão consubstanciadas em notas endereçadas ao Superintendente

§4.º É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Artigo 6º - As reuniões da Comissão obedecerão à seguinte rotina:

I - Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;

II - Verificação de presença e existência de "quórum";

III - leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior;

IV - Leitura e despacho do expediente;

V - Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 7º - A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão e será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.

Artigo 8º - Após a leitura do parecer, o Presidente, ou seu substituto deve submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§1.º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§2.º O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.

§3.º Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião.

Artigo 9º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

CAPÍTULO III – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º - São atribuições do presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

II - Indicar seu vice-presidente e o secretário;

III - representar a Comissão em suas relações internas e externas;

IV - Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;

V - Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VI - Indicar membros pertencentes ou não à Comissão para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Artigo 11 - Caberá aos membros da Comissão:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Artigo 12 - Caberá ao secretário da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os;

VI - Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VII - elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

VIII - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 13 - Compete à Comissão:

I - Definir modelos de impressos que comporão o prontuário médico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;

II - Definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações que exigirem o registro ou divulgação de dados de pacientes da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;

III - Orientar o correto preenchimento dos impressos;

IV - Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , deverão ser utilizados como fonte para geração de informações estatísticas da instituição;

V - Zelar pela integridade das informações e registros que permitem acompanhamento das patologias subsidiando o ensino e pesquisa.

VI - Elaborar e implantar normas para utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;

VII - examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pela POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;

VIII - examinar e emitir parecer por ocasião da solicitação de informações médicas que não sejam da rotina de divulgação da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;

IX - Definir quais informações constarão dos arquivos informatizados de pacientes da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

X - Rever e avaliar prontuários (por amostra), durante o período de internação e após as altas bem como, os de ambulatório para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido.

XI - revisar os prontuários glosados e por amostragem os demais sob os seguintes aspectos:

a) quanto à clareza e legibilidade;

b) quanto à qualidade da história do paciente e a precisão da anamnese;

c) diagnóstico provável e definitivo;

d) segmento e continuidade das prescrições.

XII - verificar o seguimento e atualização de informações;

XIII - verificar média de permanência dos pacientes sob coordenação do Núcleo Interno de Regulação e dialogar com equipe envolvida;

XIV - verificar se as altas estão em consonância com o correto preenchimento do prontuário a ser liberado para o faturamento.

CAPÍTULO IV – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 14 - As Reuniões da Comissão serão realizadas nas dependências da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

Artigo 15 - Todos os documentos pertinentes à Comissão serão arquivados nas dependências da sala da secretaria da Superintendência, sob a guarda da chefia da Unidade de Apoio Corporativo.

Artigo 16 - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, em cotejo com a Diretoria.

Artigo 17 - Esse Regimento entrará em vigor após publicação no Boletim de Serviço.

8.1.5.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de Atividade Anual

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Integrar a Comissão junto à comunidade da Policlínica Reuniões ordinárias Relatórios mensais												
Divulgar o andamento dos trabalhos da Comissão Criar e Analisar Regimento Interno da Comissão Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados												
Normatizar e criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários												
Realizar a revisão dos prontuários médicos Uniformizar e direcionar as avaliações pelos membros das comissões												
Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, o adequado registro e preenchimento dos prontuários Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, o adequado registro e preenchimento dos mesmos												

Normatizar e criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários e para auditoria e revisão desses prontuários												
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência												
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico												
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade. Entrega de relatórios anuais												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE Analise e Revisão de Prontuários
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.

• O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24

Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE Analise e Revisão de Prontuários	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Origem do Prontuário Médico • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV). • Qual a competência da Comissão de Revisão de Prontuário • O que é same e sua atividade • Qual a função do Same no hospital	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.6. Comissão De Acidentes Com Material Biológico- CAMB

8.1.6.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A Diretora Técnica poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da Comissão de CAMB. Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas no período de um ano. As funções dos membros da Comissão de CAMB não serão remuneradas. A fim de assegurar o suporte técnico, cientifico e operacional indispensável à eficiência da Comissão de tica medica, a Diretoria Administrativa, através do Serviço de apoio, proporcionará a infraestrutura necessária.

Na presente Proposta Técnica foi elaborado o Plano de Gerenciamento de Riscos. Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

Atribuições

I. Avaliar a capacidade de atendimento (ex.: pessoal treinado, exames laboratoriais)da Unidade Básica de Saúde, em cada região, e a retaguarda de atendimento das unidades de atenção secundária (ex.: especialistas em infectologia e/ou hepatites);

II. Estabelecer medidas de avaliação e orientação ao acidentado, orientar as ações imediatas de investigação da fonte (se conhecida) e do próprio acidentado;

III. Oferecer condições de atendimento imediato na profilaxia para vírus da hepatite B e quimioprofilaxia para o vírus da imunodeficiência humana;

IV. Manter o seguimento dos acidentados com risco de soro conversão por, no mínimo, seis meses.

a. Organizar um modelo de atendimento, privilegiando o acolhimento do paciente e a responsabilidade de orientação junto à comunidade e ao ambiente de trabalho;

V. Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente atualizado no Ministério da Saúde com vistas a permitir ações de vigilância em saúde do trabalhador. Em seguimento, estabeleceram-se fluxos de atendimento ao acidentado e fonte, que remetem para as rotinas apresentadas em protocolos pela Comissão.

Estão os riscos a serem evitados:

I. Gerenciar riscos de infecções hospitalares;

II. Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;
III. Gerenciar a utilização de equipamento médico;
IV. Doença e condição Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos.

Composição

1. Médico do Trabalho ou Infectologista
    - Responsável por fornecer orientações médicas e técnicas sobre o manejo de acidentes com material biológico, acompanhar os casos e definir condutas pós
2. Enfermeiro de Saúde Ocupacional
    - Atua na linha de frente do atendimento inicial dos casos de acidentes com material biológico, auxiliando no gerenciamento dos protocolos de atendimento e prevenção de novos casos
3. Representante da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes)
4. Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)
5. Representante do Serviço de Higienização/Limpeza
    - Encarregado de representar os profissionais de apoio, que estão diretamente expostos a riscos biológicos, e garantir que esses trabalhadores sigam as normas
6. Representante do Serviço de Farmácia
7. Representante do Serviço de Laboratório
8. Representante da Equipe Multiprofissional (Fisioterapeuta, Psicólogo ou Nutricionista)
9. Representante dos Trabalhadores (indicado pelos pares)

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.6.2. Regimento Interno da (CAMB)

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) da [Instituição] tem como objetivo geral monitorar, investigar e prevenir incidentes envolvendo a exposição a material biológico, garantindo a saúde e segurança dos trabalhadores e pacientes da policlínica

Artigo 2º - A CAMB atua de maneira multidisciplinar, coordenando ações preventivas e corretivas, orientando os profissionais da saúde sobre as melhores práticas de biossegurança e promovendo investigações e medidas em casos de acidentes com acidentes com materiais biológicos

Artigo 3º - A CAMB tem como base as normas regulamentadoras vigentes no Brasil, especialmente a NR-32, além de resoluções e diretrizes das autoridades sanitárias e de segurança do trabalho.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - A CAMB será composta pelos seguintes membros:

- Médico do Trabalho ou Infectologista
- Enfermeiro de Saúde
- Representante da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Ac
- Representante da Farmácia Hospitalar
- Representante do Laboratório de
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SC
- Representante de Profissionais de Apoio (limpeza, manutenção
- Representante dos Trabalhadores (indicado pelos pares

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 5º - Das Competências

I. Monitorar e registrar todos os incidentes e acidentes envolvendo material biológico, envolvendo fluidos corporais, agulhas, objetos cortantes ou perfurantes, e outros riscos biológicos; II. Investigar todos os acidentes com material biológico ocorridos na instituição, elaborando relatórios circunstanciados com recomendações para a prevenção de novos casos; III. Acompanhar a aplicação e eficácia das medidas preventivas e corretivas adotadas, promovendo revisões periódicas das normas de segurança; 4. Colaborar na elaboração de protocolos institucionais de prevenção de acidentes com materiais biológicos e biossegurança; V. Promover a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da prevenção e da correta utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); VI. Divulgar orientações técnicas sobre a conduta imediata após acidentes com material biológico, incluindo

os procedimentos de profilaxia pós-exposição (PEP); VII. Manter atualizado o cadastro de acidentes, garantindo o sigilo das informações e a segurança dos dados.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Artigo 6º - Compete ao Presidente da CAMB

I. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão; II. Representar o CAMB junto à Direção da Instituição e demais órgãos competentes; III. Coordenar e supervisionar as atividades do CAMB, garantindo a execução das deliberações tomadas em reunião; 4. Elaborar e encaminhar relatórios periódicos à Direção da Instituição sobre as atividades e resultados alcançados

Artigo 7º - Compete ao Secretário da CAMB:

I. Substituir o Presidente em suas ausências ou impedimentos;
II. Organizar e manter atualizado o registro de todas as reuniões, sindicâncias e documentos da Comissão;
III. Lavrar as atas das reuniões e comunicar as deliberações da Comissão aos setores competentes;
IV. Auxiliar o Presidente nas atividades administrativas da Com

Artigo 8º - Compete aos Membros da

I. Comparar às reuniões ordinárias e extraordinárias, discutindo e votando os assuntos em pauta;
II. Propor medidas de prevenção e controle de acidentes com material biológico;
III. Atuar na disseminação das normas e orientações da CAMB em seus setores importantes;
IV. Colaborar na análise e investigação dos acidentes ocorridos;
V. Zelar pelo cumprimento das normas e orientações da Comissão no âmbito de suas atividades

CAPÍTULO V - DAS REUNIÕES

Artigo 9º - A CAMB realizará reuniões ordinárias trimestrais e extraordinárias sempre que necessário, mediante convocação do Presidente ou por solicitação de um terço de

Artigo 10º - As deliberações da Comissão serão tomadas por maioria simples de votos. Em caso de empate, o Presidente terá

Artigo 11 - As reuniões da CAMB serão secretariadas, com lavratura de atas, sendo essas registradas e arquivadas, garantindo a continuidade e a transparência das atividades da Comissão.

Artigo 12 - As reuniões terão caráter sigiloso quando foram discutidos casos de acidentes envolvendo dados sensíveis, preservando-se o sigilo e a privacidade

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Artigo 13 - Sempre que ocorrer um acidente com material biológico, a CAMB instaurará um processo de investigação para identificar as causas, responsável

Artigo 14 - A investigação de acidentes

I. Entrevista com os envolvidos;
II. Coleta de documentos e evidências relacionadas ao acidente;
III. Análise do uso adequado de EPIs e de condutas adotadas após o acidente;
IV. Elaboração de relatório detalhado com recomendações para prevenção de novos acidentes

Artigo 15 - As recomendações e medidas preventivas sugeridas pela CAMB deverão ser acompanhadas de prazos para implementação, e seu cumprimento será monitorado pela Comissão.

CAPÍTULO VII - DAS MEDIDAS PREVENTIVAS E EDUCATIVAS

Artigo 16 - A CAMB será responsável por elaborar e divulgar materiais educativos sobre prevenção de acidentes com material biológico, incluindo a utilização correta de EPIs, medidas de biossegurança, e protocolos de atendimento pós-exames.

Artigo 17 - A Comissão promoverá treinamentos e capacitações regulares para os profissionais da instituição, a fim de garantir o conhecimento e aplicação das melhores práticas em biossegurança.

Artigo 18 - A CAMB incentivará a notificação e registro de todos os acidentes com material biológico, promovendo a cultura de segurança e a busca contínua por melhorias nas condições de trabalho.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 19 - O presente Regimento Interno poderá ser revisto e alterado mediante proposta da maioria dos membros da CAMB, sendo solicitado à aprovação da Direção da Instituição.

Artigo 20 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela CAMB, em conformidade com as normas vigentes de biossegurança e as diretrizes da instituição.

Artigo 21 - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Direção da [Instituição] e será amplamente divulgado aos profissionais da instituição.

8.1.6.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de Atividade Anual

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Formar a Comissão de Acidentes com Materiais Biológicos												
Elaborar a Política e Planejar a implantação da Gestão de Acidentes com Materiais Biológicos												
Normatizar e criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários												
Identificar, classificar e mapear os riscos Setoriais da policlínica												
Fiscalizar, conjuntamente com as outras Comissão												
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência												
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico												
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade. Entrega de relatórios anuais												

Das rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DA CAMB
Data: xx/xx/24

Responsável: (presidente da comissão)	
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Com Unidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.	
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24	
Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
COMISSÃO DA CAMB
Data: XX/XX/24

Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Limpeza e desinfecção das máquinas de gelo; • Screening para a presença de endotoxinas na água usada em hemodiálise; • Manutenção dos banheiros • Estratégias para manter livres de legionella as torres de resfriamento, umidificadores, chuveiros e torneiras; • Garantia de água estéril para o reprocessamento de Art. s estéreis. • Infecções por via aérea: o "adulto" jovem • Gripe: prevenção é a melhor opção • O aumento das infecções fúngicas • Quais as ações básicas para o controle de infecções? • Quais as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar? • Quais as principais fontes de infecção hospitalar? • Qual a importância dos métodos de controle de infecção hospitalar? • Implantação e uso do prontuário médico eletrônico (mv).	
Revisada: xx/xx/24	Assinatura: (RT)

8.1.7. Comissão interna de prevenção de acidente -CIPA

8.1.7.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS deverá manter equipe multiprofissional na composição da **Comissão interna de prevenção de acidente- CIPA,** cuja principal finalidade está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Cabe a **Comissão interna de prevenção de acidente- CIPA,** representar os interesses e necessidades da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , e seus funcionários na Diminuição, Neutralização e/ou Eliminação dos Riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação vigente, seguindo as recomendações constantes na Norma Regulamentadora Nº. 32 e Norma Regulamentadora Nº. 5.

Das atribuições

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer a direção da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Verificar as cópias das CAT emitidas;
- Promover anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar anualmente das Campanhas de Prevenção;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Promover Campanhas Humanitárias e Educativas.

Composição

- A constituição da **CIPA,** na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.
- As disposições contidas na Norma Regulamentadora nº 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.
- A Policlínica estabelecerá, através dos membros da Comissão interna de prevenção de acidente- CIPA, ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo.
- A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05, sendo:
  I. Presidente;
  II. Vice-Presidente;
  III. Secretário;
  IV. Membros titulares;
  V. Membros suplentes.
- Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.
- Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.
- O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na Norma Regulamentadora nº 05 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.7.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão interna de prevenção de acidente- CIPA da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do

trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPITULO II - DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 (NR - 05), aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

§1º Os representantes do empregador, titulares e suplentes, serão indicados pelo conselho gestor.

§2º Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Artigo 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Artigo 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Artigo 5º - O conselho gestor designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares, o vice-presidente.

Artigo 6º - Os membros da CIPA, eleitos e designados, serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Artigo 7º - Serão indicados, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Artigo 8º - A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de Quirinópolis e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Artigo 9º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 10º - Compete à CIPA:

I. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - SOST;

II. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III. Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. Participar, em conjunto com o SOST, das discussões promovidas pelo hospital, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. Requerer ao SOST, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI. Participar, em conjunto com o SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII. Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII. Requisitar ao hospital as cópias dos Comunicados de Acidente do Trabalho - CAT emitidas;

XIV. Promover, anualmente, em conjunto com o SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

XV. Participar, anualmente, em conjunto com o Hospital, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Artigo 11 - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Artigo 12 - Cabe aos empregados:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborar com a gestão da CIPA;

III. Indicar à CIPA, ao SOST e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 13 - Cabe ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SOST as decisões da comissão;

III. Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV. Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Artigo 14 - Cabe ao Vice-Presidente:

I. Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 15 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SOST;

V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII. Constituir a comissão eleitoral.

Artigo 16 - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
II. Preparar as correspondências;
III. Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 17 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Artigo 18 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Artigo 19 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de titulares, podendo estes, em de caso de ausência ou impedimento, serem representados por membros suplentes.

Artigo 20 - Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Artigo 21 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Artigo 22 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Artigo 23 - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:
I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
II. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

Artigo 24 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Artigo 25 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Artigo 26 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Artigo 27 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Artigo 28 - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Artigo 29 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Artigo 30 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Artigo 31 - Caso não exista suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Artigo 32 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Artigo 33 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da Quirinópolis .

CAPÍTULO V – DO PROCESSO ELEITORAL

Artigo 34 - Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Artigo 35 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Artigo 36 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I. Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

III. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

IV. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

V. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA;

VI. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

VII. Voto secreto;

VIII. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

IX. Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X. Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Artigo 37 - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Artigo 38 - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Artigo 39 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Artigo 40 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO VI – DO TREINAMENTO

Artigo 41 - O candidato deverá realizar treinamento promovido pela empresa, antes da Quirinópolis .

Artigo 42 - As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

8.1.7.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de Atividade Anual

Cronograma de Atividades Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Estimular a participação de funcionários nas atividades de ginástica laboral, por meio de												

eventos adjacentes e relatórios mensais divulgados a todos												
Reunir-se com as chefias para solicitar apoio para incentivar funcionários para participação na ginástica laboral e palestras da SIPAT												
Fazer levantamento de EPCs e EPIs da unidade, para identificar necessidade de substituições ou aquisições												
Realizar treinamentos sobre uso e controle de EPIs para a Seção de Manutenção e Seção Técnica de Informática												
Promover a divulgação de atividades, informações e ocorrências de forma mais eficiente, através da implementação do Site da CIPA e mural de avisos												
Atuar juntamente com a Assistência Administrativa no e otimização dos procedimentos em casos												

de emergência, bem como sua divulgação												
Finalizar a atualização do mapa de riscos da unidade												
Buscar recursos para realização de eventos, especialmente para a SIPAT												
Organização estratégica da SIPAT e CIPAIDS												
Trabalhar em conjunto com a brigada de incêndios na inspeção de equipamentos, como extintores e mangueiras de incêndio, iluminação de emergência, sinalização, interfones e funcionamento de elevadores, entre outros												
Investigar e analisar acidentes ocorridos, juntamente com as CATs, propondo medidas para evitar futuras ocorrências.												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

Data: xx/xx/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.	
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24	
Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; • Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho; • Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa; • Noções sobre a Aids, e medidas de prevenção; • Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho; • Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; • Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.8. Comissão de Gerenciamento de Resíduos

8.1.8.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A CGR desempenha um papel essencial na implementação do **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)**, **Resolução RDC nº 222/2018 da ANVISA**.

Atribuições

- Descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente;
- Atender as disposições contidas na legislação vigente, de acordo com a especificidade de cada serviço da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;**

- Atender as orientações e regulamentações estaduais, municipais no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;
- Adotar as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores;
- Estabelecer as rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço;
- Descrever em protocolos operacionais as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes;
- Estabelecer ações referentes aos processos de prevenção da saúde do trabalhador;
- Registrar as informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos;
- Desenvolver e implantar programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de resíduos, os setores de higienização e limpeza, a CCIH e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Responsabilidade:

- Será de responsabilidade da Unidade o gerenciamento dos resíduos obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana, através de um planejamento e implementação do processo, sob a responsabilidade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS, que será criado sob a orientação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- A Responsabilidade Técnica do PGRSS deverá ser assumida pelo enfermeiro responsável pelo Serviço de Higienização, que será o Coordenador da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Certificado de Responsabilidade Técnica;
- Atendendo a legislação vigente, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido – CGRS será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral que norteará a periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas.

Composição dos membros:

I. Dois representantes do Setor de Hotelaria Hospitalar;

II. Um representante da Segurança do Trabalho;

III. Um representante do Setor de Farmácia;

IV. Um representante do Setor de CCIRAS;

V. Um representante da Enfermagem

VI. Um representante do Setor de Administração

VII. Um representante da Divisão de Infraestrutura e Logística

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.8.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DAS FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar no hospital, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 2º - Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

I. Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

II. Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

III. Desenvolver a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

IV. Avaliar, periódica e sistematicamente, o plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

V. Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VI. Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na unidade;

IX. Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X. Auxiliar os diversos setores da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;

XII. Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS), o Regimento da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS e demais normas do hospital.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

I. Dois representantes do Setor de Hotelaria Hospitalar;

II. Um representante da Segurança do Trabalho;

III. Um representante do Setor de Farmácia;

IV. Um representante do Setor de CCIRAS;

V. Um representante da Enfermagem

VI. Um representante do Setor de Administração

VII. Um representante da Divisão de Infraestrutura e Logística

§1° - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes.

§2º - Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§5º - A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao presidente da comissão;

§6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

§8°- Fica instituído que os membros efetivos da comissão designarão seus suplentes.

§9°- Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos desta comissão, será convocada nova indicação pelo superintendente para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos.

CAPÍTULO IV – DA ESTRUTURAÇÃO

Artigo 4º - Compreendem a Estrutura da CGRSS:

I. Presidente;

II. Vice-Presidente;

III. Secretário;

IV. Membros.

Artigo 5º - Compete ao Presidente da CGRSS:

I. Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

III. Indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;

IV. Representar a CGRSS ou indicar representantes;

V. Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

VI. Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

VIII. Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Artigo 6º - Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no Artigo 5º.

Artigo 7º - Compete ao Secretário:

I. Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II. Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

III. Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

IV. Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V. Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI. Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII. Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII. Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único - A presidência da CGRSS será exercida por um dos integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo diretor da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. Na ausência do vice-presidente será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Artigo 8º - Compete aos Integrantes da CGRSS:

I. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;
III. Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
IV. Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais integrantes, informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
V. Justificar ausência com antecedência;
VI. Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
VII. Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
VIII. Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º - A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.
§1º - salvo nos casos de alteração deste regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos integrantes presentes.
§2º - O comparecimento dos integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores da Casa de Saúde São José.
Artigo 10 - As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas via e-mail ou pessoalmente.
§1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.
§2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.
Artigo 11 - A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quórum" mínimo (metade mais um), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.
§1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.
§2º - O "quórum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes na pauta.

§3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

CAPÍTULO VI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 12 - Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Diretoria.

Artigo 13 - O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação.

Artigo 14 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

Artigo 15 - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

8.1.8.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de atividade anual

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	**1º MÊS**	**2º MÊS**	**3º MÊS**	**4º MÊS**	**5º MÊS**	**6º MÊS**	**7º MÊS**	**8º MÊS**	**9º MÊS**	**10º MÊS**	**11º MÊS**	**12º MÊS**
Planejamento, Execução Avaliação Dos Trabalhos da Comissão												
Reuniões												
Elaboração/Revisão de Normas e Atividades Práticas												

Assessoramentos Diversos												
Elaboração de Relatórios												
Encaminhamento de Relatórios												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.

Cronograma de encontros: Agosto: xx//01/24 Setembro: xx//09/24 Outubro xx//01/24 Novembro: xx//11/24 Dezembro: xx//01/24	
Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Qual a normatização para os resíduos unidade? • Como deve ser o abrigo temporário de resíduos? • O que é a RDC 306? • Qual o profissional responsável pelo descarte de resíduos gerados pelos serviços de saúde? • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.9. Comissão de Farmácia e Terapêutica

8.1.9.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

A CFT é responsável por avaliar e selecionar medicamentos para a formação da lista de medicamentos padronizados na instituição, conhecida como **Formulário Terapêutico**,

A **Comissão de Farmácia e Terapêutica** contribui significativamente na gestão dos serviços de farmácia da policlínica

Composição da Equipe:

- Farmacêutico
- Auxiliar de Farmácia
- Auxiliar de Almoxarifado
- Auxiliar Administrativo

Atribuições do Farmacêutico Coordenador:

- Cumprir e fazer cumprir a legislação pertinente à assistência farmacêutica nos aspectos físicos e estruturais, considerando o perfil e a complexidade da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;**
- Prover e prever os meios necessários para o funcionamento da farmácia hospitalar, relacionados ao ambiente e aos recursos humanos, em conformidade com os parâmetros mínimos recomendáveis;
- Implementar estruturas e procedimentos na organização e funcionamento da farmácia hospitalar, visando a garantir o abastecimento e a qualidade dos produtos e serviços, utilizando-se de instrumentos de organização e métodos, tais como regulamento interno, organograma, manuais e protocolos de boas práticas;
- Assumir a coordenação técnica nas ações relacionadas à padronização, programação, seleção e aquisição de medicamentos, insumos, matérias-primas, produtos para a saúde e saneantes, buscando a qualidade e a otimização da terapia medicamentosa;
- Organizar, supervisionar e orientar tecnicamente, todos os setores que compõem a farmácia hospitalar de forma a assegurar o mínimo recomendável para o funcionamento harmonioso do hospital dentro da visão da integralidade do cuidado;
- Incorporar sistemas informatizados para a gestão de estoques, desenvolvendo infraestrutura adequada à utilização de tecnologia da informação e de comunicação;
- Manter membro permanente nas comissões multidisciplinares que estabelecem as normas e políticas de investigação científica da instituição;
- Implantar Centro ou Serviço de Informação sobre Medicamentos;
- Implantar ações de farmacovigilância para garantir o uso racional de medicamentos;
- Instituir processos de avaliação de resultados, aplicando critérios e indicadores de qualidade, com foco em certificações de qualidade;
- Estimular a implantação e o desenvolvimento da Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica;
- Desenvolver práticas clínico-assistenciais que contribuam para a integralidade de cuidados;
- Articular parcerias interinstitucionais, acadêmicas e comunitárias.

- Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício dos profissionais de farmácia:
    - Lei nº 13.021 de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas;
    - RESOLUÇÃO CFF nº 596 de 2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares.
- Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atribuições do Farmacêutico:

- Participar de processos de qualificação e monitorização da qualidade de fornecedores de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
- Cumprir a legislação vigente relativa ao armazenamento, conservação, controle de estoque de medicamentos, produtos para a saúde, saneantes, insumos e matérias-primas, bem como as normas relacionadas com a distribuição e utilização dos mesmos;
- Estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de transporte e dispensação dos medicamentos;
- Participar das decisões relativas à terapia medicamentosa, tais como protocolos clínicos, protocolos de utilização de medicamentos e prescrições;
- Executar as operações farmacotécnicas, entre as quais:
    - Manipulação de fórmulas magistrais e oficinais;
    - Preparo e diluição de germicidas;
    - Reconstituição de medicamentos, preparo de misturas intravenosas e nutrição parenteral;
    - Fracionamento de medicamentos;
    - Produção de medicamentos;
    - Análises e controle de qualidade correspondente a cada operação farmacêutica realizada.
- Elaborar manuais técnicos e formulários próprios;
- Participar de Comissões Institucionais, tais como:
    - Comissão de Farmacoterapia;
    - Comissão e Serviço de Controle de infecção hospitalar;
    - Comissão de Segurança do Paciente;

- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comissão de Avaliação do Prontuário do Paciente;
- Comissão de Avaliação e Revisão de Óbitos;
- Comissão de Humanização Hospitalar.

- Desenvolver e participar de ações assistenciais multidisciplinares, dentro da visão da integralidade do cuidado, interagindo com as equipes de forma interdisciplinar;
- Atuar junto à Central de Esterilização, na orientação de processos de desinfecção e esterilização de materiais;
- Atuar junto ao setor de higiene hospitalar padronizando rotinas, orientando e capacitando pessoal para a utilização segura de saneantes e realização de limpeza e desinfecção de áreas;
- Realizar ações de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância no hospital, notificando as suspeitas de reações adversas e queixas técnicas, às autoridades sanitárias competentes;
- Promover ações de educação para o uso racional de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes, aos demais membros da equipe de saúde;
- Exercer atividades de ensino, por meio de programas de treinamento e educação permanente, contribuindo para o desenvolvimento de recursos humanos;
- Exercer atividades de pesquisa, participar nos estudos de ensaios clínicos, investigação científica, desenvolvimento de tecnologias farmacêuticas de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
- Realizar estudos e monitorar a utilização de medicamentos, produtos para a saúde e saneantes;
- Desenvolver ações de gerenciamento de riscos hospitalares, como detecção de reações adversas a medicamentos; queixas técnicas; problemas com produtos para a saúde, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos;
- Prevenir e/ou detectar erros no processo de utilização de medicamentos;
- Zelar pelo adequado gerenciamento dos resíduos resultantes das atividades técnicas desenvolvidas no serviço, atendendo às normas sanitárias e de saúde ocupacional;
- Realizar e manter registros das ações farmacêuticas, de acordo com a legislação vigente;
- Orientar e acompanhar, diretamente os auxiliares de farmácia na realização de suas atividades, treinando-os e capacitando-os para tal;
- Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atribuições do Auxiliar de Farmácia:

- Separar medicamentos e produtos afins, de acordo com a prescrição ou receita médica, sob orientação do profissional farmacêutico;
- Receber, conferir, organizar e encaminhar medicamentos e produtos correlatos;
- Preparação de medicamentos (fracionamento e diluição), sob a supervisão do farmacêutico;
- Entregar medicamentos diariamente e produtos afins nas unidades de internação;
- Controlar estoques, separar requisições e receitas;
- Providenciar, através de microcomputadores, a atualização de entradas e saída de medicamentos;
- Fazer a transcrição em sistema informatizado da prescrição médica;
- Organização dos medicamentos dentro da farmácia;
- Conferência do estoque observando lote e data de validade;
- Recebimento de novos medicamentos e etiquetação dos mesmos;
- Conferimento e registro de notas fiscais.
- Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atribuições do Auxiliar de Almoxarifado:

- Verificar notas fiscais dos produtos e materiais, confrontando-as com os pedidos realizados;
- Guardar todos os materiais no estoque;
- Fazer lançamentos de entrada e saída de materiais;
- Conferir prazos de entrega e quantidade de materiais pedidos;
- Conferir a marca dos produtos, qualidade e prazos de vencimento dos materiais adquiridos;
- Solicitar reposição de estoque de materiais;
- Emitir notas fiscais de transferência de itens e devoluções;
- Emitir requisição de compras;
- Emitir documentos fiscais;
- Armazenar todo e qualquer produto adquirido no estoque;
- Supervisionar o almoxarifado, relatando as entradas e saídas de materiais que forem feitas;
- Remanejar itens e materiais disponíveis no estoque;
- Dimensionar as quantidades mínimas e máximas que podem conter no estoque;
- Controlar os pedidos de compras de materiais;
- Vistoriar produtos avariados;

- Controlar emissão de notas manuais e termos de responsabilidades de materiais acautelados;
- Identificar os produtos por etiquetas;
- Organizar todos os materiais no estoque físico e prateleiras
- Limpar o almoxarifado e equipamentos;
- Controlar o acesso de pessoas no almoxarifado;
- Realizar o inventario de materiais e equipamentos, cadastrando-os adequadamente;
- Atualizar o patrimônio mensalmente.
- Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Atribuições do Auxiliar Administrativo:

- Auxiliar nos serviços de atendimento e recepção dos usuários do serviço;
- Atender e direcionar ligações telefônicas;
- Redigir expediente sumário, tais como cartas, ofícios e memorandos, de acordo com modelos e normas preestabelecidas;
- Auxiliar nos serviços de organização e manutenção de cadastro, arquivos e outros instrumentos de controle administrativo;
- Distribuir e encaminhar papéis e correspondências do setor de trabalho;
- Executar atividades de auxilio e de apoio administrativo;
- Zelar pelos equipamentos sob sua guarda, comunicando a chefia imediata a necessidade de consertos e reparos;
- Atender e encaminhar usuários do serviço que desejam falar com a coordenação do serviço.
- Realizar outras atividades afins que se façam necessárias para a melhor eficácia e eficiência do serviço.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.9.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DA CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa e educativa, de caráter permanente, cujas ações devem estar voltadas para a seleção e promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Artigo 2º - A CFT tem a finalidade de assessorar a governança do hospital e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros insumos farmacêuticos, por meio da seleção e padronização de medicamentos, do estabelecimento de critérios para seu uso e avaliação dos itens selecionados.

Artigo 3º - A CFT estará imediatamente subordinada à Diretoria do Hospital.

CAPÍTULO II – DOS OBJETIVOS

Artigo 4º São objetivos da CFT:

- Desenvolver Políticas relacionadas a avaliação, seleção e ao uso dos medicamentos;
- Apoiar o processo de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos;
- Auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;
- Promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pela OMS/OPAS/ANVISA.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5° A CFT terá composição multiprofissional, sendo composta pelos representantes das áreas abaixo:

- 01 (um) representante da Farmácia;
- 01 (um) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- 01 (um) representante da Gerência Administrativa;
- 01 (um) representante da Divisão de Enfermagem;
- 01 (um) representante dos serviços médicos ou Divisão Médica conforme especialidades e serviços existentes
- 01 (um) representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Membros convidados.

Artigo 6° - Para cada membro titular, será indicado um suplente que o represente em suas ausências e impedimentos (afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas), não perdendo a continuidade dos trabalhos a serem realizados.

§1º A indicação dos membros efetivos (titulares e suplentes) para a Comissão é feita pela diretoria do hospital.

§2º Nos impedimentos dos titulares, os suplentes participarão das reuniões, com direito a voto.

§3º Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como, competência técnica, habilidades e perfil.

§4º O mandato dos membros será de 02 anos, com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da Portaria.

§5º Dentre os membros efetivos serão escolhidos o Presidente, Vice-Presidente e Secretário, por consenso ou votação dos membros.

§6º Sempre que o assunto discutido for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando à melhor consecução das atividades. Estes poderão, eventualmente, participar das reuniões como membros consultivos, com direito à voz.

§7º Os membros consultivos não integram a composição da CFT como membros efetivos.

§8º A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da instituição.

§9º O membro que acumular 03 faltas não justificadas consecutivas, no período de 06 meses, será desligado da Comissão e deverá ser substituído em até 30 dias, em conformidade com o parágrafo 1º do Artigo 6º.

§10º A designação dos membros da Comissão será precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Potenciais Conflitos de Interesse.

§11º Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidoras de medicamentos.

CAPÍTULO IV – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 7º - São competências da CFT:

- Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados ao uso racional de medicamentos;
- Selecionar e padronizar medicamentos de acordo com a realidade da instituição e com base nos critérios estabelecidos;
- Manter atualizada a lista de medicamentos padronizados;
- Elaborar o Guia Farmacoterapêutico;
- Revisar o Guia Farmacoterapêutico, pelo menos, a cada 02 anos, mantendo atualizadas as versões impressas e eletrônicas;

- Divulgar as atualizações da seleção para os demais setores da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;
- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e demais insumos farmacêuticos na relação de produtos presentes no guia farmacoterapêutico;
- Definir os critérios para inclusão de medicamentos e demais insumos farmacêuticos na categoria "padronizado de uso restrito", considerando custos, riscos para a segurança do paciente, demanda de prescrição por especialista, etc.;
- Avaliar a incorporação de novos medicamentos e insumos farmacêuticos na lista padronizada da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , considerando justificativas apresentadas pelo solicitante;
- Avaliar e deliberar, em relação aos aspectos farmacoterapêuticos, sobre os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, elaborados pelos serviços, câmaras técnicas ou outras comissões;
- Participar das atividades de garantia de qualidade relacionadas a aquisição, distribuição e uso de medicamentos;
- Normatizar os critérios e a sistemática de utilização de medicamentos e demais insumos farmacêuticos não incluídos na relação de produtos padronizados no hospital ou padronizados de uso restrito;
- Disciplinar as visitas da indústria farmacêutica no hospital (representantes, publicações promocionais, distribuição de amostras grátis e doações de medicamentos), conforme políticas internas e externas;
- Assessorar as diversas áreas da instituição quanto às questões relacionadas a medicamentos e demais insumos farmacêuticos, incluindo as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso de medicamentos;
- Participar das investigações de eventos adversos graves relacionados ao uso de medicamentos ou outros insumos farmacêuticos;
- Considerar os dados do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, acerca das notificações sobre o risco identificado no uso dos medicamentos, como um dos subsídios para as atividades da Comissão;
- Promover estudos de utilização de medicamentos e farmacoeconomia, a fim de analisar o perfil farmacoepidemiológico, bem como o impacto econômico dos medicamentos na instituição;
- Desenvolver e apoiar ações de promoção do uso racional de medicamentos e demais insumos farmacêuticos;
- Colaborar e participar das atividades de educação permanente da equipe de saúde;

- Participar das atividades de auditorias ou monitoramento sobre a utilização de medicamentos de uso restrito;
- Elaborar e divulgar instrumentos educativos;
- Construir e monitorar indicadores do uso de medicamentos selecionados.

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições do Presidente:

I. Solicitar convocação e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. Conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

III. Representar a CFT em suas relações internas e externas;

IV. Encaminhar à diretoria do hospital relatórios periódicos das ações desenvolvidas pela CFT;

V. Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

VI. Discutir e encaminhar tarefas para os demais membros da Comissão;

VII. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VIII. Cumprir e fazer cumprir as determinações deste Regimento.

Artigo 9º - São atribuições do Vice-Presidente:

I. Representar e desenvolver as atividades do Presidente na ausência deste;

II. Colaborar com o Presidente no cumprimento dos objetivos da CFT e no exercício de suas funções.

Artigo 10 - São atribuições do Secretário Executivo:

I. Registrar em ata as resoluções da Comissão;

II. Manter arquivo da documentação relacionada à CFT;

III. Encaminhar as solicitações recebidas aos membros da CFT para análise prévia às reuniões;

IV. Protocolar documento em nome da Comissão;

V. Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;

VI. Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

VII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

VIII. Manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT.

Artigo 11 - São atribuições dos membros efetivos (titulares e suplentes):

I. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

II. Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo Presidente, nos prazos estabelecidos;

III. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

IV. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

V. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VI. Analisar os materiais bibliográficos enviados pelo solicitante da padronização de medicamentos e encaminhados pelo secretário executivo da CFT;

VII. Emitir parecer técnico das solicitações de inclusão/exclusão de medicamentos da padronização, a ser apreciado em reunião;

VIII. Assessorar o Presidente na emissão de documentos em nome da CFT;

IX. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções.

Artigo 12 - São atribuições dos membros consultivos:

I. Opinar de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;

II. Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré-estabelecidos;

CAPÍTULO VI – DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 13 - A Comissão reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez ao mês, e, extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões serem registradas em forma de ata.

§ 1º - As convocações para as reuniões ordinárias serão enviadas pelo Secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

§ 2º - A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 3° - As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do presidente ou por, pelo menos, a metade mais um de seus membros.

§ 4° - A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores) serão preparados pelo secretário (a) e submetido aos membros da Comissão em tempo hábil para avaliação destes antes de cada reunião.

Artigo 14 - A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (do hospital ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses.

Artigo 15 - As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único - Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e a assinatura dos presentes e feita nova convocação.

Artigo 16 - De preferência, as questões serão decididas por consenso. Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseadas em evidências científicas, as

recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Artigo 17 - A votação será nominal, sendo que cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

§1° Quando da existência de conflitos de interesse declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento ou insumo farmacêutico relacionado ao conflito.

§2° Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do Presidente.

§3° Membros consultivos não terão direito a voto.

Artigo 18 - As recomendações e pareceres da CFT serão submetidas à apreciação da diretoria antes da divulgação e implementação no Hospital.

Artigo 19 - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas ao processo, propor diligências ou adiamento da votação.

Parágrafo único - O prazo de vista será até à próxima reunião ordinária ou aquele deliberado em reunião pela CFT para atendimento das necessidades de cada caso.

Artigo 20 - Os membros da CFT deverão ter independência na tomada de decisões no exercício das suas funções.

Artigo 21 - Deve ser mantida interface com outras comissões ou núcleos existentes, em assuntos relacionados ao uso de medicamentos.

Artigo 22 - As ações da Comissão deverão ser comunicadas aos diversos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes.

Artigo 23 - A Comissão deve ser organizada e operacionalizada de maneira que assegure a objetividade e credibilidade nas suas recomendações.

Artigo 24 - Ao formular políticas de uso de medicamentos para o hospital, a Comissão deve estar atenta ao conteúdo e mudanças em diretrizes e políticas de organizações e corporações profissionais, agências governamentais e outros quando necessário.

Artigo 25 - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 26 - A CFT deverá estabelecer formulários-padrão para solicitação de alteração na padronização de medicamentos, pareceres técnicos, bem como fluxo de trabalho.

Artigo 27 - A CFT deverá divulgar indicadores para avaliação do processo de seleção de medicamento no seu hospital, anualmente ou mediante demanda institucional.

Artigo 28 - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Parágrafo único - Recomenda-se que os documentos sejam amplamente divulgados na instituição, de fácil acesso e com fluxograma estabelecido e difundido para todos os envolvidos no processo.

CAPÍTULO VIII – DA PADRONIZAÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS

Artigo 29 - Além das particularidades do hospital, a CFT considerará a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, evidências científicas e Diretrizes das Sociedades Médicas Brasileiras e Internacionais, como referências para a seleção de medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

Artigo 30 - A seleção de medicamentos para a padronização será baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões sistemáticas para avaliar evidência clínica;

§1° A seleção de antimicrobianos deverá ser realizada em conjunto com a Comissão / Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

§2° A seleção de medicamentos não deve contemplar medicamentos em fase de estudo.

§3° A padronização oriunda da seleção de medicamentos passará por revisão, minimamente a cada 02 (dois) anos ou quando necessário for.

Artigo 31 - A CFT deverá estabelecer procedimento e fluxo para o processo de inclusão/substituição e exclusão de medicamentos da lista de padronização, bem como critérios detalhados e prazos.

§1° A solicitação de inclusão/substituição e exclusão de medicamentos na padronização deverá ser feita através de formulário próprio e encaminhada à CFT.

§2º O solicitante deverá anexar documentos da literatura que justifique a inclusão na padronização.

§3° Para a inclusão deverão ser observados, minimamente, dentre os critérios, os seguintes pontos:

I. Registro na ANVISA, quando aplicável;

II. Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e perfil de segurança;

III. Composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas; exceto quando os ensaios clínicos justifiquem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior do que a soma dos efeitos dos produtos individuais;

IV. Denominação pelo princípio ativo, preferencialmente, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na falta desta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);

V. Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;

VI. Estabilidade em condições de estocagem, uso e facilidade de armazenamento;

VII. Preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;

VIII. Estar disponível no mercado nacional;

IX. Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade e favoreçam a segurança para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;

X. Priorizar as apresentações que contemplem maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos;

§4° A solicitação de inclusão aprovada pela comissão só será encaminhada ao colegiado executivo com o respectivo protocolo terapêutico de uso.

§5° A exclusão de medicamentos da lista de padronização deverá seguir critérios técnicos e ocorrer sempre que houver:

I. Desvantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;

II. Não apresentar demanda justificável durante os últimos doze meses;

III. Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional) ou que os riscos da utilização excedam os benefícios;

IV. Eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de farmacovigilância, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência de reações adversas em pacientes;

V. Fármacos com comprovada toxicidade e/ou ineficácia.

§4° A solicitação de ampliação de uso de medicamentos poderá ocorrer em função da criação de novos protocolos ou nos casos de benefício comprovado, em detrimento de outros fármacos já utilizados em procedimentos específicos, ou seja, para novas indicações terapêuticas. Além disso, a ampliação de uso pode associar-se a alterações de concentração/apresentação.

CAPÍTULO IX – DA SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

Artigo 32 - Caso exista a necessidade de aquisição de medicamento, que não conste na relação de medicamentos padronizados da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , deverá ser realizada solicitação mediante justificativa, em formulário próprio, conforme fluxo preestabelecido.

§ 1° As solicitações de compra de medicamentos não-padronizados deverão ser exclusivamente para situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja caracterizado falta de planejamento da instituição.

§ 2° A solicitação deverá ser avaliada pela CFT, com envolvimento da CCIH caso se trate de antimicrobiano.

CAPÍTULO X – DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Artigo 33 - Com o objetivo de monitorar o funcionamento da CFT, deve-se elaborar indicadores de desempenho da Comissão (estrutura, processo e resultado);

§ 1º Anualmente, a CFT deverá elaborar um relatório das atividades executadas, com os resultados dos indicadores, e encaminhar para a diretoria do hospital, até o fim do 3º mês do ano subsequente.

§ 2º Os indicadores anuais a serem coletados pela CFT, minimamente, serão: porcentagem de reuniões realizadas: nº de reuniões realizadas no período x 100 / nº reuniões programadas no período; % itens incluídos: nº de itens incluídos no período x 100 / nº de itens padronizados; % de itens excluídos: nº de itens excluídos no período x 100 / nº de itens padronizados.

CAPÍTULO XI – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 34 - Toda e qualquer política interna relativa ao uso de medicamentos, inclusive os casos omissos serão deliberados pela referida Comissão.

Artigo 35 - Este Regimento poderá ser modificado por proposição da diretoria do hospital ou dos membros da CFT, mediante aprovação por maioria de votos em reunião convocada para este fim.

Artigo 36 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente regimento serão dirimidas pelo Presidente da CFT e, em grau de recurso, pela direção do hospital.

8.1.9.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de Atividade Anual

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M

Identificar, entre os profissionais aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. Nomear oficialmente os membros da Comissão. Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												
Reunião com o Corpo Clínico para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. Realizar reunião ordinária.												
Redigir o formulário de padronização de medicamentos; Redigir o formulário de padronização de materiais e equipamentos; Selecionar os medicamentos para uso												
Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e ou eficácia duvidosa; Avaliar inclusão e exclusão de materiais e equipamentos padronizados; Avaliar a exclusão de medicações da padronização. Realizar Reunião Ordinária.												
Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados; Elaboração de relatório mensal; Divulgação da lista de medicamentos padronizados para 20% das áreas específicas.												
Divulgar informações sobre o uso de medicamentos;												

Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos, materiais e equipamentos; Estabelecer normas para a utilização de medicamentos de uso restrito e não padronizados.												
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência												
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico												
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade. Entrega de relatórios anuais												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
Data: xx/xx/23
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.

• O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Com Unidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 abril: xx//03/24 Julho: xx//07/24 Outubro: xx//09/24 Dezembro: xx//11/24

Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
REGIMENTO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA
Data: XX/XX/24
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Avaliação de produtos lácteos. • Avaliação da assistência farmacêutica (da sua cidade) • Análise do perfil de segurança de medicamentos fitoterápicos. • Vacinação contra a gripe. • Vacinação contra febre amarela. • Insulina rápida no tratamento de diabetes. • Plantas medicinais no tratamento de gastrite. • Plantas medicinais para tratar depressão • Plantas medicinais para tratar sinusite • Os remédios genéricos no mercado farmacêutico • Perigos dos remédios para emagrecer • Tratamento medicamentoso de esclerose múltipla

- Tratamento homeopático pelo SUS
- Prescrições de medicamentos
- Uso de antidepressivos entre adolescentes
- Benefícios e riscos do uso de suplementos
- Vacinação em farmácias e drogarias
- Controle de qualidade de medicamentos manipulados
- Remédio a base de maconha no Brasil
- Medicamentos antroposóficos
- Pílula do câncer
- Fármacos para o tratamento de alcoolismo
- A Cosmecêutica na Farmácia de Manipulação
- Uso dos florais de Bach em tratamentos
- Simplificação da bula
- Tratamento da dengue
- Prescrição farmacêutica
- Tratamento de dependentes de drogas
- Novas possibilidades de tratamento para Psoríase
- Tratamentos de Doença de Alzheimer
- Aplicações terapêuticas dos alucinógenos
- Novas possibilidades terapêuticas para Esquizofrenia
- Tratamentos de Fibromialgia
- Novas drogas sintéticas
- Intoxicações por medicamentos
- Uso de medicamentos por idosos
- Suplementos termogênicos
- Contribuição das plantas medicinais para tratar alergias
- Assistência farmacêutica em casos de HIV
- Tratamento do câncer de mama
- Evolução no tratamento da asma
- Programa de Farmácia Popular
- Assistência farmacêutica na saúde pública
- Avaliação do serviço de farmácia no hospital
- Efeitos crônicos do crack
- Proibição de aditivos em cigarros
- Uso de Ritalina para melhoramento acadêmico

• Abordagem do paciente com hipertensão • Carreira de farmacêutico clínico • Efeito de medicamentos imunossupressores • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/23	Assiantura: (RT)

8.1.10. Comissão de Proteção Radiológica

8.1.10.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Definição

As Comissão de Proteção Radiológica será criada considerando a Portaria nº 453 de 01/06/1998 que aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.

Atribuições:

I. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

II. Recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Composição

Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , com:

Representantes dos Serviços de Saúde Ocupacional,

Apoio Diagnóstico e Terapêutico,

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.10.2. Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I – DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências.

Artigo 2º - A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar que possui como principais atribuições revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Artigo 3º - As deliberações da Comissão de Proteção radiológica, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas práticas após análises das conformidades contidas no Plano de Proteção Radiológica, devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou Direção da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

Artigo 4º - São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

I - Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998;

II - Analisar e revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;**

Artigo 5º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , em Portaria da Direção, publicada em boletim de serviço da Instituição, abaixo representados:

I - Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

II - Setor de Apoio Diagnóstico.

III - Unidade de Diagnóstico por Imagem.

IV - Unidade de cirurgia e recuperação pós anestesia.

V - Engenheiro Clínico.

VI - Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Parágrafo único: Poderão fazer parte como membros convidados, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** para alteração da Portaria de nomeação.

Artigo 7º - Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

- A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.
- Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.
- Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.
- As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.
- Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.
- Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente.

Artigo 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica;

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
II. Realizar revisão de forma sistemática do Plano de Proteção Radiológica;
III. Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
IV. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações; assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
V. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;
VI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente.

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto à governança da Instituição;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;

IV. Fazer cumprir o regulamento.

Artigo 10º - São atribuições da Secretária da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Lavrar ata das reuniões;

III. Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

IV. Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionização, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

Artigo 11 - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 12- O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** .

8.1.10.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de atividade anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Elaborar normas para auditoria elaborar o cronograma da CRH												
Elaborar mapas de risco.												

Elaborar mapas de risco. Realizar treinamento Palestra												
Realizar treinamento – Palestra Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho												
Elaboração da Matriz–Identificação e Classificação dos processos												
Elaboração da Matriz Gerenciamento do processo												
Elaboração da Matriz–Identificação dos Níveis de risco												
Elaboração da Matriz Plano de ação para o gerenciamento de risco												
Consolidação das Ações no Pronto Socorro												
Realizar visitas e inspeções técnicas nos locais de trabalho												
Nomear membros da CRH para o segundo ano.												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS	
COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	
Data: xx/xx/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.	
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24	
Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais são os 3 princípios de proteção radiológica? • Como deve ser planejada a Proteção Radiológica? • Quais as Proteção Radiológica? • Qual a importância da proteção radiológica para o paciente e profissional? • O que é a proteção radiológica? • O que é o princípio de justificação em proteção radiológica? • Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos • Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos • Prontuários Médicos Eletrônicos • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/24	Assinatura: (RT)

8.1.11. Comitê de Compliance

8.1.11.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Definição

A Diretora Técnica poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da Comitê de Compliance. Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas no período de um ano. As funções dos membros da Comitê de Compliance não serão remuneradas. A fim de assegurar o suporte técnico, cientifico e operacional indispensável à eficiência da Comissão de tica medica, a Diretoria Administrativa, através do Serviço de apoio, proporcionará a infraestrutura necessária

Atribuições

O Comitê é responsável por subsidiar a Diretoria Geral da Policlínica na tomada de decisões relativas às estratégias, às políticas e às normas de *Compliance*. Também é responsável pela observância e o pelo cumprimento dos princípios éticos definidos pelas leis nacionais vigentes,

pelos documentos internos da Rede e seu Código de Conduta, em quaisquer relações comerciais ou profissionais estabelecidas pela Rede.

Composição

O Comitê será formado por, no mínimo, 7 (sete) e, no máximo, 11 (onze) membros efetivos, devendo ser composto por um membro independente, um membro eleito e todos os demais nomeados a cada 2 (dois) anos pelas Direção geral sendo obrigatória a participação de pelo menos 1 (um) dos membros de cada Diretoria, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.11.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - OBJETIVO

Art. 1° - Este Regimento Interno objetiva estabelecer todos os procedimentos a serem observados pelo Comitê de *Compliance* para cumprir os objetivos propostos, regulando seu funcionamento, responsabilidades, competências e atribuições como órgão de assessoramento da Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** no que diz respeito a estratégias, políticas e medidas voltadas à disseminação da cultura de *compliance* e integridade, controles internos e prevenção de riscos.

Art. 2° - Compete a Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** deliberar sobre o escopo, composição e funcionamento do presente Comitê, bem como deliberar sobre qualquer alteração deste Regimento.

Art. 3° - O Comitê conduzirá suas atividades de acordo com as determinações constantes deste Regimento, sendo que sua atuação é meramente consultiva, emanando sugestões e opiniões a serem analisadas pela Diretória Geral.

CAPÍTULO II - PRINCÍPIOS

Art. 4° - O Comitê, no exercício de suas funções, deverá agir em estrita conformidade com a missão e os valores do CGI, conduzindo seus trabalhos de acordo com as melhores práticas de governança corporativa.

CAPÍTULO III - SUBORDINAÇÃO

Art. 5° - Comitê de Compliance responderá e reportará suas atividades a Diretória Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** .

CAPÍTULO IV - COMPOSIÇÃO

Art. 6° - O Comitê será formado por, no mínimo, 7 (sete) e, no máximo, 11 (onze) membros efetivos, devendo ser composto por um membro independente, um membro eleito e todos os demais nomeados a cada 2 (dois) anos pelas Direções do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , sendo obrigatória a participação de pelo menos 1 (um) dos membros de cada Diretoria, todos formalmente nomeados, inclusive o seu Coordenador.

Art. 7° - A nomeação de seus membros ocorrerá em reunião das Diretorias do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , sendo o mandato de 2 (dois) anos, permitidas renomeações, com renovação de, pelo menos, um terço dos membros.

Art. 8° - Competirá a um dos membros a Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** presidir as atividades do Comitê.

Art. 9° - Nas suas ausências ou impedimentos temporários, o Coordenador do Comitê será substituído por outro membro, escolhido pelos demais.

Art. 10° - No caso de vacância ou renúncia de membro do Comitê, a Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** deverá reunir-se para eleger o respectivo substituto no prazo de até 30 (trinta) dias. Não será necessária a indicação de novo membro, caso se verifique que o número de membros restantes no Comitê é igual ou superior ao mínimo exigido neste Regulamento, devendo a quantidade final de membros sempre permanecer em número ímpar.

Art. 11 - O Comitê poderá, no âmbito de suas atribuições, solicitar a Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** a contratação do trabalho de terceiros especialistas, o que não o eximirá de suas responsabilidades perante a Rede.

Art. 12 - Preferencialmente, pelo menos um dos membros do Comitê deve possuir sólido e comprovado conhecimento na área financeira/contábil, bem como em controles internos e gestão de riscos.

Art. 13 - Preferencialmente, pelo menos um dos membros do Comitê deve ser da área jurídica, com prática na advocacia por no mínimo três anos, visando subsidiar em questões relacionadas à área.

CAPÍTULO V - ATRIBUIÇÕES

Art. 14 - O Comitê é responsável por subsidiar a Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** na tomada de decisões relativas às estratégias, às políticas e às normas de *Compliance*. Também é responsável pela observância e o pelo cumprimento dos princípios éticos definidos pelas leis nacionais vigentes, pelos documentos internos da Rede e seu Código de Conduta, em quaisquer relações comerciais ou profissionais estabelecidas pela Rede.

Art. 15 - Para desempenhar de forma eficiente sua função, cada membro do Comitê deverá submeter seu currículo à aprovação e apresentar habilidades/conhecimento, incluindo o entendimento sobre as responsabilidades do Comitê, do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS**

Art. 16 - Compete a cada membro do Comitê:

a. Participar das reuniões do Comitê;

b. Exercer as funções respeitando os deveres de lealdade e diligência;

c. Evitar situações de conflito que possam afetar os interesses do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** e de seus colaboradores;

d. Propor temas para serem tratados pelo Comitê, dentro de sua abrangência;

e. Participar das reuniões do Comitê devidamente preparado, tendo conhecimento de todos os temas e documentos colocados à disposição;

f. Pautar sua conduta por elevados padrões de ética, observar e estimular as boas práticas de governança corporativa no **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** além de manter sigilo sobre toda e qualquer informação a que tiver acesso em razão do exercício do cargo, utilizando-a somente para o exercício de suas funções, sob pena de responder pelo ato que contribuir para sua indevida divulgação;

g. Manter postura imparcial no desempenho de suas atividades;

h. Declarar, previamente à deliberação, que, por qualquer motivo, tem interesse particular ou conflitante com o do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** quanto à determinada matéria submetida à sua apreciação, abstendo-se de sua discussão e voto;

i. Reportar ao Comitê toda e qualquer situação diferente do que estiver estabelecido nas normas do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** para que seja decidido entre todos os membros conjuntamente e não de maneira isolada.

Art. 17 - Compete ao Comitê:

a. Monitorar a efetividade e a qualidade dos controles internos do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;

b. Disseminar a cultura de gerenciamento de riscos e controles internos no **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;

c. Acompanhar, exigir, monitorar e zelar pelo cumprimento, pelo **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ; e terceiros, das leis, regulamentos, normas, regras, manuais e sistemas de conformidade (*compliance*) do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;

d. Monitorar a consistência das ações e medidas disciplinares tomadas em relação aos princípios estabelecidos pelo Código de Conduta do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;

e. Conduzir as ocorrências recebidas e resolver os conflitos que não estão previstos no Código de Conduta do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;

f. Supervisionar a estrutura e as atividades de gerenciamento de riscos, incluindo os riscos operacionais, financeiros, estratégicos e de imagem, em linha com as diretrizes e políticas estabelecidas pela Diretoria;

g. Monitorar aspectos de ética e conduta, incluindo a efetividade do Código de Conduta e do Canal de Denúncias (abrangendo o tratamento das denúncias recebidas) e eventual existência de irregularidade;

h. Monitorar a qualidade do processo contábil e respectivas práticas contábeis selecionadas, da preparação das demonstrações financeiras e outras informações divulgadas a terceiros;

i. Supervisionar as atividades da auditoria interna no âmbito do compliance, incluindo a qualidade dos seus trabalhos, estrutura existente, plano de trabalho e resultados dos trabalhos realizados;

j. Avaliar e monitorar os controles internos do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** especialmente no que diz respeito à análise de parceiros e terceiros envolvidos;

k. Revisar periodicamente e recomendar eventuais alterações ao Código de Conduta do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;

l. Emitir recomendações sobre situações de potencial conflito de interesses entre partes relacionadas ao **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** quando julgar necessário ou por solicitação da Diretoria

m. Opinar e prestar esclarecimentos as Diretorias **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , quando solicitado, fazendo as recomendações que entender necessárias;

n. Rever e propor a Diretoria Geral atualização deste Regimento, quando necessário;

o. Submeter as Diretorias **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** os Relatórios Semestrais de Conformidade dos controles internos do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** .

CAPÍTULO VI - NORMAS DE FUNCIONAMENTO

Art. 18 - O Comitê se reunirá validamente com a presença física ou remota da maioria de seus membros.

Art. 19 - A função de membro do Comitê é indelegável.

Art. 20 - O Comitê poderá ter acesso diretamente à Diretoria, a informações relevantes e, quando necessário, aos colaboradores e terceiros do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** para esclarecimento de assuntos de competência do Comitê.

Art. 21 - O Secretário do Comitê, designado por seus membros, registrará em ata os principais fatos ocorridos, assuntos tratados e deliberações tomadas. Estas atas serão remetidas a Diretoria Geral, que analisará se será permitida sua divulgação para o público geral. O Secretário também ficará responsável por arquivar em local seguro todas as atas de reuniões.

Art. 22 - As reuniões do Comitê serão realizadas bimestralmente, mediante convocação de seu Secretário, e extraordinariamente nas ocasiões em que for necessário, mediante convocação fundamentada de quaisquer de seus membros e/ou da Diretoria Geral.

Art. 23 - O Comitê terá um calendário anual de reuniões, definido na primeira reunião geral do Comitê.

Art. 24 - Será permitida a participação de terceiros e colaboradores nas reuniões do Comitê nos casos em que tal participação seja necessária para os trabalhos conjuntos do Comitê. Esses terceiros e funcionários não participarão das recomendações emitidas pelo Comitê.

Art. 25 - Qualquer membro do Comitê poderá convocar colaboradores ou terceiros do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** para participar das reuniões com objetivo de prestar esclarecimentos.

Art. 26 - Os assuntos da agenda de reuniões deverão ser previamente classificados conforme o caso:

i. Para informação;
ii. Para análise e discussão;
iii. Para parecer;
iv. Para coordenação ou acompanhamento.

Art. 27 - Os assuntos discutidos que devam ter acompanhamento posterior devem ter a seguinte classificação:

- Para reporte e decisão das Diretorias **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;
- Para reporte e decisão do INVS
- Para análise;
- Para acompanhamento pela área respectiva.

Art. 28 - As reuniões do Comitê serão realizadas na sede do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** , podendo seus membros participar, quando necessário, via videoconferência.

Art. 29 - A pauta das reuniões será enviada aos membros do Comitê pelo Secretário com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis da reunião respectiva.

Art. 30 - O Secretário do Comitê deverá garantir que as convocações de cada reunião sejam devidamente enviadas a todos os membros, por correio eletrônico e com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, devendo anexar a pauta da reunião e demais materiais necessários.

Art. 31 - As deliberações do Comitê serão tomadas pela maioria de seus membros e registradas em ata, cujas cópias digitalizadas serão enviadas aos seus membros e a Diretoria Geral.

CAPÍTULO VII - COORDENADOR DO COMITÊ

Art. 32 - O Coordenador do Comitê será eleito por seus membros, devendo obrigatoriamente ser um dos participantes da Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** .

Art. 33 - Compete ao Coordenador do Comitê:

a. Convocar e presidir as reuniões do Comitê;
b. Avaliar e definir os assuntos a serem discutidos nas reuniões;
c. Cumprir e fazer cumprir o Regimento do Comitê;
d. Autorizar a apreciação de matérias não incluídas na pauta de reunião;
e. Solicitar à Diretoria a contratação de serviços terceirizados, quando necessário; e
f. Conferir, validar e apresentar os relatórios produzidos a Diretoria Geral.

CAPÍTULO VII - SECRETÁRIO DO COMITÊ

Art. 34 - O próprio Comitê designará um Secretário dentre os membros eleitos.

Art. 35 - Compete ao Secretário do Comitê:

a. Organizar a agenda anual do Comitê, assegurando o bom desempenho do Comitê e de cada um de seus membros;
b. Emitir as convocações aos membros do Comitê, preparando e encaminhando a pauta dos assuntos a serem tratados;
c. Estabelecer métodos e sistemas para acompanhamento dos trabalhos relacionados às políticas e recomendações definidas pelo Comitê;
d. Cumprir e fazer cumprir o Regimento;
e. Organizar a pauta, convocação e material dos assuntos a serem tratados;
f. Secretariar as reuniões, elaborando e lavrando, em até 5 (cinco) dias úteis, as respectivas atas e coletar, em lista de presença, as assinaturas, que poderão ser digitais, de todos

os membros do Comitê que dela participaram, além de consignar o comparecimento de eventuais convidados;

g. Arquivar atas e documentos referentes às reuniões;
h. Elaborar os Relatórios a serem submetidos a Diretoria Geral, quando solicitado.

CAPÍTULO IX - REGISTRO E GUARDA DAS ATAS

Art. 36 - As atas de reuniões têm por finalidade registrar os reportes, as deliberações, as demandas e demais assuntos tratados pelo Comitê.

Art. 37 - As atas de reuniões serão assinadas pelos membros do Comitê presentes e remotos, de forma digital, registrando-se os ausentes, bem como a participação extraordinária dos convidados às reuniões do Comitê.

Art. 38 - As atas devem ser controladas e mantidas de forma organizada, de modo a ficarem disponíveis para atendimento a demandas da Diretoria Geral, INSV, Auditorias (interna e externa) e Órgãos Reguladores.

Art. 39 - As demandas registradas na ata de reunião deverão ser reportadas na reunião subsequente.

CAPÍTULO X - CONFLITO DE INTERESSES

Art. 40 - Uma vez constatado conflito de interesses ou interesse particular de qualquer dos membros do Comitê em relação a determinado assunto em pauta, tal membro deverá manifestar-se ao Secretário, sendo que caso este não se manifeste, qualquer dos presentes à reunião que tenha conhecimento do fato deverá fazê-lo. Tão logo identificado o conflito de interesses ou interesse particular, o membro do Comitê não poderá ter acesso a informações, participar de reuniões do Comitê, exercer voto ou de qualquer forma intervir nos assuntos em que esteja, direta ou indiretamente, até que cesse a situação de conflito de interesse.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.41 - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pelas Diretorias **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** e revoga quaisquer normas e procedimentos em contrário.

Art. 42 - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros do Comitê e/ou o INSV acharem pertinente, sendo que sua posterior alteração deverá ser submetida à aprovação da Diretoria Geral.

Art. 43 - Os membros do Comitê terão total independência no exercício de suas atribuições, devendo manter sob caráter de confidencialidade as informações recebidas do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS**

Art. 44 - Eventuais omissões deste Regimento e dúvidas de interpretação de seus dispositivos serão objeto de análise e decisão pela Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS**

Art. 45 - Este Regimento entra em vigor na data da sua aprovação pelo Diretoria Geral do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** e será arquivado na sede da Unidade.

8.1.11.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de atividade anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
ATIVIDADE	**1º MÊS**	**2º MÊS**	**3º MÊS**	**4º MÊS**	**5º MÊS**	**6º MÊS**	**7º MÊS**	**8º MÊS**	**9º MÊS**	**10º MÊS**	**11º MÊS**	**12º MÊS**
Planejamento, Execução Avaliação Dos Trabalhos da Comissão												
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto de Compliance do												
Elaboração/Revisão de Normas e Atividades Práticas												
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de Compliance												
Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com profissionais da Equipe Multiprofissional para												

apresentação das finalidades e objetivos do Compliance												
Realizar atividades de Compliance por setor de acordo com a necessidade dos mesmos												
Assessoramentos Diversos												
Elaboração de Relatórios												
Encaminhamento de Relatórios												
Avaliar os resultados do projeto durante o ano												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
DO COMITE DE COMPLIANCE
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias.

• O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comitê.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24

Revisada:xx/xx/23	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
DO COMITE DE COMPLIANCE	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Quais atribuições do COMITE; • como montar os indicadores; • a importância de trabalhar e monitora os indicadores • como produzir POPs e ROTs • normatizações sobre COMPLIANCE • outros...	
Revisada: xx/xx/24	Assinatura: (RT)

8.1.12. Comissão de Ética em Pesquisa Científica

8.1.12.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Definição

O CEP tem como finalidade primordial proteger os participantes das pesquisas, garantindo que os projetos sejam realizados de forma ética e responsável, minimizando riscos e preservando a integridade física, psíquica e moral dos indivíduos envolvidos. Ele garante que os pesquisadores sigam as melhores práticas científicas e éticas, Comitê de Ética em Pesquisa **segue** Resolução CNS 466/201**,** Declaração de Helsinki Boas Práticas Clínicas**.**

Atribuição

- Análise de projetos de pesquisa
- Avaliar o mérito ético dos projetos apresentados, garantindo que os direitos dos participantes sejam preservados. Isso inclui uma análise dos riscos e benefícios envolvidos na pesquisa, assim como os métodos utilizados.
- Monitoramento contínuo
- Aprovação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Garantir a proteção dos participantes
- Proteger a confidencialidade e privacidade dos dados
- Educação e conscientização

Composição

A Comissão é constituída por, no mínimo, 10 membros titulares incluindo os vários profissionais que atuam na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

Entre os membros titulares deverá haver, pelo menos, um membro da comunidade representando os usuários da Instituição. A Comissão de Ética em Pesquisa Científica - CEPC, de acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros. Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição. Em consonância com o Capítulo VII, item 10 da Resolução/CNS nº 196, os membros não poderão ser remunerados.

O presidente da Comissão de Ética da Policlínica, eleito segundo regulamentação da Instituição, terá assento como membro da CEPC. Será designado 01 (um) Vice coordenador, indicado pelo Coordenador eleito e aprovado pelos membros titulares da CEPC. O mandato dos membros do

CEPC será de 3 anos, sendo permitida a recondução. A CEPC será coordenada por um dos membros, eleito entre seus pares, na primeira reunião de trabalho.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.12.2. Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I – DEFINIÇÃO

Artigo 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa Científica (CEPC) da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma. Tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito da Policlínica, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** sem prévia avaliação e aprovação da CEPC.

Artigo 2º - A CEPC está subordinada administrativamente ao Departamento de Ensino e Pesquisa e à Diretoria Geral da Instituição.

Artigo 3º - A escolha dos membros da CEPC deverá estar em conformidade com a Resolução CNS nº 196/96, com anuência da chefia da SMS de Quirinópolis e da Diretoria Geral da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .**

Artigo 4º - Os membros da CEPC deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro da CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

Artigo 5º - A organização e criação da CEPC, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Resolução CNS nº 196/96.

Artigo 6º - A Comissão de Ética em Pesquisa Científica da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

§ 1º - A sua composição deverá estar em conformidade com a Resolução CNS196/96.

§ 2º - Podem ser convidadas pessoas de fora da Instituição, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento da CEPC.

§ 3º - Membros *ad hoc* poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Artigo 7º - Os membros serão escolhidos por meio de indicação feita pelos componentes da Comissão, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação da CEPC, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Artigo 8º - O mandato dos membros da Comissão será de três anos, sendo permitida a recondução.

Artigo 9º - A CEPC **t**erá um coordenador escolhido pelos seus membros por meio de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro da CEPC, com experiência na área de pesquisa.

§ 1º - O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

§ 2º - O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Artigo 10 - Os membros da CEPC não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

§ 1º - Os membros da CEPC terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho da Comissão, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

§ 2º - Os membros da CEPC terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

§ 11º - Um membro da Comissão poderá ser afastado pela Coordenação da CEPC nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada;
II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pela Comissão sem justificativa adequada;
III. Incorrer em falta ética grave;
IV. Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** e outras Instituições que não possuem Comissão de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas;
V. Manter atualizadas as normas de funcionamento;
VI. Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, por meio da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas;
VII. Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos;
VIII. Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Resolução CNS 196/96 e complementares;
IX. Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes à mesma; arquivados em pastas individuais;
X. Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados;
XI. O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo;
XII. Os protocolos ou trabalhos recusados pela CEPC POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro

elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

Artigo 11 - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído à CEPC, conforme Resolução CNS nº 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;
II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;
III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e finais da pesquisa;
IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da pesquisa ou sempre que solicitado pela CEPC;
V. Apresentar dados solicitados pela CEPC sempre que solicitado;
VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;
VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
VIII. Justificar perante a CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
IX. Comunicar à CEPC todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;
X. Todo e qualquer projeto da pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Resolução CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo;
XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;
XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

Artigo 12 - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e especificamente:

I. Representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. Instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;
V. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Artigo 13 - Aos membros da CEPC compete:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo Coordenador;

II. Comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;

V. Desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;

VI. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir comparecer ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Artigo 14 - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pró-análise dos mesmos;

II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas setoriais realizadas semanalmente;

III. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC e das pendências emitida pelos relatores;

IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;

V. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa, difundindo os princípios, as normas e as legislações vigentes;

VI. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC

Artigo 15 - Aos secretários da CEPC compete:

I. Assistir às reuniões;

II. Encaminhar o expediente;

III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** ;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. Lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC;

VII. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VIII. Distribuir aos membros da CEPC a pauta das reuniões.

Artigo 16 - Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

§ 1º - Aspectos Legais: Quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Resolução CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

§ 2º - Aspectos Morais: a CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** tem deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não maleficência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

§ 3º - Aspectos Éticos: Nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizados como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por três diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos ou pessoas;

II. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia;

III. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa.

Artigo 17 - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo à Comissão, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada;

II. Autorização do responsável pelo serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto;
III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada;
IV. Projeto de Pesquisa em Português;
V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa);
VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa);
VII. Currículo dos pesquisadores;
VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos);
IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);
X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira);
XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

Artigo 18 - A Comissão irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96:
I. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;
II. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;
III. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;
IV. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
V. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP;
VI. A CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** deverá encaminhar semestralmente à CONEP a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Artigo 19 - A Comissão utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes:
II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pela CEPC;
III. Uma vez aprovado o projeto, a CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** passa a ser corresponsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;
IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e

arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;

VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP e, no que couber, a outras instâncias;

VIII. Com pendência: quando a Comissão considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;

IX. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

X. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS;

XI. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

Artigo 20 - A CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

§ 1º - Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

§ 2º - O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

§ 3º - Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência;

§ 4º - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigido pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Artigo 21 - Qualquer membro da CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

Artigo 22 - As reuniões se darão da seguinte forma:

I. Verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;

II. Verificação de presença dos membros titulares e existência de quórum;

III. Votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV. Comunicações breves e franqueamento da palavra;

V. Leitura e despacho do expediente;

VI. Ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VII. Organização da pauta da próxima reunião;

VIII. Distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;

IX. Encerramento da sessão.

Artigo 23 - Estando a CEPC **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** devidamente estruturada conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS, todas e quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Artigo 24 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros da CEPC.

8.1.12.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de atividade anual

Cronograma de Atividades Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Identificar, entre os profissionais POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. Nomear oficialmente os membros da comissão												
Validação, da Comissão, da proposta de Regimento Interno.												

Reunião com profissionais da equipe multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. Realizar reunião ordinária.												
Apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC Revisar todos os protocolos de pesquisa já existentes. Elaborar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos. Realizar reunião ordinária												
Divulgar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, estimulando o desenvolvimento de pesquisa, entre os profissionais da equipe multiprofissional.												
Acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento												
Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.												
Relatórios Mensais												
Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais das pesquisas												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMITE DE ETICA EM PESQUISA - CEP
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro do CEPC.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24

Novembro: xx//11/24	
Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA - CEP	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Como produzir um protocolo de pesquisa; • Responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição; • Como a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas. • o CONEP • o Fluxo de pesquisa na unidade • o Fluxo de pesquisa na SES outros...	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.13. Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente

8.1.13.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Definição

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NSP) visa prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, aumentando a segurança ao paciente e promovendo a melhoria da qualidade da assistência. Com o desenvolvimento dessas ações, serão identificados às situações e riscos existentes, os pontos frágeis da estrutura e dos processos de trabalho, as falhas ativas e latentes, assim como as oportunidades de melhoria do cuidado e prevenção de incidentes e danos desnecessários aos pacientes.

Também será possível avaliar e fornecer feedback aos gestores sobre a qualidade e segurança da assistência prestada, fomentando a tomada de decisão em prol de mudanças e melhorias nos

diferentes setores de cuidado. Por fim, pretende-se obter maior conscientização dos profissionais que atuam na instituição, estimulando-os a adotar as melhores práticas para o desenvolvimento de um cuidado seguro para todos.

Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde. Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

No Brasil, recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência

Atribuição

- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente
- Gerenciamento do risco;
- Propor a melhoria contínua dos processos de cuidados e do uso de tecnologias da saúde;
- Disseminação sistemática da cultura de segurança;
- Articulação e Integração dos processos de gestão de risco;
- Garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- Elaboração e implementação do Plano de Segurança do paciente;
- Promoção da comunicação efetiva, identificação do paciente, cirurgias seguras, higienização das mãos, prevenção de quedas e úlceras de pressão, segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos e no uso de equipamentos e materiais;

Notificação de incidentes e eventos adversos

Composição

- Diretor Técnico,
- Diretor Clínico,
- Médico,

- Gerente de Enfermagem,
- Farmacêutico,
- Fisioterapeuta,
- Nutricionista,
- setor de RH
- profissionais da área de apoio logístico

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.13.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Considerando a RDC Nº. 36/2013 do Ministério da Saúde, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde; considerando a RDC Nº. 63/2011 do Ministério da Saúde, que institui que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para segurança do paciente; Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, como: a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização; e capacidade de reagir a mudanças. Considerando a necessidade de desenvolver estratégias e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do Paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de incidentes na atenção à saúde, fica criado na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NSP).

CAPÍTULO II – DO OBJETIVO

Artigo 2º - São Objetivos do NSP:

- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente
- Gerenciamento do risco;
- Propor a melhoria contínua dos processos de cuidados e do uso de tecnologias da saúde;
- Disseminação sistemática da cultura de segurança;
- Articulação e Integração dos processos de gestão de risco;
- Garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- Elaboração e implementação do Plano de Segurança do paciente;
- Promoção da comunicação efetiva, identificação do paciente, cirurgias seguras, higienização das mãos, prevenção de quedas e úlceras de pressão, segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos e no uso de equipamentos e materiais;
- Notificação de incidentes e eventos adversos.

CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Compete ao Coordenador:

I. Coordenar e supervisionar as atividades do NSP;
II. Representar o NSP em suas relações internas e externas;
III. Convocar e coordenar as reuniões;
IV. Prover meios para atualização dos membros;
V. Participar de instâncias deliberativas da instituição;
VI. Responsabilizar-se pela elaboração e atualização, junto às coordenações, dos Protocolos específicos de atividades de segurança do paciente;
VII. Elaborar projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;
VIII. Realizar a gestão dos riscos;
IX. Coordenar a elaboração do plano de segurança do paciente do Hospital;
X. Notificar os eventos adversos no NOTIVISA.

Artigo 4º - Compete aos membros executores:

I. Elaborar e tratar de documentos: Registrar a entrada e saída de documentos; triar, conferir e distribuir documentos; verificar documentos conforme normas; classificar documentos, segundo critérios preestabelecidos; arquivar documentos conforme procedimentos;
II. Acompanhar processo de notificação: Verificar prazos estabelecidos; distribuir, cobrar e receber notificações;
III. Preparar relatórios, formulários e planilhas, cumprindo sempre os prazos e as normas vigentes;

IV. Agendar compromissos do Coordenador(a) do Núcleo de Segurança do Paciente e secretariar reuniões conduzidas pelo mesmo, elaborando atas e registros de frequência;

V. Dar suporte administrativo e técnico na área de materiais, patrimônio e logística: Controlar material de expediente; levantar a necessidade de material; requisitar materiais.

Artigo 5º - Compete aos membros consultores

I. Colaborar com a elaboração e atualização dos Protocolos específicos de atividades de Segurança do Paciente;

II. Comparecer às reuniões, participando e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Colaborar na elaboração de projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;

IV. Cor responsabilizar-se pela legitimidade e regularidade das ações e decisões do NSP;

V. Realizar as ações previstas no Regimento Interno do NSP.

CAPÍTULO IV – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Núcleo de Segurança do Paciente estará subordinado a Direção Geral da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** e terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Técnico, Diretor Clínico, Médico, Gerente de Enfermagem, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista, setor de RH e profissionais da área de apoio logístico.

CAPÍTULO V – DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º - O NSP possui as seguintes atribuições:

I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, e ainda propor ações preventivas e corretivas;

IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente da Policlínica;

V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente da Policlínica;

VI. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde na instituição;

IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;

XI. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;

XII. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VI – DAS REUNIÕES

Artigo 8º - O Núcleo de Segurança do Paciente se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.

I. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas;

II. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 9º - Das decisões:

As decisões do NSP serão tomadas pelo coordenador por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

§ 1º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

§ 2º - As resoluções do NSP serão decididas com a participação da maioria simples e os assuntos tratados deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

8.1.13.3. Cronograma De Atividades Anual

Quadro X – Cronograma de atividade anual

Cronograma de Atividade Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Integrar a Comissão junto à comunidade hospitalar.												
Divulgar o andamento dos trabalhos da Comissão. Analisar Regimento Interno da Comissão Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados.												
Normatizar e criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito.												
Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos, uniformizar e direcionar as avaliações de óbitos pelos membros das comissões.												
Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de Prontuários, o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos.												

Normatizar e criar, conjuntamente com as Comissões de Documentação Médica e Estatística e Comissão de Revisão de Prontuários instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito e para auditoria e revisão desses prontuários.												
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência.												
Desenvolver atividades de caráter técnico-científico.												
Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade. Entrega de relatórios anuais.												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
NUCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião;

• Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro Do Núcleo.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24

Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
NUCLEO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
Data: XX/XX/24
Responsável: (presidente da comissão)
Atividades/Temas: • Quais atribuições do NQSP; • Como montar os indicadores; • A importância de trabalhar e monitora os indicadores • Como produzir POPs e ROTs • Normatizações sobre NQSP

• Outros...	
Revisada: xx/xx/24	Assinatura: (RT)

8.1.14. Serviço especializado em engenharia de segurança em medicina do trabalho - SESMT

8.1.14.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Definição

A Diretora Técnica poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da Comissão do SESMT. Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas no período de um ano. As funções dos membros da Comissão do SESMT não serão remuneradas. A fim de assegurar o suporte técnico, cientifico e operacional indispensável à eficiência da Comissão de tica medica, a Diretoria Administrativa, através do Serviço de apoio, proporcionará a infraestrutura necessária

Atribuição

- Utilizar a Engenharia e a Medicina do Trabalho para reduzir/eliminar os riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho e nas máquinas;
- Designar Equipamentos de Proteção Individual – EPIs para todos os colaboradores que atuam em áreas nas quais o risco não está neutralizado;
- Ser responsável técnico pelo plano de saúde ocupacional da empresa, bem como dar suporte medicinal a demandas de emergência;
- Estreitar relações com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Estimular atividades educacionais que têm como objetivo conscientizar os colaboradores acerca da segurança do trabalho.

Composição

- Médico do trabalho
- Engenheiro de segurança do trabalho
- Enfermeiro do trabalho
- Técnico de segurança do trabalho
- Auxiliar de enfermagem do trabalho.

Perfil do cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.14.2. Proposta de Regimento Interno

REGIMENTO DO SESMT

O **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** deverá manter equipe multiprofissional na composição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho –SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos servidores/trabalhadores.

O SESMT está estabelecido no Art. da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora Nº. 4 do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

FINALIDADES:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS**
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, ou a direção do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico da Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Verificar as cópias das CAT emitidas;
- Promover anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar anualmente, em conjunto com o Hospital das Campanhas de Prevenção;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Promover Campanhas Humanitárias e Educativas.

COMPOSIÇÃO E CONSTITUIÇÃO – MEMBROS

A constituição do SESMT, no **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

A NR 4 tem a finalidade de reduzir os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais, exigindo que os SESMT sejam compostos pelos seguintes profissionais:

- Médico do trabalho
- Engenheiro de segurança do trabalho
- Enfermeiro do trabalho
- Técnico de segurança do trabalho
- Auxiliar de enfermagem do trabalho.

Regulamentado pela NR 4 e com a principal missão de promover a saúde do trabalho, os integrantes do SESMT têm como função:

- Utilizar a Engenharia e a Medicina do Trabalho para reduzir/eliminar os riscos ocupacionais presentes no ambiente de trabalho e nas máquinas;
- Designar Equipamentos de Proteção Individual – EPIs para todos os colaboradores que atuam em áreas nas quais o risco não está neutralizado;

- Ser responsável técnico pelo plano de saúde ocupacional da empresa, bem como dar suporte medicinal a demandas de emergência;
- Estreitar relações com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Estimular atividades educacionais que têm como objetivo conscientizar os colaboradores acerca da segurança do trabalho.

A Norma Regulamentadora número 4, ou simplesmente NR 4, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) estabelece critérios para organização dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). A exigência dos SESMT, por sua vez, está na CLT.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Art.1° - O SESMT visa a garantir a integridade física da equipe de trabalho no ambiente ocupacional, tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2° - O SESMT tem por atribuições:

I. Definição dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) que devem ser usados em cada área do Hospital;
II. Controle documental de entrega dos EPIS aos colaboradores;
III. Treinamento dos colaboradores;
IV. Elaboração das estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho (atribuição prevista na NR 04);
V. Verificar periodicamente, a situação do local;
VI. Planejar ações nas áreas mais críticas;
VII. Ser responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros;
VIII. Utilização dos conhecimentos técnicos de seus profissionais para zelar pela saúde e segurança dos colaboradores no ambiente de trabalho;
IX. Aplicação de soluções para redução e eliminação dos riscos em máquinas e equipamentos;
X. Promover ações que diminua e previna acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.
XI. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);
XII. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

XIII. Participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

XIV. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores do Hospital;

XV. Realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na Norma Regulamentadora nº 32;

XVI. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

XVII. Divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

XVIII. Participar, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionado à segurança e saúde dos colaboradores;

XIX. Participar, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

XX. Propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XXI. Propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3° - O SESMT do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** atenderá as A NR 4 com a finalidade de reduzir os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais.

Art. 4° - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração deum ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5° - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6° - A Diretoria do **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7° - Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8° - Compete aos colaboradores, servidores e funcionários:

I. Participar da eleição de seus representantes;

II. Colaborar com a gestão da CIPA;

III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;

IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

V. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;

VI. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 9° - Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
REGIMENTO DA COMISSÃO SESMT
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária. • Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidades por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros:

Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24	
Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Da Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
REGIMENTO DA COMISSÃO SESMT	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; • Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho; • Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa; • Noções sobre a Aids, e medidas de prevenção; • Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho; • Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; • Organização da SESMTe outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. • Vantagens e Desvantagens – prontuário médico em papel e eletrônicos • Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico (MV).	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.15. Outras Comissões

8.1.15.1. Comissão De Análise de Contratos Terceirizado

8.1.15.1.1. Proposta de Constituição (membros, finalidade)

Definição

A Diretora Técnica poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da Comissão de Analise de contratos terceirizados. Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas no período de um ano. As funções dos membros da Comissão de análise de contrato terceirizados não serão remuneradas. A fim de assegurar o suporte técnico, cientifico e operacional indispensável à eficiência da Comissão de tica medica, a Diretoria Administrativa, através do Serviço de apoio, proporcionará a infraestrutura necessária as normatizações.

Atribuição

I - Gerenciar as contratações de bens e serviços do hospital;

II- Prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;

III – Elaborar minutas de contrato;

IV - Gerir os convênios celebrados pelo hospital.

Composição

I - O chefe da SAD, como coordenador do Comissão;

II - Os chefes das Unidades subordinadas a este Setor;

III - Um representante da DAF.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo técnico da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , eleito por seus pares em eleição direta.

8.1.15.1.2. Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1° - Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

Art. 2° - O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento a unidade como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3° - Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

CAPÍTULO II - CARACTERIZAÇÃO SEÇÃO

Art. 4° - A Unidade de Contratos, caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Unidade de Contratos;

II - Ambientes de trabalho: espaço dentro **Policlínica** de saúde;

III - Vinculação: Setor de Administração / Divisão Administrativa Financeira / Gerência Administrativa;

IV - Cargo de gestão: Chefe de Unidade;

V - Supervisão técnica: Setor de Administração.

Art. 5° - A Unidade de Contratos (UCON) utiliza a seguinte estrutura física para o desenvolvimento de suas atividades:1 do Sala **Policlínica** 1 Destinada ao funcionamento da UCON.

CAPÍTULO III - RESPONSABILIDADES

Art. 6° - A Unidade de Contratos tem por missão garantir a excelência nas contratações atendendo aos princípios da Administração Pública por meio de gestão participativa.

Art. 7° - Unidade de Contratos tem por visão ser referência em contratações públicas alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Art. 8° - São valores **Policlínica** de Contratos, em consonância com os valores do contrato:

I - Preceitos ético-legais;

II - Humanização;

III - Responsabilidade;

IV - Respeito aos direitos do paciente;

V - Trabalho em equipe;

VI - Eficiência, eficácia e efetividade;

VII - Cooperação e integração;

VIII - Padronização de condutas;

IX - Educação permanente;

X - Comprometimento;

XI - Transparência;

XII - Sustentabilidade.

Art. 9° - São competências **Policlínica** de Contratos:

I - Gerenciar as contratações de bens e serviços do hospital;

II- Prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;

III – Elaborar minutas de contrato;

IV - Gerir os convênios celebrados pelo hospital.

Art. 10° Constituem produtos/serviços **Policlínica** de Contratos:

I - Contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições formalizados;

II - Fiscalização de contratos da área administrativa;

III - Apoio a gestão e fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;

CAPÍTULO VI - CLIENTES

Art. 11 - São clientes internos e externos **Policlínica** de Contratos todas as Unidades organizacionais, fornecedores, órgãos públicos e profissionais de outros hospitais.

Art. 12. São fornecedores de informações em favor **Policlínica** de Contratos:

I – Setores Demandantes **Policlínica**;

I – Órgãos Externos;

III – Fornecedores de Insumos e/ou Serviços;

Art. 12 - Constituem funções operacionais **Policlínica** de Contratos:

I - Execução de procedimentos relativos à formalização de contratos oriundos de pregão eletrônico, inexigibilidade e dispensa de licitação (preenchimento do termo de contrato, colher assinaturas da contratada e contratante, publicação, cronograma, vinculação de fiscal, envio de cópia do contrato para a contratada, envio da documentação para o fiscal do contrato e outros procedimentos necessários);

II - Expedição de Ofício às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos;

III - Expedição e envio para assinatura de Portaria de nomeação de fiscal de contratos;

IV - Solicitação de senha no sistema para os fiscais de contratos;

V - Acompanhamento, atualização e alimentação da planilha de contratos e termos aditivos (incluir os dados dos contratos e termos aditivos);

VI – Envio de Ofício aos fiscais de contratos informando o término do prazo de vigência dos contratos;

VII - Execução de procedimentos relativos à prorrogação de contratos administrativos (solicitar manifestação do fiscal e da contratada, consulta a documentação relativa à regularidade fiscal da contratada, pesquisa de preços de mercado, assinatura do ordenador

de despesa e autoridade competente, cálculo do reajuste, dotação orçamentária, solicitar manifestação do setor jurídico, colher assinaturas, publicação, envio para a contratada e fiscal do contrato, e outros procedimentos necessários);

VIII - Pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

IX - Cadastramento de contratos novos e inclusão de termos aditivos no sistema de gestão;

X - Prestar informações acerca das atividades **Policlínica** quando solicitadas;

XI - Execução de procedimentos relativos à formalização de processos destinados a apuração de irregularidades no decorrer da execução dos contratos (negociação prévia, indicação de irregularidades e sanção, envio de notificação, análise resposta fornecedor, finalização, envio de resposta ao fornecedor e solicitante);

XII - Execução de procedimentos relativos à análise de pedidos de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro de contrato (pesquisa de preços de mercado, negociação com o fornecedor, solicitação de manifestação do setor jurídico, expedição de apostila ou termo aditivo, envio de resposta ao fornecedor);

XIII - Execução de procedimentos relativos à análise de solicitações de troca de marca, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e outros;

XIV - Pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

XV - Prestar informações acerca das atividades **Policlínica** quando solicitadas.

CAPÍTULO IV - CAPITAL HUMANO

Art. 13 - A Unidade de Contratos deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 15. São deveres gerais dos trabalhadores lotados na Unidade de Contratos:

I - Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - Usar o crachá nas dependências do complexo hospitalar e seus anexos;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POP's), referentes às tarefas para as quais forem designados;

V - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade; VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

VII - Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

VIII - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

IX - Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

X - Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

XI - Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XII - Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XIV - Manter seus registros funcionais atualizados;

XV - Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - Observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Art. 14 - A Unidade de Contratos possui os seguintes Atribuições:

- Gerir os contratos, cessões, doações, autorizações, convênios e demais instrumentos obrigacionais firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados;
- Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados;
- Atualizar rotineiramente as informações constantes do Sistema de gestão, de acordo com as normas vigentes;
- Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;

- Apresentar relatórios periódicos contendo análise da gestão de contratos do hospital. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes ePops afetos aos serviços desenvolvidos na Unidade;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo **policlínica**;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos colaboradores da UCON;
- Auxiliar os Gestores e Fiscais de contratos na execução de suas atividades;
- Manter a página da Unidade atualizada no sítio eletrônico **policlínica**, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Definir processos de trabalho no âmbito **policlínica**, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos.

Art. 15 - As funções de Coordenadores de Área e Responsáveis Técnicos constituem funções de confiança da Chefia do Setor de Administração, ficando a indicação a seu critério.

Art. 16 -. A indicação para nomeação da Chefia da Unidade de Contratos, deverá seguir os critérios estabelecidos pela legislação da SES/GO.

Art. 17 -. A Chefia da Unidade de Contratos é função gratificada na estrutura da policlínica sendo a classificação, descrição e atribuições apresentadas no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas.

§1.º A Função Gratificada relativa à chefia descrita no caput deverá ser ocupada por profissional com formação de nível superior ou nível técnico com experiência mínima de três anos na área de atuação, conforme disposições contidas no plano de cargos e carreiras da INSV.

§2.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc.) da chefia do Setor de Administração, assumirá pessoa de sua confiança que será o substituto legal, formalmente nomeado por meio de Portaria publicada, permanecendo no cargo por igual período ao do mandato da chefia.

CAPÍTULO V - ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 18 - A Unidade de Contratos funciona nos seguintes horários: de segunda a sexta das 7h às 12h e das 13 às 17 horas.

Art. 19 - As escalas de trabalho são de responsabilidade **policlínica**, devendo ser elaborada até o dia 10.º dia do mês anterior ao mês descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e obrigatoriamente publicizadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 20 - Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela Chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Setor, referentes à matéria.

Art. 21 - As escalas/horários de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe a Unidade, obrigatoriamente publicadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 22 - A Unidade de Contratos está representada no Comissão Gestor do Setor de Administração da CGI, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pelas chefias do Setor de Administração e suas Unidades, pelos chefes substitutos como suplentes e um representante da administração, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 23 - São objetivos da comissão:

I - Promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas;

II - Promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégias de planejamento;

III - Implementar oportunidades de melhorias para que a DAF possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 24 - Compõem a comissão:

I - O chefe da SAD, como coordenador do Comissão;

II - Os chefes das Unidades subordinadas a este Setor;

III - Um representante da DAF.

§ 1.º Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc.) da chefia da Divisão Administrativa Financeira, assumirá a coordenação da comissão seu substituto legal.

§ 2.º O secretário da comissão será escolhido dentre os representantes de cada segmento do SAD representado na comissão, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 25 - Caberá ao secretário do Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Comissão;

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comissão;

VII - Elaborar relatório mensal das atividades do Comissão;

VIII - Providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - Realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Comissão.

Art. 26 -. São competências da Comissão:

I - Elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos dos Setores e Unidades, quando necessário;

II - Apreciar o Plano Anual de Investimento dos Setores e Unidades, para o exercício subsequente;

III - definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor e Unidades;

IV - Definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor e Unidades;

V - Estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Comissão para o exercício, quando do início das atividades;

VI - Dar andamento as ações propostas no Plano Diretor Estratégico (PDE) institucional para o Setor;

VII - Propor a criação de Grupos de Trabalho para:

a) auxiliarem nas decisões do Comissão Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos;

b) comporem o centro de custo do Setor, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Art. 27 - As reuniões ordinárias do Comissão serão realizadas pela Chefia, juntamente com suas Unidades, e acontecerão mensalmente, com agendamento prévio de 5 (cinco) dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de 24 horas, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 das chefias subordinadas, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 28 - As decisões serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 31. A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Administração será determinada pela Chefia, em conjunto com o Comissão Gestor, seguindo as exigências da Instituição e obedecendo as normas legais.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE GESTÃO

Art. 28 - São Indicadores de Produção:

- Número de Contratos Existentes
- Percentual de Contratos de Dispensa, Adesão, Inexigibilidade e pregão;
- Número de Contratos em Confecção
- Número de Contratos em fase de Aditivação/Prorrogação

Art. 29 - São indicadores de desempenho:

- Tempo médio de execução de confecção de contrato
- Tempo médio de execução de Aditivo ou prorrogação contratual

CAPÍTULO VIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 30 - O funcionamento da Unidade de Contratos (UCON), além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento da policlínica, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas da Unidade de Contratos devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POP' s).

Art. 31 - Os casos omissos deverão ser objeto de deliberação do Conselho Gestor com a chefia do setor, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 32 -. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação da diretoria técnica e administrativa com a chefia da imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 33 - O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

8.1.15.1.3. Cronograma De Atividades Anual

Cronograma de atividade anual

Cronograma de Atividades Anual												
ATIVIDADE	**1º M**	**2º M**	**3º M**	**4º M**	**5º M**	**6º M**	**7º M**	**8º M**	**9º M**	**10º M**	**11º M**	**12º M**
Identificar, entre os profissionais POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , aqueles que possuem o perfil adequado para compor a comissão. Nomear oficialmente os membros da comissão												
Validação, da Comissão, da proposta de Regimento Interno. Reunião com profissionais da equipe multiprofissional para apresentação das finalidades e objetivos da Comissão. Realizar reunião ordinária.												
Expor a proposta e propor a inclusão do projeto de Contratos ao da Policlínica												
Realizar rodas de conversa com todos os envolvidos no projeto de terceirizados												
Validação, pela Comissão, da proposta de Regimento Interno.												
Reunião com profissionais da equipe multiprofissional para												

apresentação das finalidades e objetivos da terceirização o estudo e documentos analisados.												
ealizar atividades de terceirização por setor de acordo com a necessidade dos mesmos												
Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência												
Avaliar os resultados do projeto durante o ano												

Das Rotinas

ROTINAS OPERACIONAIS
COMISSÃO DE ANALISE DE CONTRATOS TERCEIRIZADOS
Data: xx/xx/24
Responsável: (presidente da comissão)
Das Atividades: • Verificação da presença do(a) Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo; • Verificação de presença e existência de "*quórum*"; • Leitura, aprovação e assinatura de Ata da reunião anterior; • Leitura e despacho do expediente; • Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres; • Organização da pauta da próxima reunião; • Comunicações breves; • Proposta da próxima reunião; • A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de uma semana para reuniões ordinárias e 2 (dois) dias para as extraordinárias. • O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação. • O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária.

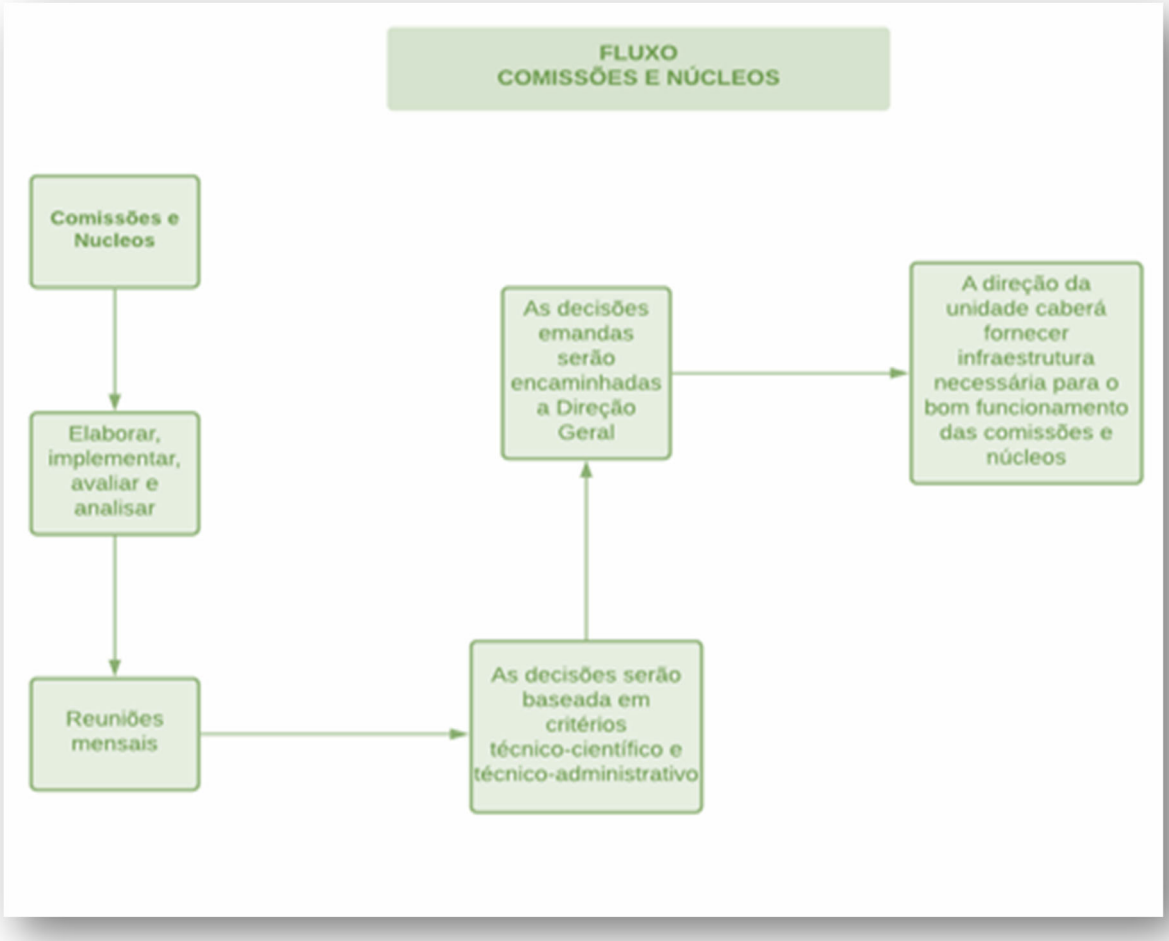
• Após entrar em pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente, votada no prazo máximo de até uma reunião. • Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação. • As deliberações serão divulgadas à Comunidade por meio de boletins eletrônicos ou escritos. • Registro no livro da Comissão.
Cronograma de encontros: Janeiro dia: xx//01/24 Março: xx//03/24 Maio: xx//05/24 Julho: xx//07/24 Setembro: xx//09/24 Novembro: xx//11/24

Revisada:xx/xx/24	Assinatura RT:

Educação Permanente

PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	
COMISSÃO DE ANALISE DE CONTRATOS TERCEIRIZADOS	
Data: XX/XX/24	
Responsável: (presidente da comissão)	
Atividades/Temas: • O que é gestão de contratos na administração pública? • Como analisar um contrato de licitação? • Qual o critério determinante na identificação de um contrato administrativo? • Quais serviços podem ser terceirizados na administração pública? • Uso do MV no controle e avaliação dos contratos	
Revisada: xx/xx/24	Assiantura: (RT)

8.1.16. Fluxos das Comissões, Núcleos e Comitês



8.2.Qualidade Subjetiva

8.2.1. Acolhimento

O acolhimento na Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como objetivo proporcionar uma recepção humanizada e qualificada aos usuários e seus acompanhantes, promovendo um ambiente seguro e acolhedor, com base nos princípios do SUS, de forma a facilitar o acesso aos serviços de média complexidade e garantir que todos sejam atendidos com dignidade e respeito. O serviço de acolhimento também busca integrar o atendimento assistencial à escuta ativa das necessidades do paciente, garantindo um fluxo contínuo e eficiente durante toda a jornada de cuidado.

Princípios Orientadores

- Todo o acolhimento será baseado no respeito à individualidade e dignidade do usuário, promovendo empatia e uma comunicação clara entre a equipe de saúde e os pacientes.
- Oferecer informações precisas sobre os serviços e fluxos da Policlínica, assegurando que o paciente compreendo CGI próximos passos do seu atendimento.
- Garantir que o acolhimento esteja integrado ao atendimento clínico, considerando não só as necessidades biológicas do usuário, mas também suas condições emocionais, sociais e culturais.
- Atender de forma equitativa, independente da localidade de origem, oferecendo suporte adicional aos pacientes que residem em localidades distantes, minimizando desconfortos e promovendo um ambiente acolhedor.

Estruturação do Serviço de Acolhimento: Para assegurar um acolhimento eficiente e humanizado, a Policlínica deverá dispor de uma equipe treinada, além de recursos adequados, conforme segue:

- Implementar um posto de recepção com profissionais capacitados em atendimento ao público e com treinamento específico em acolhimento humanizado. Esses profissionais devem estar aptos a oferecer as primeiras orientações, escutar ativamente os pacientes e seus acompanhantes, e direcioná-los adequadamente aos setores competentes, conforme a demanda de cada um.
- Ao chegar na Policlínica, o usuário receberá um folder informativo e, se necessário, orientações verbais sobre os fluxos e serviços da unidade. Um colaborador ficará à disposição para esclarecer dúvidas, prestar informações sobre tempo de espera, e oferecer suporte a usuários de outras localidades, visando reduzir a ansiedade e o estresse associados ao atendimento ambulatorial.
- Como parte do processo de acolhimento, os casos de urgência que não demandem internação imediata serão identificados e priorizados no atendimento, conforme protocolo definido pela equipe médica. Isso permite que o atendimento ambulatorial de média complexidade ocorra de maneira organizada, sem comprometer a segurança do paciente.

Ações Complementares para Acompanhantes: Os acompanhantes, especialmente aqueles que acompanham usuários de regiões distantes, terão atenção especial durante o período de espera. Algumas ações incluem:

- A Policlínica disponibilizará uma sala de espera com infraestrutura adequada, incluindo assentos confortáveis, acesso à água potável, banheiros limpos e bem sinalizados, Wi-Fi e área específica para descanso.
- Acompanhantes de pacientes em condições vulneráveis, como idosos, gestantes ou pessoas com deficiência, receberão atenção especial, com assistência para acesso rápido aos serviços e condições adequadas para acompanhar seus familiares.

Apoio aos Usuários de Outras Localidades: Para pacientes que residem em áreas distantes, a Policlínica poderá oferecer:

- Informações sobre transporte público, parcerias com táxis e vans, além de orientações sobre estacionamentos, facilitando a logística de deslocamento do paciente até a unidade.
- Em situações que envolvem pacientes com limitações de locomoção ou com exames prolongados, a equipe de acolhimento pode ajudar na organização de pernoites ou no suporte com parcerias locais.

Implantação do Serviço de Ouvidoria e Feedback Será implementado um sistema de Ouvidoria Interna onde os usuários e acompanhantes poderão dar feedback sobre o atendimento recebido, incluindo o acolhimento. Esse mecanismo permitirá a contínua melhoria do processo de acolhimento, corrigindo eventuais falhas e aprimorando o atendimento. O feedback poderá ser dado de forma verbal, por meio de formulários físicos ou por via eletrônica, sendo garantida a confidencialidade das informações.

Treinamento da Equipe de Acolhimento: A equipe responsável pelo acolhimento passará por treinamento contínuo em atendimento humanizado, comunicação interpessoal e escuta ativa, para garantir que os usuários e seus acompanhantes sejam tratados com o máximo respeito e atenção. Será implementado um plano de educação permanente, que inclui simulações de atendimento e estudos de caso, capacitando a equipe a lidar com diversas situações de forma sensível e eficaz.

Monitoramento e Avaliação do Acolhimento: O serviço de acolhimento será periodicamente avaliado com base em indicadores de satisfação do usuário e na análise de relatórios gerenciais. A partir desses dados, serão elaborados planos de ação para melhorias contínuas, garantindo que o acolhimento oferecido se mantenha de acordo com as melhores práticas em saúde.

8.2.1.1. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Policlínica.

Acolhimento é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde - SUS. A mesma é aplicada por meio do diálogo e a troca de saberes entre os profissionais e entre estes e os pacientes e familiares, levando em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde. O acolhimento possibilita a criação de vínculo e confiança com as equipes e serviços de saúde, garantindo o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

O acolhimento fundamenta-se em três elementos básicos: acessibilidade, atendimento e humanização. A acessibilidade é o elemento estrutural do acolhimento e engloba a disponibilidade, comodidade, custo e aceitabilidade do serviço pelo usuário, considerando barreiras físicas, disponibilidade em horários que atendam às necessidades dos usuários, existência de transporte coletivo, etc. O atendimento é o elemento processual e implica em resolutividade e responsabilidade da equipe e de cada profissional em sua área de atuação. Depende do conhecimento do problema pelos profissionais, da qualidade da atenção prestada e da corresponsabilização do usuário. A humanização é o elemento que permitirá a real efetivação do vínculo entre profissional, a equipe e a comunidade, tornando as unidades e ambientes mais acolhedores.

Dessa forma, o acolhimento na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS iniciará através da disponibilização de transporte confortável e gratuito para que os pacientes que residam nas cidades no entorno tenham condições de se deslocarem para a realização do atendimento na unidade e posteriormente no retorno para suas residências. O agendamento da primeira consulta será realizado através de encaminhamento de Referência da rede primária de saúde regulada pelo Complexo Regulador Estadual, por meio se sistemas eletrônicos Inter faceados.

O usuário terá seu seguimento ambulatorial através da utilização de agendamento de consultas por meio de sistema eletrônico interno, sendo que o paciente poderá acompanhar as consultas realizadas e seus agendamentos através de Sistema de Gestão de Consultas na internet, bem como não necessitarão comparecer presencialmente para agendarem suas consultas, recebendo a ligação diretamente da Central de Agendamentos do Policlínica informando o dia e horário de seu atendimento.

Dando continuidade ao acolhimento, na chegada do usuário na porta de entrada da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS o mesmo se deparará com uma recepção acolhedora, confortável, climatizada e com disponibilidade de internet por *Wi-fi,* identificações e sinalizações que garantirão o entendimento do usuário sobre quais direções seguir como se locomover dentro da unidade, através de comunicação visual e atendimentos realizados com senhas eletrônicas que demonstrarão o tempo estimado de espera na recepção para o atendimento propriamente dito. A unidade contará com recepcionistas treinados que garantam um atendimento humanizado e resolutivo para todos os usuários e familiares que buscam atendimento na unidade.

Considerando o acolhimento em sua integralidade, toda a equipe de saúde da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS estará inserida no processo como orientadores de fluxo da instituição e partícipes do acolhimento, estando todos treinados e capacitados para tal atividade dentro da unidade. Após a finalização do atendimento multiprofissional o paciente receberá orientações da equipe de enfermagem e serviço social acerca dos encaminhamentos assistenciais a serem adotados pelo mesmo, sendo direcionado para o seguimento do seu tratamento, seja dentro da própria unidade seja através de referência a unidades de saúde terciárias ou contra- referenciado para a unidade básica de origem.

A unidade, em busca de envolver o usuário na gestão dos processos, implantará ferramentas de comunicação para que todos, de forma voluntária através dos totens de pesquisa, ou por meio da pesquisa de satisfação aplicada antes e após os atendimentos, possam se manifestar acerca da qualidade de atendimento da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS conferindo informações que auxiliarão no desenvolvimento de melhorias na gestão.

Concluindo as ações voltadas para a garantia de um acolhimento humanizado, a unidade realizará avaliações mensais acerca do quantitativo de usuários atendidos, perfil da clientela e horários de pico, visando estruturar planos de melhoria no processo para a eliminação de filas e redução do tempo de espera dos usuários aguardando por atendimento.

Dessa forma, o protocolo de acolhimento contribuirá para o estabelecimento da integralidade, de forma que o serviço assuma sua função de acolher, escutar, dar respostas, deslocando o eixo de seu processo de trabalho para a equipe multiprofissional e tornando as relações profissional-usuário mais humanizadas.

Objetivos

- Ser instrumento capaz de acolher o paciente e garantir um melhor acesso aos serviços, de forma rápida e efetiva;

- Permitir a avaliação dos fluxos assistenciais e perfil de usuários garantindo a organização prévia da agenda de atendimento;
- Implementar sistema eletrônico de gestão que garanta a celeridade no atendimento e a eliminação de filas de espera presenciais;
- Garantir a humanização do atendimento mediante escuta qualificada do paciente em todas as etapas do processo e com o envolvimento de todos os profissionais;
- Classificar, mediante protocolo de comunicação, as queixas dos pacientes visando identificar os pontos de melhoria a serem implementados na instituição;
- Garantir feedback aos usuários acerca das manifestações realizadas nos canais de comunicação da unidade.

Público Alvo

Pacientes oriundos de Unidades Básicas de Saúde localizadas nas cidades pertencentes à Macrorregião de Saúde Sudoeste de Goiás, previamente regulados pelo Complexo Regulador da Secretaria Estadual de Goiás.

Equipe Envolvida

Equipe multiprofissional: motorista, enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe médica, equipe multiprofissional, administrativos e profissionais da portaria/recepção e segurança.

Processo de Acolhimento

A equipe de Serviço Social e setor de logística da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS são responsáveis pela estruturação dos fluxos de trabalho relacionados ao transporte dos usuários residentes em cidades do entorno que necessitem de transporte público até à unidade.

Serão definidas previamente as rotas a serem seguidas e os horários específicos da destinação, realizando um estudo e alinhamento constante com a Central de Agendamento de Consultas, visando garantir a disponibilização de horários de agendamento conforme definição da rota de transporte. Tal medida visa evitar o atraso de consultas, bem como o absenteísmo de pacientes.

As prioridades de usuários em utilização do transporte coletivo serão definidas pelo Serviço Social em conjunto com a diretoria da unidade, seguindo as prioridades de populações resguardadas pelos estatutos, bem como diante das informações prestadas pelos agentes de saúde dos municípios da macrorregião. Em relação ao agendamento de consultas, os pacientes supracitados também serão priorizados para o atendimento na Policlínica.

Os agendamentos ambulatoriais serão gerenciados pela Central de Agendamentos da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , que realizará a oferta de vagas de primeira consulta e de exames ao Complexo Regulador Estadual através de sistema informatizado, permitindo que usuário escolha o melhor dia e horário para comparecer ao atendimento. Tal fluxo reduz consideravelmente o absenteísmo do paciente, permitindo melhor utilização dos recursos públicos de saúde. As consultas subsequentes ou interconsultas serão agendadas internamente e informadas aos usuários através de contato telefônico, além de permitir que os mesmos acompanhem os atendimentos e agendamentos através de sistema eletrônico online. Os referidos encaminhamentos internos serão regidos por protocolos clínicos e assistenciais, viabilizando que as consultas e procedimentos ofertados sejam efetivamente utilizados por usuários que se encaixem no perfil da unidade e necessitem de fato dessa continuidade na unidade.

No atendimento do balcão, o usuário deverá apresentar documento pessoal e encaminhamento da unidade básica, onde será verificado acerca do agendamento da consulta e/ou exame e receberá a etiqueta de identificação constando dois dados identificadores (Nome completo e Data de nascimento). O recepcionista deverá confirmar a presença do paciente em sistema eletrônico, garantindo a sequência assistencial, bem como deverá aplicar o termo de compromisso que garanta que o paciente se responsabilize em sempre comparecer nas consultas/exames agendados ou os cancele previamente, permitindo que sejam transferidos a outro usuário. Tal conduta garantirá o melhor aproveitamento das consultas e exames ofertados, sendo que o usuário que infringir as normas constantes no referido termo deverá retornar para a rede de atenção básica, perdendo automaticamente sua regulação na unidade.

Em relação aos exames diagnósticos que necessitem de preparo prévio, os mesmos serão disponibilizados através de ferramentas eletrônicas, como o site institucional, e-mail e/ou WhatsApp, além da orientação presencial, quando o agendamento for realizado no momento em que o paciente estiver na unidade.

Durante o tempo em que estiver na recepção, o paciente conseguirá visualizar nas televisões o tempo estimado de espera para os atendimentos, bem como, periodicamente, receberá orientações através de palestras multiprofissionais com diversos temas da área da saúde de interesse popular.

O profissional de saúde que realizará o atendimento do paciente, selecionará a senha também através do sistema eletrônico para que o paciente se desloque até o consultório. O atendimento e todas as orientações prestadas ao usuário e familiares deverão ser registradas em prontuário eletrônico, garantindo uma sequência e continuidade assistencial por todos os

profissionais, com definição de metas e planos terapêuticos focados nas metas qualitativas e quantitativas de atendimento.

O gestor do ambulatório em conjunto com a equipe assistencial implantará protocolos clínicos de atendimentos, gerenciados através do prontuário eletrônico, que visem a padronização assistencial e garantam a agilidade no processo de tratamento e recuperação, estabelecendo a avaliação dos casos clínicos e a tomada de decisão para casos que permanecerão na Policlínica para sessões de tratamento programado, casos mais complexos de referência para unidades terciárias ou casos mais simples de contra referências para as unidades básicas de origem.

Preconiza-se que os casos dos pacientes devam ser avaliados e direcionados para resolução em no máximo 4 (quatro) consultas ambulatoriais. A diretoria da unidade em conjunto com a equipe assistencial deve buscar constante aprimoramento assistencial, reduzindo o número de consultas de retorno, e garantindo, portanto, um maior número de primeiras consultas ofertadas a novos usuários.

A unidade contará com a implantação de Protocolo de Transporte Intra e Extra Ambulatorial, o qual estabelecerá critérios de avaliação de risco assistencial dos pacientes a serem transferidos para uma unidade de internação terciária, bem como a definição de profissionais e estruturação técnica de veículo de transporte para a realização do translado.

Modelo de Regulação Assistencial

Entendemos que é vital o modelo regulatório assistencial para a ordenação das atividades no SUS, uma vez que os usuários não podem ficar sem a devida orientação de como e onde sua demanda começará a ser resolvida, sob pena de vermos uma rede de atenção básica pouco resolutiva e com baixa produção e o encaminhamento constante dos usuários para atendimento na Policlínica podendo sobrecarregar a unidade com casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica.

Para tanto, a organização e garantia do acesso do usuário às unidades vinculadas ao Estado serão realizadas através de sistema eletrônico do Complexo Regulador Estadual interfaceado com o sistema de gestão utilizado na Policlínica permitindo análises e tomadas de decisão em tempo real.

Serão estabelecidos indicadores que demonstrem o resultado das ações implementadas e que através das avaliações e análises críticas permitam a execução de planos de melhoria contínua na unidade.

Ambulatório

Para os consultórios médicos deverão ser disponibilizadas consultas ambulatoriais para usuários egressos do próprio Policlínica, porém, realizando uma gestão efetiva acerca da quantidade de retornos permitidos para cada usuário e também encaminhados pela Central de Regulação Municipal, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório, bem como garantindo a oferta de vagas de primeira consulta para possibilitar o acesso de novos usuários.

O atendimento ambulatorial médico e não médico compreende:

- Primeira consulta de egresso;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, o agendamento do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual de Saúde pela primeira vez para a unidade. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, Fisioterapia sessões de reabilitação, sessões de hemodiálise, Enfermagem e Fonoaudiologia, os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consulta subsequente.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Saúde.

A Policlínica será regulada pela Central de Regulação Estadual, sendo referência para as Unidades Básicas de Saúde que tiverem uma situação de urgência ou emergência e necessitarem de internação, podendo estender sua área de abrangência para a Macrorregião. Além dessa porta referenciada, a Policlínica disporá de uma equipe de acolhimento que atenderá o usuário que o procurar por iniciativa própria e o orientará como é o caminho correto para a viabilização da consulta requerida.

O paciente, após ter seu atendimento prestado e ter sua situação resolvida ou controlada será referenciado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência. A Central de Agendamentos da unidade realizará pesquisa de satisfação após alta ambulatorial e contrarreferência para a unidade básica de saúde, buscando avaliar a satisfação do cliente após a finalização do seu atendimento na unidade

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

O acesso a esse serviço se dará através da disponibilização de vagas para pacientes internos, com prescrição médica em prontuário eletrônico para a realização do procedimento, ou por meio do fornecimento de vagas de exames para a Rede de Atenção à Saúde para agendamento de pacientes externos.

O gerenciamento das vagas se baseará no acompanhamento dos indicadores de produção mensal, avaliando a linha de tendência da produção de exames da unidade, avaliando a quantidade de exames a serem disponibilizados internamente e quantos serão ofertados para pacientes externos.

A POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS buscará uma efetividade assistencial, com agilização de todos os procedimentos necessários para o paciente, diagnósticos rápidos, precisos e definição do plano terapêutico a ser implantado pela equipe multidisciplinar envolvida no cuidado.

Para os exames que necessitem de preparo específico para sua realização, a Policlínica garantirá que essa comunicação ao usuário seja efetiva, por meio do site institucional, aplicativo *WhatsApp*, orientações telefônicas, bem como presenciais, caso seja do interesse do paciente. Caso haja dificuldades de entendimento por parte dos pacientes, o Serviço Social em parceria com o enfermeiro responsável pelo SADT, deverão estruturar um fluxo de apoio com os agentes de saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família – ESF responsáveis pela cobertura assistencial de onde o paciente reside.

A comunicação

A comunicação exerce um papel estratégico dentro das organizações, se fazendo necessário o estabelecimento de estratégias, ferramentas e ações que garantam que os interlocutores receberão a mensagem da forma adequada, principalmente em se tratando de uma unidade de saúde, que lida com pessoas em seus momentos mais frágeis e sensíveis, que é no momento de enfermidade.

Para tanto, a POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS possuirá um serviço de comunicação, com planejamento das ferramentas de comunicação interna e externa a serem utilizadas e coordenação dos processos administrativos e assistenciais.

Dentro dos processos de gestão institucional, a comunicação propicia a administração de conflitos, a transparência aos usuários e a garantia da informação nos mais diversos níveis. Dessa forma, pontuamos as ferramentas de notificação aos usuários:

- Visando garantir um elevado índice de aproveitamento das vagas disponibilizadas, as ferramentas de comunicação sobre o agendamento ao usuário são: Sistema de Gestão de Consultas; comunicação através de ligação telefônica; fornecimento da relação de

itens constantes nos preparos específicos para a realização de exames através do aplicativo de *WhatsApp*;

- Serão disponibilizados totens em todas as recepções da unidade com a divulgação das escalas e horários de atendimento dos profissionais da unidade, divulgando também através do site institucional e conferindo maior transparência com o paciente;
- Durante o acolhimento e recepção do usuário, serão realizadas todas as orientações necessárias para seu atendimento no Pronto Socorro, repassando comunicados ao público da recepção rotineiramente sobre o andamento dos atendimentos ambulatoriais, além de disponibilizar nas televisões o tempo estimado de espera naquele momento na unidade;

A intenção dos profissionais da Policlínica será o aprimoramento constante dos fluxos de informação dentro da Instituição e colaborar para o ambiente de trabalho harmonizado. As ferramentas mencionadas acima visam ampliar a satisfação dos pacientes e acompanhantes, pois os mesmos se sentem informados a todo instante, e confiantes com o atendimento prestado.

Para os Acompanhantes

- Visando uma notificação adequada para os acompanhantes, serão criados canais de identificação das necessidades e expectativas dos acompanhantes, bem como canais de retorno dessa avaliação. Serão disponibilizados manuais especificando informações dos serviços a serem prestados ao usuário de forma permanente com foco na qualidade do atendimento.
- Haverá o estabelecimento da relação de trabalho da equipe, com conceito transdisciplinar, conceito de tarefa, relação entre a tarefa deveres e direitos comum e os papéis diferenciados dentro da Policlínica.
- Criação de sistema de apoio psicológico e social aos acompanhantes, principalmente através de atendimentos em grupo, com discussão e divisão de experiências, bem como estabelecendo um fluxo de cooperação com os profissionais dos ESFs responsáveis pelo atendimento residencial desses pacientes e acompanhantes.
- Estabelecimento de grupos transdisciplinares para discussão e divulgações de agravos em casos clínicos com foco na orientação e humanização e/ou discussão de situações de conflito.

Para os usuários

- Criação de canais de identificação das necessidades e expectativas do usuário, bem como de canais de retorno dessa avaliação.

- Será implantado o sistema de informação, comunicação, sinalização e acesso aos serviços da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .
- As salas de espera e recepções da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS serão utilizadas como espaço de educação em saúde e/ou espaço para orientação e resolução de problemas.
- A gestão da Policlínica estruturará um sistema de apoio psicológico e social aos usuários atendidos na unidade, estabelecendo um fluxo de cooperação com os profissionais dos ESFs responsáveis pelo atendimento residencial desses pacientes.
- Serão implementadas formas de participação dos familiares ao cuidado prestado na Policlínica para os usuários e de apoio às suas necessidades.
- O usuário participará do seu processo de diagnóstico, tratamento e encaminhamento, sendo ouvido em todos os momentos de sua assistência, assim como haverá estruturação de fluxo de orientação e acompanhamento por parte dos familiares.
- Aplicação das pesquisas de satisfação mencionadas nessa proposta, visando medir o nível de satisfação do usuário e divulgar esses resultados a todos que transitam pela unidade por meio dos murais de gestão, site institucional, dentre outros.

Para a Policlínica Estadual de Quirinópolis

- Criar canais de comunicação com instituições públicas e parcerias com movimentos comunitários.
- Elaborar fluxograma: identificação e análise de processos críticos no ciclo de serviço total, definição dos limites de cada processo, dos requisitos e necessidades dos profissionais responsáveis, das dificuldades e áreas de conflito, da estrutura material e humana necessária à implantação de melhorias e dos recursos disponíveis.
- Elaborar um manual de indicadores básicos de qualidade e humanização da assistência da unidade.
- Estruturar um sistema de divulgação interno do programa: seminários, palestras, boletins, vídeos, planejar um sistema de divulgação externa do programa com vídeos, comunicação na mídia e com instituições parceiras.
- No processo de educação permanente e continuada em saúde os profissionais deverão trabalhar temas como:
    1. Participação dos profissionais na gestão da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ;
    2. Comunicação;
    3. Trabalho em equipe;

4. Condições de trabalho dos profissionais;
5. Clima moral e motivação profissional;
6. Qualidade das instalações, condições ambientais e equipamentos para atendimento aos usuários;
7. Acesso e presteza no atendimento aos usuários;
8. Qualidade da informação fornecida aos usuários;
9. Relacionamento entre profissionais e usuários.

- Com a implantação do Grupo de Trabalho de Humanização pretende se difundir um processo de informação, sensibilização e conscientização com a direção da Policlínica.
- Será feito o diagnóstico dos serviços da Policlínica levando em consideração as instalações físicas, recursos materiais, recursos humanos e sistema de comunicação.
- Após o diagnóstico, será traçado o Plano de Ação de Humanização com reuniões semanais para distribuição de tarefas, divulgação do Programa Nacional de Humanização para todos os funcionários, capacitação dos profissionais e distribuição de caixas de sugestões em todos os corredores da unidade para avaliar a satisfação da equipe e usuários.
- O Plano de Ação irá incluir a sensibilização de gestores, promoção de capacitações no sentido de uma educação permanente e continuada e aprimoramento da sinalização e informações para os usuários.
- Serão implantadas as seguintes práticas e dispositivos a serem incorporados nos processos normativos de trabalho:
    1. Acolhimento nas portas de entrada;
    2. Direito a acompanhante de livre escolha;
    3. Horizontalização e formação de Equipes de Referência para o cuidado em unidades de produção de atenção à saúde;
    4. Valorização do trabalho e do trabalhador;
    5. Cogestão da ambiência em saúde;
    6. Carta de direitos e deveres dos usuários.

Essa incorporação representa um importante avanço para a qualificação da atenção e gestão da Policlínica. Ao mesmo tempo, ampliam e induzem uma expressiva demanda por qualificação de redes, sistemas e serviços de saúde estaduais e municipais, além de amplificar as demandas de colaboração técnica das diversas áreas do próprio Ministério da Saúde (MS).

Nesse contexto, propõe-se a reforçar e ampliar as possibilidades de atender a essa demanda, buscando qualificar novos quadros de apoiadores institucionais junto a estados e municípios, além de acompanhar e constituir processos de qualificação permanente dos

apoiadores já formados, criando condições para uma maior capilarização da política no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e consequentemente benefícios aos usuários do SUS.

A humanização vista não como programa, mas como Política Institucional que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias da Policlínica, implica em:

- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de atendimento dos usuários;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Proposta de um trabalho coletivo e de cooperação com as demais unidades da Rede para que o atendimento seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo com atuação transdisciplinar;
- Acolhimento humanizado em todas as etapas assistenciais;
- O mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- A estruturação de processos assistências nas áreas de orientação social e apoio psicossocial;

Orientações gerais

- Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade, apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede de saúde;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.

8.2.1.2. Proposta para Implantação do Acolhimento dos usuários na Policlínica

A Portaria Nº 2.048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a "triagem classificatória de risco". De acordo com esta Portaria, este processo "deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Objetivos Gerais

- Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- Humanizar o atendimento;
- Garantir um atendimento rápido e efetivo.

Objetivos específicos:

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de

urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;

- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

Observação: ACCR não é um instrumento de diagnóstico de doença. Hierarquiza conforme a gravidade do paciente e determina a prioridade de atendimento. Não pressupõe exclusão, e sim estratificação.

O acolhimento com classificação de risco tem se configurado como a opção mais eficiente e eficaz para a reorganização do atendimento nas portas de entrada do sistema de saúde. Para isso, deverá ser composta por uma equipe multiprofissional capacitada para tal. Todo o processo do ACCR será norteado através do uso de um protocolo.

Como a classificação de risco não estabelece diagnóstico e exige do profissional o conhecimento clínico, habilidades de semiologia e semiotécnica para a avaliação da queixa principal, o enfermeiro será o profissional preparado para assumir essa função, identificando os sinais e sintomas que permitem atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera estabelecido pelas cores, até a primeira observação médica.

Processo de Classificação

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

A. Usuário procura a recepção;
B. É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento;
C. Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

Importante: Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade de Saúde de Referência.

Critérios de classificação:

1. Apresentação usual da doença;
2. Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
3. Situação – queixa principal;
4. Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O2 – escala de dor - escala de *Glasgow* – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
5. Reavaliar constantemente - poderá mudar a classificação.

8.2.1.2.1. Fase 1 do processo de acolhimento

Avaliação do paciente:

- ✓ Queixa principal;
- ✓ Início – evolução – tempo de doença;
- ✓ Estado físico do paciente;
- ✓ Escala de dor e de Glasgow;
- ✓ Classificação de gravidade;
- ✓ Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- ✓ Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2.

Figura 38 - Fluxo Do Paciente Classificado No Accr

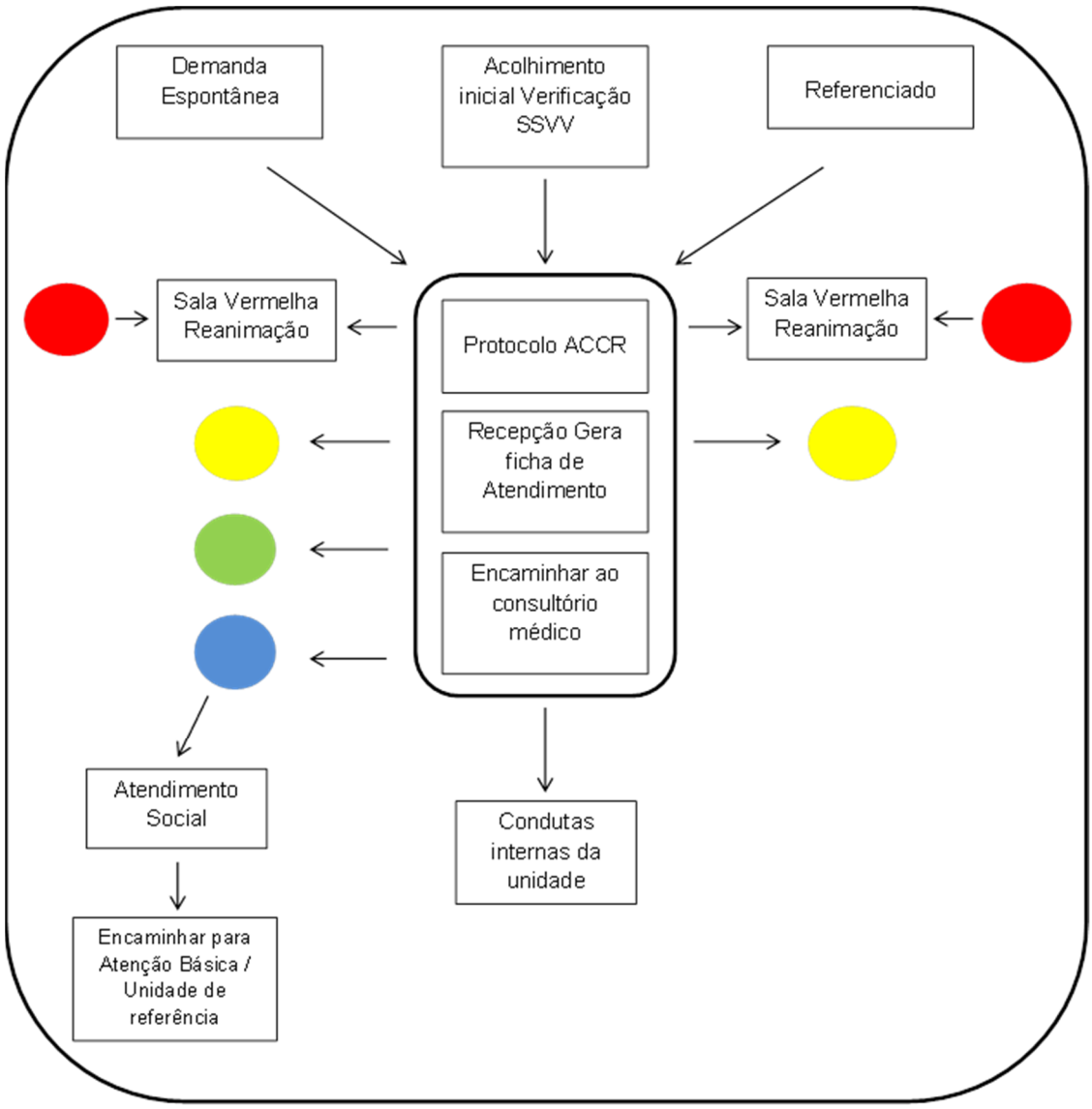


Figura 39 - Ficha De Atendimento

NOME:	REGISTRO:
DATA.: / /	HORA:
SEXO:	IDADE:
QUEIXA PRINCIPAL:	
HISTÓRIA BREVE:	
OBSERVAÇÃO OBJETIVA:	

DADOS VITAIS:	PA:	T.:	FR.:	PULSO:	DOR:

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA	AMARELA	VERDE	AZUL

DROGAS:	
ALERGIAS:	
DOENÇAS PREEXISTENTES:	
CONDUTA INICIAL:	
REAVALIAÇÃO:	HORA:
NOME DO ENFERMEIRO:	

Figura 40 - Cefaleia

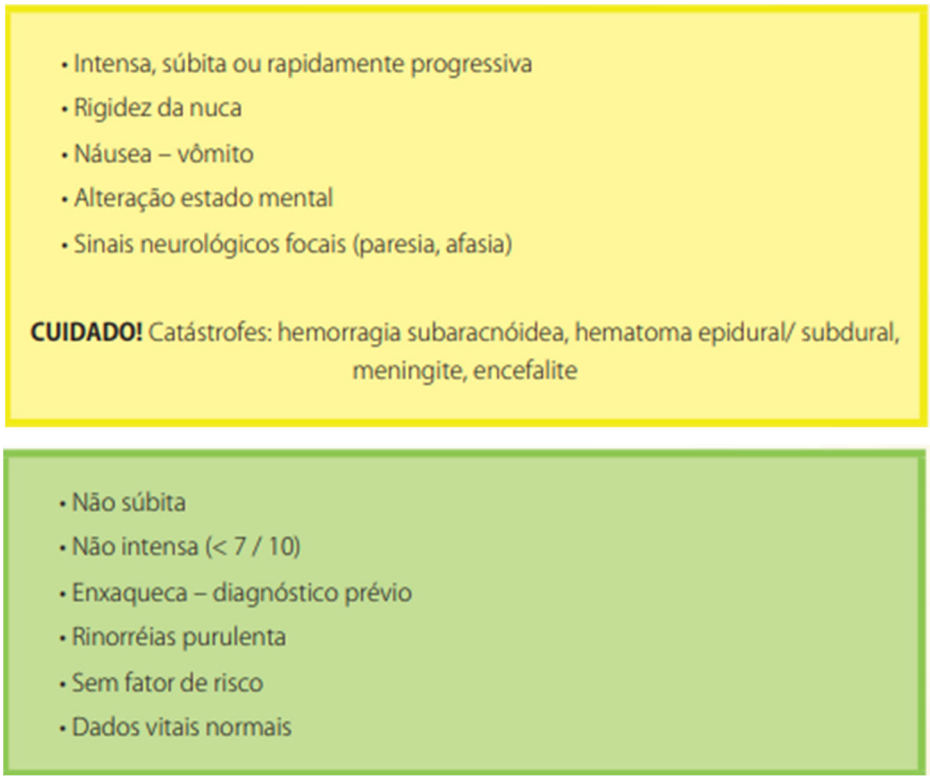


Figura 41 - Avaliação da Dor Abdominal

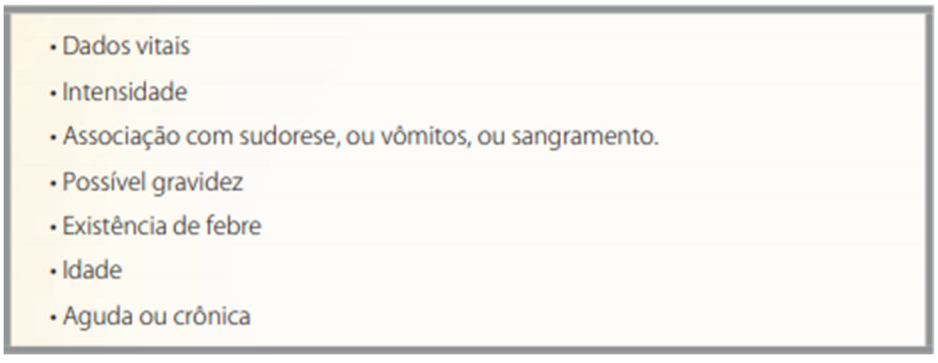


Figura 42 - Dor Abdominal (1)

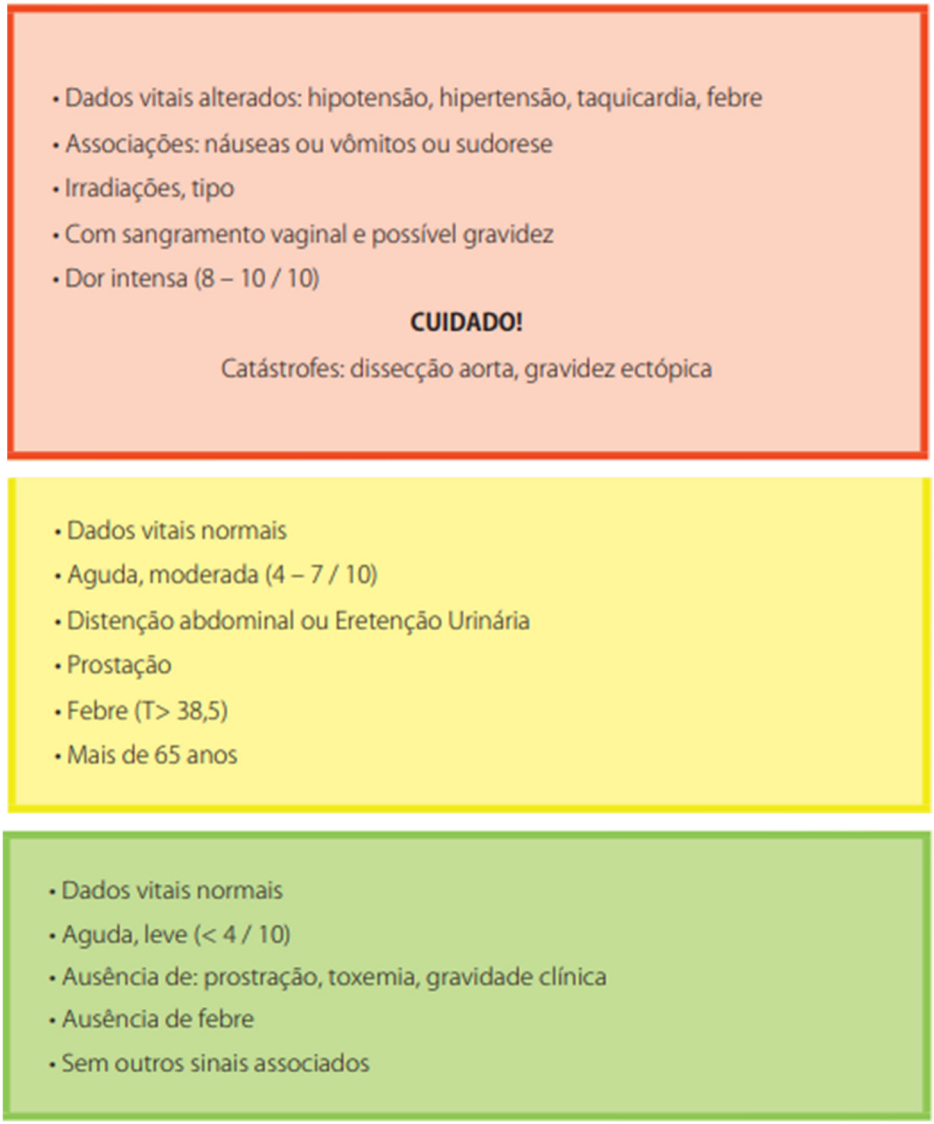
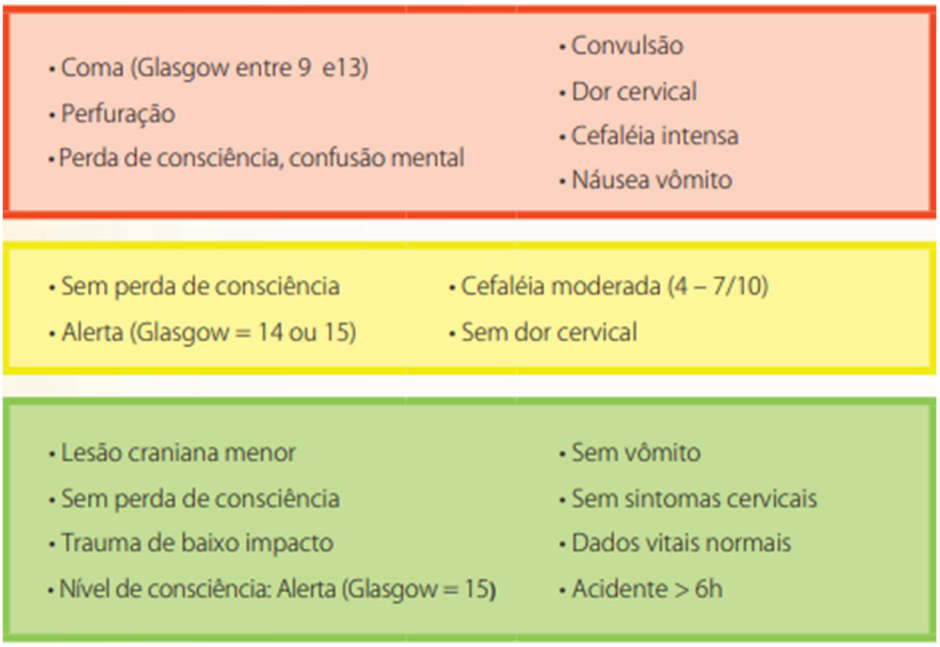


Figura 43 - História de Diabetes



Sempre fazer glicemia capilar

Figura 44 - História de Diabetes

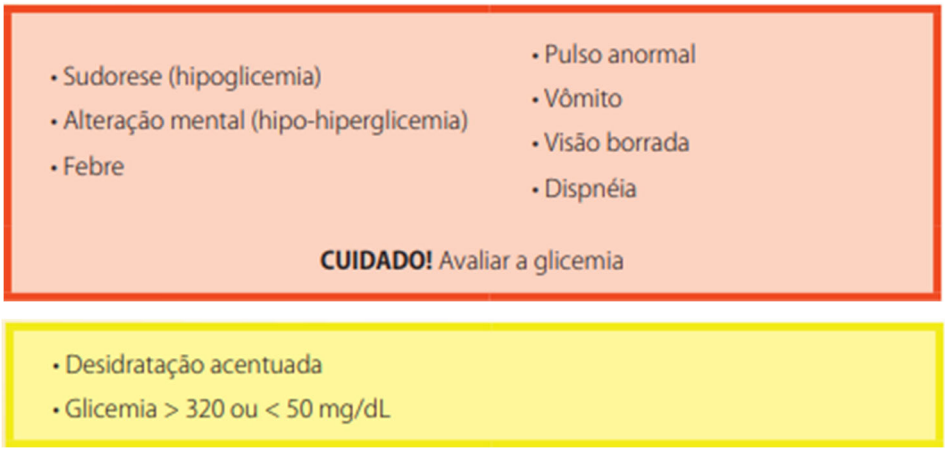


Figura 45 - Outras Situações

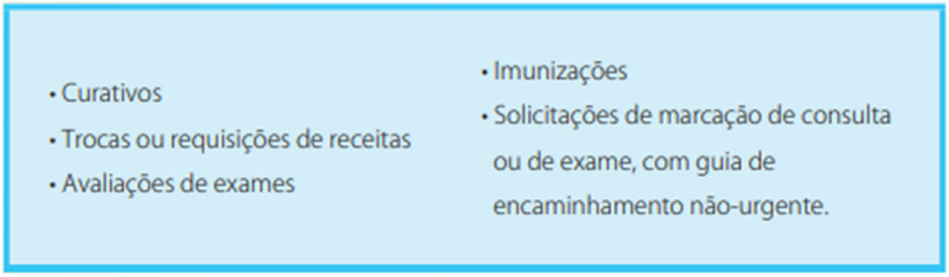
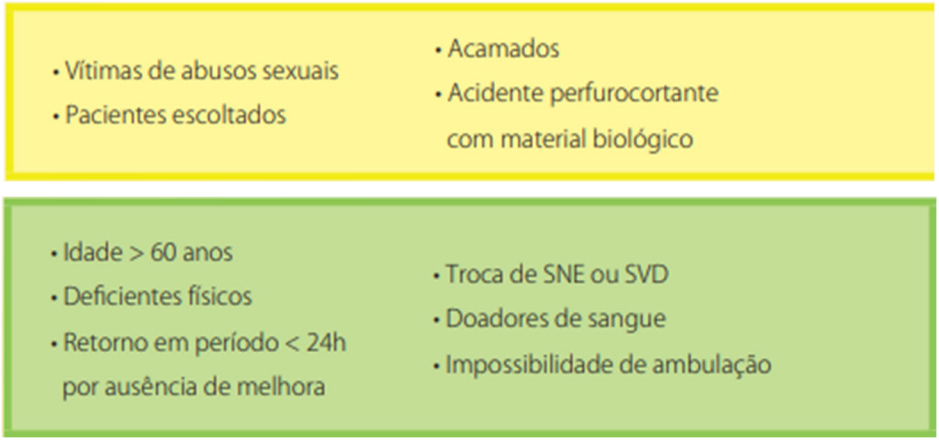


Figura 46 - Situações Especiais



Público Alvo

Voltado ao atendimento, em regime de 12 (doze) horas por dia, de casos de alterações cardiorrespiratórias em atendimento ambulatorial e ou na realização de exames da policlínica.

Equipe envolvida

Profissionais da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

Processos de acolhimento e classificação de risco

Executantes: profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica à Saúde (ABS).

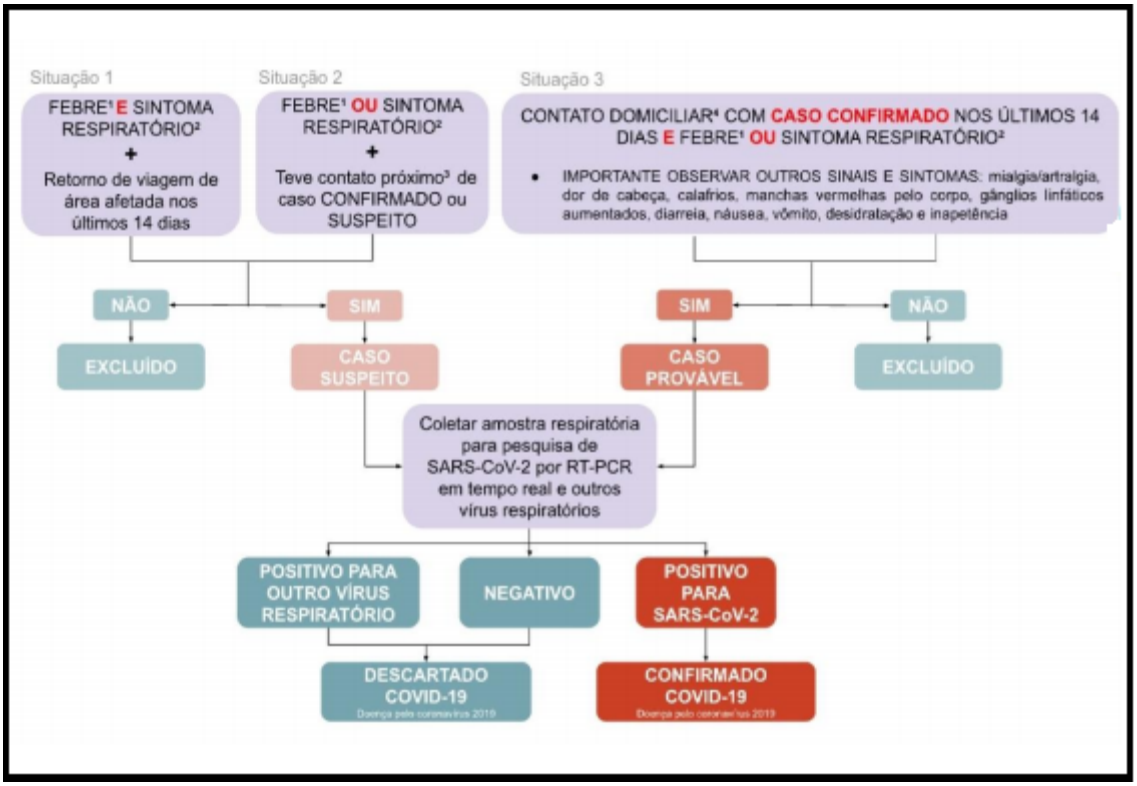
Resultado esperado:

1. Identificação de caso suspeito:
   - Acolher e avaliar rapidamente todas as pessoas, independentemente da idade, que apresentem febre ou pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (tosse seca, dor de

garganta, mialgia, cefaleia, prostração, dificuldade para respirar e batimento das asas nasais, entre outros). Acolhimento do usuário

- O serviço de saúde deve adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) ou outra infecção respiratória (por exemplo, febre e tosse) sigam os procedimentos de higiene respiratória, etiqueta da tosse e higiene das mãos durante todo o período que permanecerem na unidade.
- Podem ser utilizados alertas visuais (por exemplo, cartazes, placas e pôsteres) na entrada dos serviços de saúde e em locais estratégicos (por exemplo, áreas de espera, elevadores e lanchonetes) para fornecer aos pacientes e acompanhantes/visitantes as instruções sobre higiene das mãos, higiene respiratória e etiqueta da tosse. As instruções devem incluir o uso das máscaras cirúrgicas para cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar e a higiene das mãos.

Figura 47 - Avaliação do paciente



Considerar os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para influenza, não retardar o início do tratamento com fosfato de oseltamivir, conforme protocolo de tratamento.

Conduta a ser tomada

Medidas de isolamento: Desde o primeiro atendimento, a pessoa com suspeita de novo coronavírus deve utilizar máscara cirúrgica. Realizar o atendimento da pessoa com suspeita do novo coronavírus em sala privativa ou com menor circulação de pessoas, mantendo a porta fechada e o ambiente ventilado. Realizar higiene adequada das mãos, respeitando os cinco momentos de higienização:

- ✓ Antes de contato com a pessoa;
- ✓ Antes da realização de procedimento;
- ✓ Após risco de exposição a fluidos biológicos;
- ✓ Após contato com a pessoa;
- ✓ Após contato com áreas próximas à pessoa, mesmo que não tenha tocado a pessoa, cuidando direta ou indiretamente da pessoa.

O profissional deve usar equipamento de proteção individual (EPI): protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/avental/ jaleco, máscara N95/PFF2 (ou outras máscaras com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3µ tipo N99, N100 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis.

Para realização de outros procedimentos não geradores de aerossóis: avaliar a disponibilidade da N95 ou equivalente no serviço. Não havendo disponibilidade, é obrigatório o uso da máscara cirúrgica.

Notificação: Todos os indivíduos que se enquadrem em casos suspeitos, prováveis e confirmados, devem ser notificados imediatamente, até 24 horas, à Secretaria Municipal de Saúde de Quirinópolis , inclusive aos sábados, domingos e feriados. Destaca-se que as informações devem ser inseridas na ficha de notificação, disponível em: http://bit.ly/COVID-19, utilizando a CID10 - B34.2 - Infecção por Coronavírus de localização não especificada.

Identificação de contactantes: identificar todas as pessoas que tiveram ou têm contato com caso suspeito ou confirmado e apoiar a equipe da vigilância na realização de busca ativa; os contatos próximos de uma pessoa com suspeita de coronavírus (2019-nCoV) devem ser acompanhados e monitorados quanto à apresentação de sinais e sintomas; e na presença de sinais e sintomas, orientar que procure o serviço de saúde para avaliação e encaminhamento.

Contato próximo é definido como: estar a aproximadamente 2 metros ou menos da pessoa com suspeita de caso por novo coronavírus, dentro da mesma sala ou área de atendimento por um período prolongado, sem uso de equipamento de proteção individual (EPI).

O contato próximo pode incluir: cuidar, morar, visitar ou compartilhar uma área ou sala de espera de assistência médica ou, ainda, nos casos de contato direto com fluidos corporais, enquanto não estiver usando o EPI recomendado.

Transporte: A equipe deve certificar-se de que as informações do caso foram repassadas oportunamente para a unidade de referência para a qual a pessoa for encaminhada; todos os profissionais que estiverem envolvidos no transporte deverão utilizar máscara cirúrgica durante todo o deslocamento até chegar à unidade de referência. Se houver necessidade de realizar procedimentos, atentar para o uso dos EPI adequados; realizar higiene de mãos, respeitando os cinco momentos de higienização; orientar possíveis acompanhantes quanto à importância da higienização das mãos; garantir a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte; limpar e desinfetar todas as superfícies internas do veículo após a realização do transporte.

A desinfecção pode ser feita com álcool 70%, hipoclorito de sódio ou outro desinfetante indicado para este fim, seguindo o procedimento operacional padrão definido para a atividade de limpeza e desinfecção do veículo e seus equipamentos; a provisão de todos os insumos, como sabão líquido, álcool em gel e EPI, devem ser reforçados pela instituição, bem como higienizantes para o ambiente; e no serviço de referência, sempre que ocorrer a identificação de caso suspeito, será realizada a coleta de duas amostras de aspirado de nasofaringe (ANF) ou *swabs* combinado (nasal/oral) ou amostra de secreção respiratória inferior (escarro, lavado traqueal ou lavado bronco alveolar). As amostras coletadas serão encaminhadas para o laboratório, conforme fluxo estabelecido.

Medidas de controle do ambiente assistencial: equipamentos de uso compartilhado entre as pessoas (por exemplo, estetoscópios, aparelho para aferição de pressão arterial e termômetros) devem ser limpos e desinfetados com álcool 70% após o uso; higienizar adequadamente as mãos com frequência, respeitando os cinco momentos de higienização.

Utilizar EPI para evitar contato direto com fluidos corporais: protetor ocular ou protetor de face; luvas; capote/ avental/jaleco, máscara padrão de segurança N95/PFF2/N99/N100/PFF3 ou, se indisponível, máscara cirúrgica; fornece máscara cirúrgica à pessoa com suspeita de infecção pelo novo coronavírus, ou pessoa que têm ou teve contato com o caso suspeito ou confirmado, e encaminhar para uma área separada ou sala de isolamento; prevenir picadas de agulha ou ferimento por objetos cortantes; gerenciamento seguro de resíduos; limitar procedimentos indutores de aerossóis (intubação, sucção, nebulização); realizar desinfecção de equipamentos e limpeza do ambiente com solução de hipoclorito de sódio e/ou desinfetante hospitalar, em pisos e superfícies dos banheiros; descartar adequadamente os resíduos, segundo o regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da Anvisa; e a Secretaria Municipal da Saúde – SMS de Quirinópolis deve compartilhar com as equipes que atuam na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , dados epidemiológicos sobre a circulação do vírus corona e

outros vírus respiratórios, bem como orientar os profissionais sobre as medidas de controle e a condução dos casos suspeitos.

Medidas de prevenção populacional: instruir todas as pessoas que durante a tosse ou espirro cubram o nariz e a boca com o cotovelo flexionado ou utilize tecido ou lenço de papel, descartando-os após o uso; lavar as mãos frequentemente com água e sabão por pelo menos 20 segundos. Se não houver água e sabão, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool; evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas.

Classificação do Risco

A **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** contará com uma equipe multidisciplinar e terá como diretrizes assegurar o atendimento com qualidade, humanização e resolutivo, com atendimento prioritário mediante o acolhimento com classificação de risco, segundo os casos leves, moderados e graves. A meta é buscar constante melhoria técnica para salvar vidas e atenuar o sofrimento, por meio de práticas clínicas cuidadoras e na gestão de linhas de cuidado do paciente.

Protocolo e classificação de risco

O protocolo seguirá as condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal:

- ✓ Idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- ✓ Hipertensão;
- ✓ Pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC);
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Obesidade;
- ✓ Imunodepressão;
- ✓ Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- ✓ Diabetes mellitus, conforme juízo clínico;
- ✓ Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- ✓ Neoplasia maligna; •Gestação de alto risco.

PROTOCOLO - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

	FICHA TÉCNICA INDICADOR				
	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
	Código: FTI.AMB.001	**Data elaboração:**	**Data revisão:**	**Revisão:** 000	**Página:** 1 /1

IDENTIFICAÇÃO	
Objetivo da medição: Mensurar quais os tipos de usuários são mais atendidos em nossa Unidade de acordo com a classificação de risco.	
Processo (s) relacionado (s): Ambulatório	
Abrangência: ( ) Institucional (X) Setorial	
Classificação: ( ) Apoio (X) Assistencial ( ) Estratégico	
Referencial de Excelência:	**Meta:**
PLANEJAMENTO	
Responsáveis pela Coleta (função e/ou nome): **-**	
Forma de Coleta (tipo de amostragem / frequência / período): - Frequência mensal, período 1º ao 30º dia	
Fórmula do indicador: - Número de classificação por cores/número total de consultas *100	
Sistema de Coleta (métodos / instrumento / etc.): - Planilhas do programa	
Critério para revisão de meta:	
Periodicidade de análise crítica: - Trimestral	
Divulgação dos Resultados: ( ) Mural ( )E-mail para os gestores (X)Reuniões mensais ( ) ____	
Observações:	
Histórico de Revisão:	

Data revisão:	N da revisão:	Itens revisados:

Aprovação:	
Nome emissor: Coord. Multidisciplinar e de enfermagem	**Nome aprovador:** Diretor técnico
Ass. emissor:	**Ass. aprovador:**

Controle de Tempo Médio de Espera para o Atendimento

O controle de Tempo Médio de Espera mostra o tempo total que os pacientes aguardam para serem atendidos. O objetivo do TME – Tempo Médio de Espera, observando sempre se a quantidade de colaboradores é suficiente para sua operação, diminuir as chances de falha no atendimento e identificar horários de pico.

O CGI propõe usar a Metodologia *Key Performance Indicator* que, em português, significa "Indicadores Chave de Desempenho". Eles são a principal maneira de conseguir medir se os objetivos estão sendo atingidos por meio de dados quantificáveis. Sendo assim, os resultados da análise dos KPIs vão direcionar as ações que deverão ser tomadas pelo negócio, se será preciso realizar ou não mudanças a fim de conseguir cumprir a meta correspondente àquele KPI.

Ficar atento aos principais indicadores de atendimento é importante, por isso, é preciso entendê-los de forma completa para que possam ser interpretados e analisados corretamente da seguinte forma:

1. TMA ou Tempo Médio de Atendimento É um dos principais indicadores de atendimento. Ele mede a duração média dos atendimentos realizados pelo *Call Center* da empresa. O ideal é que o resultado desse indicador não seja muito grande nem muito curto, pois poderá indicar que o atendimento não está sendo objetivo ou que está sendo realizado de forma incompleta, no geral.

2. TME ou Tempo Médio de Espera: É considerado um dos mais críticos indicadores de atendimento ao cliente, pois ele mede quanto tempo os clientes ficam em média aguardando para serem atendidos, independentemente se é uma chamada pelo telefone, e-mail ou chat online. Uma das soluções para diminuir o TME é aumentar o número de agentes de atendimento.

3. NPS ou Net Promoter Score: É o responsável por medir a satisfação dos clientes em relação ao serviço que a empresa está oferecendo. O seu principal objetivo é identificar se os seus clientes promoveriam a empresa como promotores ou detratores. O NPS funciona da seguinte

maneira: uma pesquisa de avaliação do serviço é enviada aos clientes que poderão atribuir uma nota de 0 a 10. Os que atribuíram nota 9 ou 10 são os promotores, os que avaliaram com nota entre 0 e 6 são considerados detratores, já os que atribuíram nota 7 ou 8 são os neutros. Sendo assim, para chegar ao resultado final do NPS, basta subtrair os detratores dos promotores. O ideal é que essa conta esteja bem distante de 0.

Com o NPS é possível entender o quanto da sua base de clientes está satisfeita com os serviços prestados pela empresa. Além disso, uma prática comum adotada por muitas empresas é entrar em contato com os clientes detratores para entender o motivo de eles estarem insatisfeitos.

4. Taxa de abandono: É o indicador que mostra o número de pessoas que desistiram do atendimento. Isso pode acontecer devido a inúmeros fatores, sendo que um deles pode ser um reflexo um TME (Tempo Médio de Espera) muito alto. É importante ficar ligado nesse índice, pois caso ele esteja muito grande, pode ser que a operação do atendimento não esteja fluindo muito bem. Desse modo, é indicado que todo o planejamento operacional seja reformulado.

5. FCR ou *First Call Resolution:* É a sigla para "Resolução no Primeiro Contato", em português. Esse é um dos indicadores mais cobiçados pelos agentes de atendimento, pois ele indica qual é a taxa da resolução da situação no primeiro contato. A importância desse feito é maior do que muitos imaginam, pois, ao resolver a situação no primeiro contato é possível reduzir custos com chamadas, além de ganhar a satisfação e fidelização dos clientes.

6. Nível de Serviço: Esse é um indicador que serve para apontar como anda o nível de serviço oferecido pelo atendimento do negócio. Ele pode estar relacionado às outras métricas que apresentamos aqui, sendo que o mais comum é utilizá-lo em conjunto com o Tempo Médio de Espera, o TME. Por exemplo, 90% das chamadas estão sendo atendidas em até 1 minuto. A partir disso, é possível entender se esse nível de serviço é satisfatório para os padrões ou se precisa ser melhorado.

7. Taxa de Amplificação: Está relacionada à interação do público com as redes sociais do negócio. Ela está ligada ao compartilhamento dos conteúdos publicados nessas redes. É possível mensurá-la de forma bem simples, e um exemplo disso é verificar o número de compartilhamentos que uma postagem no Facebook obteve em certo período de tempo.

PROTOCOLO - TEMPO MÉDIO RECEPÇÃO PARA ACOLHIMENTO

	FICHA TÉCNICA INDICADOR				
	TEMPO MÉDIO RECEPÇÃO PARA ACOLHIMENTO				
	Código: FTI.AMB.002	**Data elaboração:**	**Data revisão:**	**Revisão:** 000	**Página:** 1 /1

IDENTIFICAÇÃO		
Objetivo da medição: Mensurar o tempo médio de atendimento entre recepção e acolhimento.		
Processo (s) relacionado (s): Ambulatório		
Abrangência: ( ) Institucional (X) Setorial		
Classificação: ( ) Apoio (X) Assistencial ( ) Estratégico		
Referencial de Excelência:	**Meta:**	
PLANEJAMENTO		
Responsáveis pela Coleta (função e/ou nome): **-**		
Forma de Coleta (tipo de amostragem / frequência / período): - Frequência mensal, período 1º ao 30º dia		
Fórmula do indicador: - Tempo médio de paciente entre inclusão da ficha p/ consulta e acolhimento		
Sistema de Coleta (métodos / instrumento / etc.): - Planilhas do programa do Pronto Socorro		
Critério para revisão de meta:		
Periodicidade de análise crítica: - Trimestral		
Divulgação dos Resultados: ( ) Mural ( )E-mail para os gestores (X)Reuniões mensais ( )		
Observações:		
Histórico de Revisão:		
Data revisão:	N da revisão:	Itens revisados:
Aprovação:		
Nome emissor: Coord. Multidisciplinar e de enfermagem	**Nome aprovador:** Diretor técnico	
Ass. Emissor:	**Ass. Aprovador:**	

PROTOCOLO - TEMPO MÉDIO ENTRE ACOLHIMENTO E CONSULTA MÉDICA

	FICHA TÉCNICA INDICADOR				
	TEMPO MÉDIO ENTRE ACOLHIMENTO E CONSULTA MÉDICA				
	Código: FTI.AMB.003	**Data elaboração:**	**Data revisão:**	**Revisão:** 000	**Página:** 1 /1

IDENTIFICAÇÃO	
Objetivo da medição: Mensurar o tempo médio entre a consulta do acolhimento e a consulta médica.	
Processo (s) relacionado (s): Ambulatório	
Abrangência: ( ) Institucional (X) Setorial	
Classificação: ( ) Apoio (X) Assistencial ( ) Estratégico	
Referencial de Excelência:	**Meta:**
PLANEJAMENTO	
Responsáveis pela Coleta (função e/ou nome): -	
Forma de Coleta (tipo de amostragem / frequência / período): - Frequência mensal, período 1º ao 30º dia	
Fórmula do indicador: - Tempo médio entre o acolhimento e o atendimento médico	
Sistema de Coleta (métodos / instrumento / etc.): - Planilhas do programa do Pronto Socorro	
Critério para revisão de meta:	
Periodicidade de análise crítica: - Trimestral	
Divulgação dos Resultados: ( ) Mural ( )E-mail para os gestores (X)Reuniões mensais ( )	
Observações:	
Histórico de Revisão:	

Data revisão:	N da revisão:	Itens revisados:

Aprovação:	
Nome emissor: Coord. Multidisciplinar e de enfermagem	**Nome aprovador:** Diretor técnico
Ass. emissor:	**Ass. aprovador:**

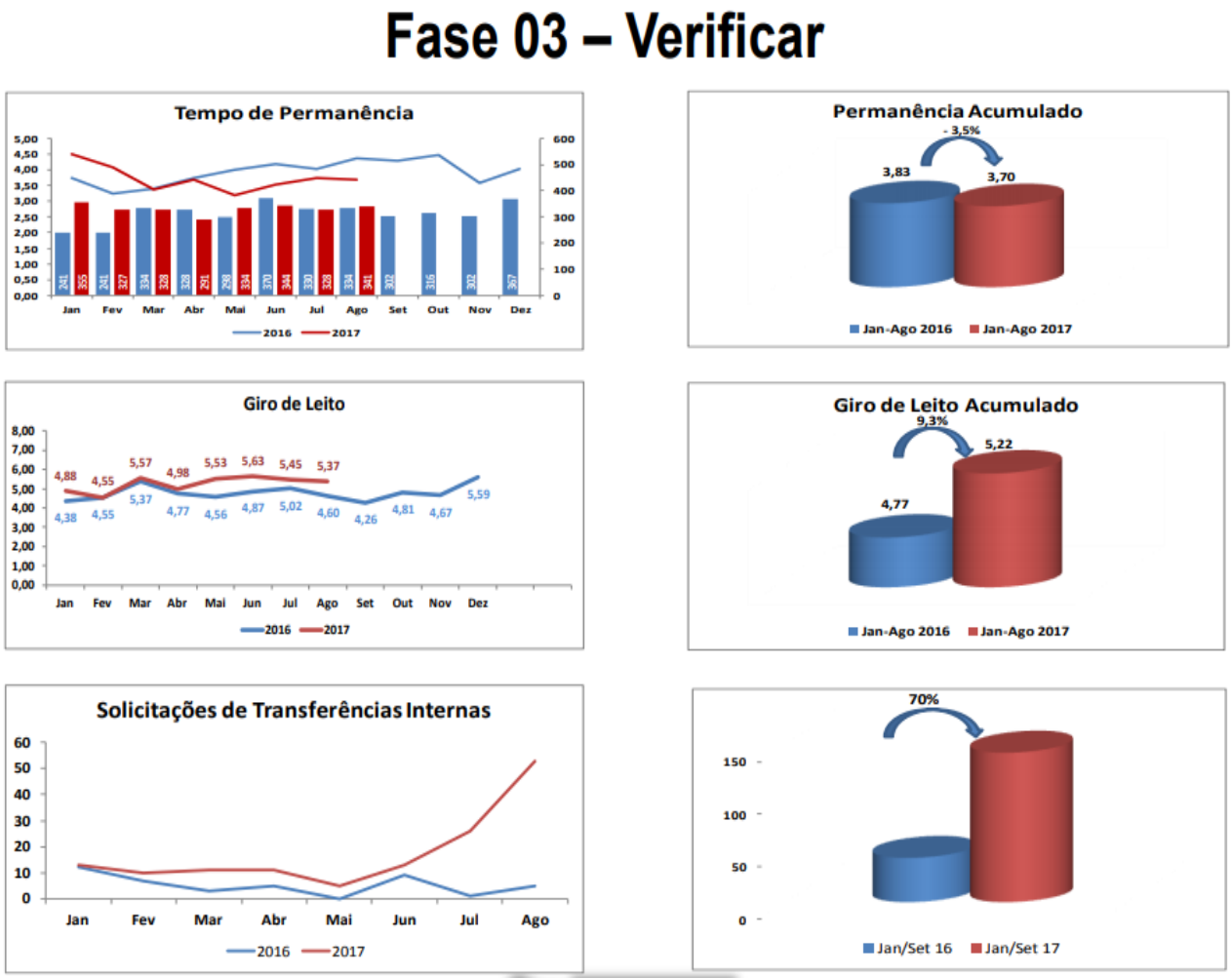
8.2.1.2.2. Fase 2 do Processo de Acolhimento

Figura 48 - Acolhimento com Classificação de risco



Realizar diariamente o encontro pontual no horário das 11:30h em frente a Observação Adulto com representantes referências da Equipe Multidisciplinar. Neste momento serão pontuadas informações precisas e pertinentes a cada indivíduo de forma sucinta tornando as condutas conhecidas por todos os envolvidos e que o fluxo desta informação seja conforme planejamento proposto gerando mais uma forma de segurança na comunicação.

8.2.1.2.3. Fase 3 do Processo de Acolhimento



8.2.1.2.4. Fase 4 do Processo de Acolhimento

Agir / Consolidar / Controlar

Com o alinhamento do processo, verificou-se redução no TMP de 3,5% e aumento no Giro de Leitos de 9,3% durante o período analisado.

- Participação Ativa do Coordenador Médico
- Adesão médica para visita multidisciplinar
- Participação da equipe Melhor em Casa
- Aumento na Assertividade das Altas Sinalizadas
- Melhoria na Comunicação Interna
- Melhoria da solicitação de transferência interna na Intranet

O próximo passo é o Gerenciamento de Leitos em 100% no Policlínica com a inclusão do NIR (Núcleo Interno de Regulação).

Atenção Ao Usuário – 25% (vinte e cinco por cento).

Resolução de Queixas: Entende-se por Queixa, o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico), necessariamente com identificação do autor, e registrada adequadamente. A Resolução é o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que após a elucidação da demanda, seja encaminhada resposta ou esclarecimento do problema apresentado no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis a contar da data da queixa recebida.

A meta é apresentar o projeto detalhado de estruturação do SAU - Serviço de Atenção ao Usuário, que deverá ser encaminhado à Comissão Permanente de Acompanhamento dos Contratos de Gestão – CPACG no terceiro mês, juntamente com a prestação de contas do primeiro trimestre. Nos meses subsequentes, a pesquisa de satisfação e as queixas recebidas deverão ser encaminhadas mensalmente, até o dia 20 (vinte) do mês, com a Resolução de 80% (oitenta por cento) juntamente com a resposta e/ou esclarecimentos ao problema apresentado.

Com objetivo de garantir a segurança no atendimento aos pacientes, a integridade dos acompanhantes, visitantes e trabalhadores do serviço de saúde, assim como a prevenção de infecções, serão propostas medidas para otimizar a comunicação e acolhimento dos pacientes e familiares afetados pela doença. Cabe ressaltar que, outros aplicativos como *Skype, Zoom, Meeting e Hangouts* também podem ser usados, mas, o *WhatsApp* é o mais utilizado, pois possui ampla difusão e está presente em boa parte dos aparelhos telefônicos, mesmos os mais simples. A conexão de internet pode ser um limitante, entretanto atualmente, como ferramenta possível de uso em larga escala, ainda vem sendo a opção mais adequada para a realidade brasileira.

8.2.1.2.5. Fase 5 do Processo de Acolhimento

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – SAU

Será implantado no Policlínica um programa denominado o **SAU**, que tem como objetivo estabelecer um canal de comunicação entre a Instituição, usuários e funcionários, para identificar problemas e buscar soluções para as manifestações apresentadas.

Competências:

a) Receber críticas, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pelo Hospital e encaminhar soluções;

b) Apurar a procedência das reclamações e denúncias apresentadas;

c) Fornecer informações gerais sobre a estrutura, atendimento e funcionamento das Unidades de Internação, Emergência e Ambulatório;

d) Identificar e avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde oferecidos pelo hospital, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS;

e) Buscar a participação social, através do acompanhamento e controle dos serviços realizados;

f) Obter informações para o gerenciamento do Hospital;

g) Sugerir medidas de aperfeiçoamento das atividades do Hospital;

h) Realizar a mediação de situações emergenciais;

i) Realizar acolhimento aos usuários;

j) Realizar encaminhamento para resolução de problemas concretos;

k) Estabelecer critérios para pesquisas e divulgação de dados;

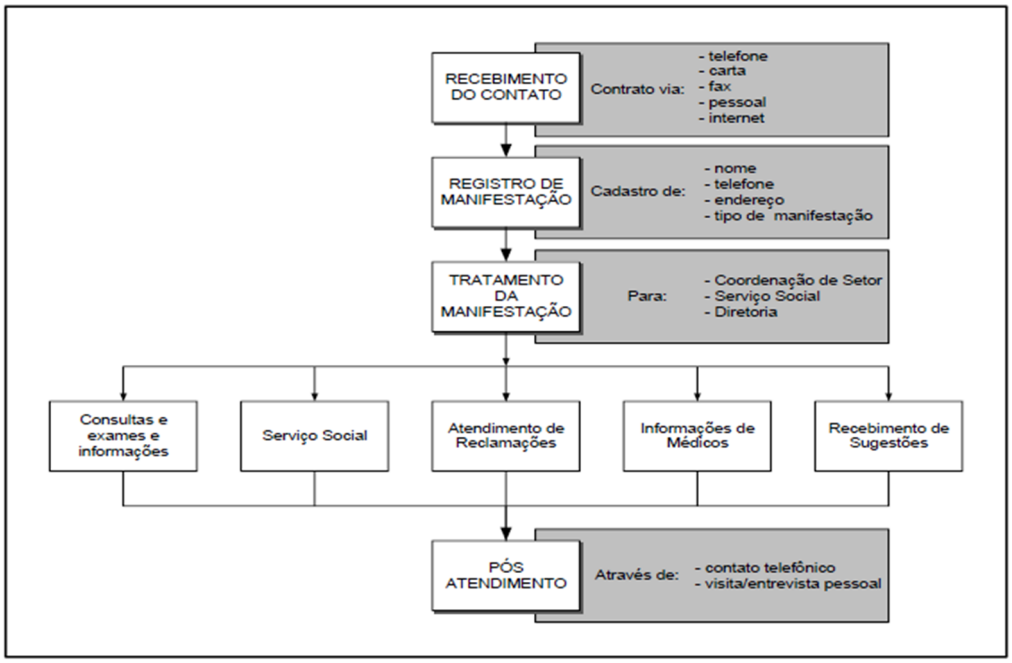
l) Informar sobre a estrutura, atendimento e funcionamento dos Serviços do Hospital;

m) Identificar e mediar as relações conflituosas entre funcionários/funcionários e funcionários/usuários;

n) Acolher, mediar e resolver os problemas concretos.

Solicitações Previstas: críticas, elogios, reclamações e/ou sugestões referentes aos serviços prestados pelo Hospital.

Figura 49 - Fluxo do processo de operacionalização do SAU



Membros do SAU:

- Assistente Social (responsável pelo serviço);
- Auxiliar Administrativo.

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª feira das 08h às 12h e das 13h às 17h.

Principais Atividades que serão realizadas pelo SAU do Policlínica:

a) Informações de Médicos: através do SAU os familiares/responsáveis dos pacientes serão informados sobre o nome do Médico Assistente do paciente e dias e horários de atendimento ao familiar;

b) Agendamento de consultas e exames clínicos: através de um sistema de pré-cadastro o cliente terá acesso à escolha do horário de atendimento e marcação de consultas ambulatórias com a máxima agilidade;

c) Serviços de Apoio: através do SAU qualquer paciente ou familiar poderá ser encaminhado aos serviços de apoio tais como: Serviço Social, Psicologia, Nutrição, dentre outros, que estarão aptos a auxiliar em quaisquer problemas decorrentes da prestação de serviço do Hospital, bem como das circunstâncias de saúde dos pacientes internados;

d) Atendimento de Reclamações: os atendentes do SAU serão treinados para fornecerem informações básicas padronizadas e dar orientações para resolução de problemas. Casos eventualmente mais graves serão encaminhados a Diretoria e Coordenação dos Serviços

competentes para análise e solução utilizando a metodologia MASP – Metodologia de Análise e Solução de Problemas descrita a seguir:

Figura 50 - MASP – Metodologia de Análise e Solução de Problemas



Todas as manifestações de clientes serão registradas e os tratamentos dados às reclamações, seguirão um processo formal, onde o foco será a efetiva resolução de sua causa. O tempo de resposta a reclamações, quando identificadas, será de até 05 (cinco) dias após o recebimento da mesma.

Recebimento e Tratamento de Reclamações/Críticas/Sugestões: quaisquer sugestões efetuadas por clientes serão devidamente cadastradas e encaminhadas às respectivas coordenações, que as analisarão criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente.

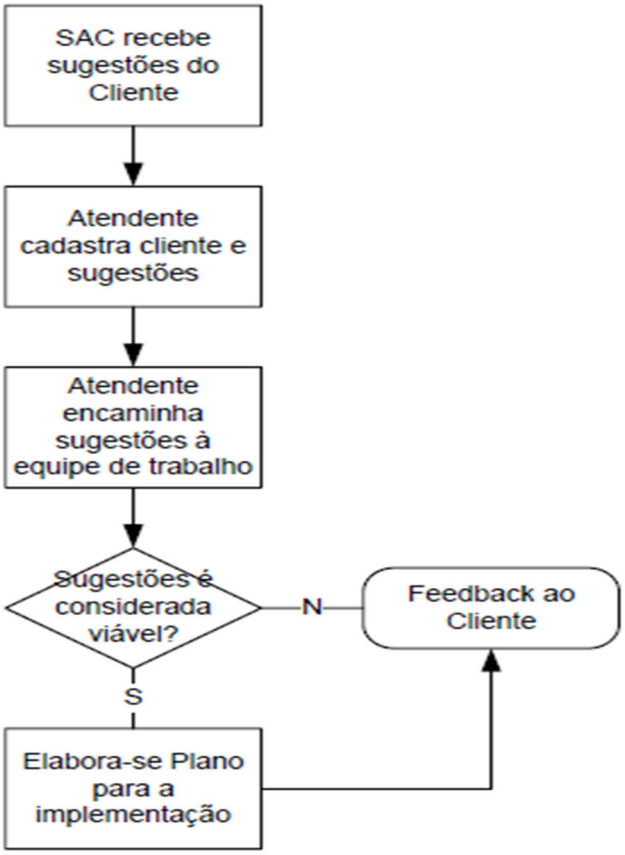
Localização: O SAU estará localizado na recepção principal do Policlínica

Instrumentos de Medição:

O Formulário de Avaliação de Serviços será utilizado para medir o grau de satisfação dos clientes e detectar problemas percebidos por eles acerca dos serviços prestados. Nele estará inserido espaço de avaliação dos diversos serviços, com direcionamento para a valoração entre "**ótimo", "bom", "regular" e "ruim**" assim como espaço para críticas, sugestões e elogios. A identificação do usuário deverá ser facultativa. Uso das Informações:

a) Através da análise dos resultados da pesquisa poderão ser identificados os motivos de insatisfação dos clientes, o que possibilitará ações corretivas e/ou preventivas nas suas causas e assim melhorar continuamente os serviços prestados.
b) As informações obtidas pelas avaliações de serviço, além de permitirem a identificação do nível de satisfação do cliente, servirão também para guiar ações de promoção de melhorias no atendimento, qualificação e especialmente aumentar o grau de satisfação do cliente.
c) Quaisquer sugestões efetuadas por clientes serão devidamente cadastradas e encaminhadas às respectivas coordenações, que analisarão criteriosamente para possível incorporação ao processo pertinente. O fluxo que rege o recebimento de sugestões está demonstrado a seguir:

Figura 51 - Recebimento e Tratamento de Sugestões



- O SAU encaminhará mensalmente à Gestão do Policlínica o resultado da pesquisa de avaliação de serviço do mês;
- Semestralmente, o SAU encaminhará gráficos comparativos com o resultado da pesquisa, por área, à Gestão da policlínica;
- O tempo de resposta a reclamações, quando identificadas, será de até 05 dias úteis após o recebimento da mesma.

8.2.1.2.6. Fase 6 do Processo de acolhimento

OUVIDORIA SUS

Ouvidoria é um mecanismo que favorece a comunicação dos usuários com a instituição, apoiada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Política Nacional de Humanização (PNH). Surge como uma estratégia na consolidação desta nova cultura nas instituições de saúde como um dos pontos abordados pelo PNH. Destacando que a humanização busca a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), como eixo estruturante das práticas de saúde em todas as instâncias do SUS. Assim

sendo, entendemos que a Ouvidoria é um instrumento para o fortalecimento da cidadania e do trabalho interdisciplinar apoiado num processo pedagógico, educativo e propositivo.

A atividade da Ouvidoria se caracteriza por receber do usuário suas dúvidas, sugestões, possíveis críticas e elogios. Além disso, diagnostica e agiliza mudanças pertinentes a demanda recebida, ou mantém determinadas condutas visando garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado aos cidadãos.

O trabalho da Ouvidoria consiste, portanto, em possibilitar ao usuário do serviço o exercício da cidadania através da transparência na realização das ações dentro das instituições públicas, proporcionando a cada cidadão dar o seu parecer a respeito do atendimento, sendo ele positivo ou negativo. Assim sendo, podemos entender a ouvidoria como um agente permanente em defesa da cidadania e por isso deve se instrumentalizar de conhecimentos multidisciplinares para poder enfrentar o complexo desafio de representar o usuário dentro de uma instituição, com o objetivo de aproximar o relacionamento entre a instituição e o usuário.

Na prestação do serviço de atendimento ao usuário, o CGI propõe a implantação do Serviço de Ouvidoria, que prestará informações a respeito do atendimento aos pacientes e acompanhantes, além de ser o setor dedicado ao registro, encaminhamento e retorno das demandas desses usuários. Assim, a Ouvidoria do Policlínica será uma célula de trabalho de apoio para a administração, responsável por atender queixas, sugestões, críticas e elogios dos usuários, objetivando melhorias tanto na qualidade de assistência quanto nas relações de trabalho.

Assim sendo, constitui-se em um canal de comunicação imparcial, democrático e ético do hospital e os usuários do serviço de saúde que, de forma humanizada permeia o diálogo e promove a melhoria dos processos de trabalho. A implementação da Ouvidoria do Policlínica irá encontrar suas bases nos princípios do SUS de democratização, envolvimento, e da desburocratização institucional e também na Política Nacional de Humanização – PNH, do Ministério da Saúde do Brasil.

Horário de Funcionamento:

O serviço de Ouvidoria funcionará de 2ª a 6ª feira das 07h às 11h30min e das 13h30min às 17h.

Finalidades:

- Introduzir a voz do usuário dentro do hospital constituindo assim o controle social na instituição;
- Melhorar a gestão administrativa e a qualidade de atendimento prestado na **Policlínica** através de seus profissionais, estrutura e funcionamento;

- Servir como ferramenta no processo de gestão visando à descentralização administrativa e o desenvolvimento dos postulados democráticos no interior da instituição;
- Interpretar os dados de cada atendimento para propor a modificação de alguns serviços e, em outras vezes, contribuir na formulação de novas políticas públicas, ou até mesmo o replanejamento do processo de trabalho, promovendo uma reflexão por parte do profissional envolvido na situação.

Para tanto o CGI buscará atender a Portaria nº 2.416, de 07 de novembro de 2014, que *estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições,* conforme descrito abaixo:

> "Art. 2º - Os serviços de ouvidoria do SUS têm como objetivo de acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilitar a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao da gestão do SUS.
>
> Art. 3º - A organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS observarão as seguintes diretrizes:
>
> I - Defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência;
>
> II - Reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
>
> III - objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS;
>
> IV - Zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS;
>
> V - Defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos;
>
> VI - Sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e
>
> VII - identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.
>
> Art. 4º Os serviços de ouvidoria do SUS serão estruturados nos âmbitos Federal, Distrital, Estadual e Municipal.

Parágrafo único. Os serviços de ouvidoria do SUS poderão ser estruturados no âmbito de ouvidorias gerais, de acordo com a oportunidade e conveniência dos respectivos entes federativos.

Art. 5º Compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo:

I - Analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;

II - Detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;

III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;

IV - Realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;

V - Informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;

VI - Informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e

VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão.

Art. 6º Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS.

Art. 7º Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, sempre que possível, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão."

Para tanto o CGI montará uma estrutura com profissionais, devidamente treinados pela Secretaria de Estado da Saúde, no sistema OUVIDORSUS, com as atribuições de atendimento presencial, e coleta diária de reclamações no sistema, que deverão ser encaminhadas para os respectivos departamentos, para coletar informações e responde-las em tempo hábil.

A Ouvidoria do Policlínica terá características próprias, a saber:

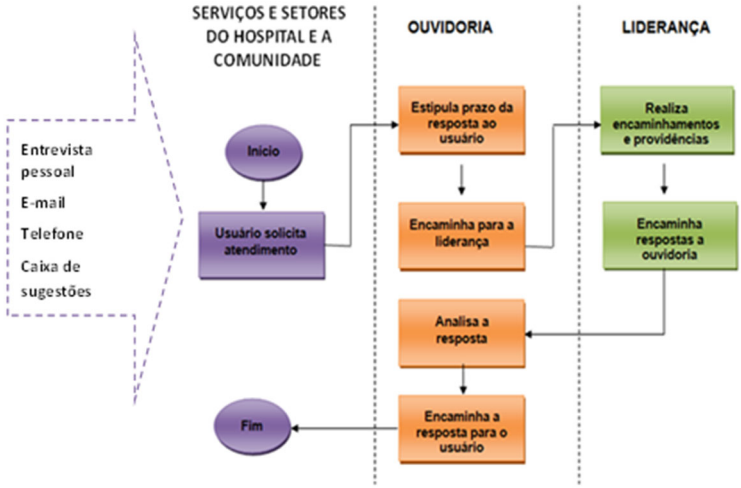
Eixos Organizacionais:

- Os eixos organizacionais da Ouvidoria do hospital estão assim constituídos:
- **Organização Burocrática:** Esse eixo visará à desburocratização das ações da Ouvidoria melhorando o fluxo de papéis, otimizando o processamento da demanda com o objetivo de diminuir o tempo entre a entrada da demanda e sua resolução. Com base nisso, será pensado um fluxograma como instrumento para refletir as ações que devem ser implementadas. Assim sendo, haverá avanços significativos neste eixo no que diz respeito ao processamento imediato da demanda (contatos telefônicos, resposta imediata aos e-mails, entre outros).
- Será realizado um mapeamento identificando quais setores demoram em responder as solicitações e assim serão construídas estratégias individuais com cada um deles.
- **Organização da Estrutura:** Esse eixo visa pontuar as questões de infraestrutura que diretamente afetam o processo de trabalho como: falta de equipamento, espaço físico, entre outros.
- **Organização Técnico-Política:** Esse eixo pressupõe o arranjo institucional no espaço de saberes constituído pelos conhecimentos que fazem parte do processo de produção de saúde, no desejo de mudanças e na busca de um trabalho e uma gestão mais humanizada.
- Está relacionado aos grupos instituídos que se operacionalizam entre si, nos movimentos que ocorrem entre eles e do poder exercido pelos diferentes setores.
- **Organização da Comunicação Social:** Este eixo terá como finalidade conscientizar/sensibilizar os usuários, tanto internos quanto externos, do papel da Ouvidoria como um espaço de participação social com o objetivo de legitimar a Ouvidoria como um instrumento de cidadania, dignidade, respeito e acessibilidade aos serviços de saúde.
- **Organização de Intervenção das Demandas:** Esse eixo tem como objetivo construir estratégias que diminuam o prazo entre o recebimento da demanda e a devolução do resultado ao usuário. Desta forma, a estratégia construída consiste no primeiro momento em levantar o total de demandas com a mesma característica de cada serviço/disciplina com atenção a frequência de casos. Em um segundo momento, a Ouvidoria buscará soluções e parcerias junto a cada setor, firmando acordo para esses casos de forma que os reincidentes que procurarem a ouvidoria sejam encaminhados diretamente às referidas áreas.

- **Organização do Arranjo Institucional e seus Atores e Sujeitos:** Esse eixo terá como objetivo a construção da relação formal e informal da Ouvidoria com os atores e sujeitos que constituem a instituição. Para o desenvolvimento de um trabalho adequado a Ouvidoria necessita da junção desses poderes, ou seja, é preciso que a Ouvidoria tenha um significado (um motivo para existir) não só para a Diretoria Geral como também para os setores/sujeitos que fazem parte do Policlínica.

Portanto, esse eixo tem como objetivo a atuação interna da Ouvidoria nos diferentes espaços institucionais (Fórum dos Ambulatórios, das Unidades de Internação, Reunião de Avaliação de Desempenho, e um trabalho conjunto com a Qualidade) para construir dentro desses espaços, conjuntamente com os sujeitos, um sentido para Ouvidoria buscando vencer suas próprias resistências.

Figura 52 - Fluxograma do Atendimento



8.2.1.2.7. Fase 7 do Processo de acolhimento

Manual do Núcleo de Segurança e Qualidade do Paciente

Objetivo

O manual do usuário tem por objetivo orientar e esclarecer os pacientes e familiares quanto ao funcionamento do Pronto Socorro, bem como seus direitos e deveres enquanto usuários do Sistema Único de Saúde

- SUS.

Aplicação

Compõem a aplicação deste a equipe do acolhimento e assistência: recepção, enfermagem, técnico de enfermagem e psicossocial.

Definições

Manual do usuário: caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento que procurar atendimento no Pronto Socorro. Assegurando ao cidadão o direito básico ao ingresso digno e democrático ao atendimento do SUS.

Descrição Detalhada das Atividades

O manual ficará disponível na recepção, no postinho de enfermagem e será entregue para o usuário no ato da internação, pela equipe de enfermagem ou psicossocial.

Descrição De Materiais

Manual do usuário impresso em gráfica.

Responsabilidade

Compete a responsabilização pela distribuição do manual os profissionais de enfermagem, técnico de enfermagem, assistente social e psicólogo.

Quando Executar

O manual será entregue para o usuário ou acompanhante quando o mesmo for internado na unidade e quando necessário, para esclarecimento de dúvidas de outros usuários.

Considerando que o CGI desenvolve e opera por meio de processos seguros, revela responsabilidade e comprometimento com a segurança dos pacientes e colaboradores, com a ética profissional, com os procedimentos que realiza.

Considerando que a Organização Nacional de Acreditação, visa a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Considerando o teor da Resolução RDC nº - 63 de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; considerando o teor da Resolução RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviço de saúde e dá outras providências.

Considerando que todo Risco associado à ação direta ou indireta dos profissionais da área da saúde, resultante da ausência/deficiência de políticas e ações organizadas na prestação de cuidados de saúde, deve ser mapeado, definido práticas de controle e educação continuada em serviço.

Considerando que Gerenciar os Riscos é prever, identificar e minimizar os atos inseguros decorrentes das atividades assistenciais, evitando danos aos pacientes e colaboradores. Considerando o disposto na NR 32, que dispõe sobre os requisitos de segurança e saúde no trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde.

Considerando que todo estabelecimento de saúde deve implantar diretrizes básicas e implementar medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Considerando, finalmente, o decidido no Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) no dia 04 de maio de 2015.

A nomeação deste NQSP se deu por convite da Diretoria Geral e tem vigência de 24 meses a contar da presente data.

Os membros do NQSP se reunirão quinzenalmente conforme determinado em cronograma específico.

Todos os membros deverão estar presentes pontualmente, em caso de impossibilidade de comparecimento, deverá encaminhar justificativa, à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constantes. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, desde que não fira o descrito nessa Ata de Abertura, poderão realizar a reunião.

Cabe aos representantes da Comissão de Gerenciamento de Risco a avaliação das barreiras dos riscos da organização, bem como a elaboração de relatórios que apontem falhas e oportunidades de melhorias nos mapeamentos de risco dos processos.

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial do NQSP, tendo em seu primeiro mandato os membros mencionados na ATA de nomeação e abertura.

Compete ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

Garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos, para os fins a que se propõem;

Cobrar a construção dos Planos de Contingências e capacitação dos profissionais envolvidos.

Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às

populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores;
Licença atualizada: documento emitido pelo órgão sanitário competente dos Estados, Distrito Federal ou dos Municípios, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de vigilância sanitária;
Cobrar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) atualizado, disponível e conhecido pela equipe: documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.
Política de qualidade: refere-se às intenções e diretrizes globais relativas à qualidade, formalmente expressa e autorizada pela direção do serviço de saúde. VII - profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior ou técnica com suas competências atribuídas por lei;
Prontuário do paciente: documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação
Segurança do Paciente: conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos Sentinelas e danos desnecessários durante a atenção prestada nos

Os membros do Núcleo têm por atribuições:

Ao Presidente, atribuem-se:

- Convocar e presidir as reuniões.
- Dirigir os trabalhos do NQSP.
- Representar o NQSP perante a Diretoria, setores e órgãos competentes.
- Assinar toda a documentação do NQSP.
- Delegar responsabilidades e atribuir tarefas para os membros do NQSP.

Ao Secretário, atribuem-se:

- Preparar os materiais necessários para as reuniões;
- Comparecer às reuniões convocadas.
- Registrar em atas todas as reuniões do NQSP e colher as assinaturas dos participantes.

- Cuidar do controle e arquivo dos documentos do NQSP.
- Colaborar com os trabalhos do NQSP.

Aos demais membros, atribuem-se:

- Comparecer às reuniões convocadas.
- Colaborar com os trabalhos do NQSP.
- Assumir as responsabilidades e tarefas delegadas pelo Presidente.
- Divulgar as atividades e objetivos do NQSP

II - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte variável do Contrato – 10%).

Os valores percentuais apontados na tabela - Indicadores de Qualidade, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado neste edital. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos devidos constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão em regime trimestral.

Tabela para valoração dos Indicadores de Qualidade:

INDICADOR	PERCENTUAL A PAGAR
Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco	25%
Atenção ao Usuário - SAU	25%
Relatório Médico	25%
Núcleo de Segurança e Qualidade do Paciente	25%

8.2.2. Atendimento

8.2.3. Proposta de Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário

A proposta de implantação de um Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U.) na Policlínica Estadual de Quirinópolis visa garantir que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus acompanhantes recebam um acolhimento adequado, eficiente e humanizado durante todo o período de atendimento. Considerando que a Policlínica realiza atendimentos ambulatoriais de média complexidade e opera 12 horas diárias, de segunda a sábado, a criação

deste serviço se mostra essencial para fortalecer a relação entre a unidade de saúde e seus pacientes, assegurando o respeito aos direitos dos usuários e a qualidade do atendimento prestado.

Objetivos:

- Proporcionar um acolhimento humanizado e eficiente aos pacientes e seus acompanhantes desde a chegada à unidade até a conclusão do atendimento.
- Facilitar o acesso às informações sobre os serviços oferecidos, horários de atendimento, consultas e exames disponíveis, bem como garantir a orientação necessária para que os usuários compreendam os fluxos de atendimento.
- Ouvir e responder a queixas, dúvidas e sugestões dos pacientes e acompanhantes, promovendo um atendimento baseado em escuta ativa, resolução de problemas e melhoria contínua dos serviços.
- Integrar o SAU com outros setores administrativos e clínicos da Policlínica, como a recepção, o setor de agendamento e o de faturamento, assegurando que todos os processos funcionem de maneira articulada e eficiente.
- Monitorar a satisfação dos usuários e colher feedbacks para identificar oportunidades de melhoria e propor ajustes nas práticas assistenciais e administrativas da Policlínica.

Funcionamento do Serviço:

Estrutura Física:

O SAU será instalado na recepção principal da Policlínica, em local de fácil acesso e visibilidade para os usuários, com sinalização clara e adequada.

O espaço contará com mesas de atendimento, cadeiras de espera confortáveis e acesso a recursos como telefone, computadores com acesso ao Sistema de Gestão da Policlínica, e internet para facilitar o acesso a informações pelos atendentes.

Equipe:

- A equipe será composta por profissionais capacitados em atendimento ao público, com ênfase em humanização e comunicação clara. Cada membro da equipe receberá treinamento regular sobre as rotinas da Policlínica e os procedimentos de atendimento.
- Além disso, será assegurada a presença de atendentes que possuam habilidades específicas para lidar com usuários com necessidades especiais, como idosos, gestantes e pessoas com deficiência.

Horário de Funcionamento: O SAU funcionará durante o horário de atendimento da Policlínica, das 7h às 19h, de segunda a sábado, com plantões rotativos para garantir que sempre haja atendentes disponíveis.

Atividades do SAU:

a) **Orientação e Acolhimento Inicial:**

- Receber os usuários e acompanhantes assim que chegam à Policlínica, fornecer informações sobre os procedimentos a serem realizados e direcioná-los aos locais corretos.
- Intermediação de Informações:
- Facilitar a comunicação entre os usuários e os profissionais da saúde, resolvendo dúvidas e questões sobre consultas, exames, horários e outros procedimentos administrativos.

b) **Agendamento e Reagendamento de Consultas e Exames:**

- Realizar o agendamento de consultas e exames, assim como orientações sobre os fluxos de encaminhamento. Quando necessário, auxiliar no reagendamento e informar prazos e condições.
- Atendimento de Sugestões, Reclamações e Elogios:
- Registrar todas as manifestações dos usuários, sejam sugestões, reclamações ou elogios, e encaminhá-las para os setores responsáveis da Policlínica. Garantir o retorno ao usuário sobre as providências tomadas.

c) **Informações sobre Direitos e Deveres dos Usuários:** Oferecer orientação sobre os direitos e deveres dos usuários, conforme as diretrizes do SUS, além de prestar informações sobre transporte e outros serviços relacionados aos acompanhantes.

Meios de Comunicação:

- Presencial: Atendimento direto na recepção da Policlínica, com a equipe do SAU disponível para receber as demandas dos usuários.
- Telefone: Disponibilização de uma linha telefônica exclusiva para agendamentos, dúvidas e atendimento às reclamações.
- Plataformas Digitais: O SAU estará integrado ao site oficial da Policlínica, permitindo o envio de sugestões, reclamações e solicitações online, além de oferecer informações claras sobre serviços oferecidos e procedimentos.

Gestão de Feedback: Será implementado um sistema de registro de feedbacks (elogios, sugestões, reclamações) que permita à Policlínica monitorar e avaliar o desempenho dos atendimentos, identificando áreas que necessitem de melhoria e agindo de forma proativa para otimizar a experiência dos usuários.

Apoio ao Transporte e Orientação para Usuários de Outras Localidades: Considerando que muitos usuários podem vir de outras regiões, o SAU oferecerá orientações sobre transporte público, acessos facilitados e contatos de apoio social para casos específicos, além de um mapeamento de redes de apoio próximas.

Indicadores de Desempenho: Para garantir a eficiência do SAU, serão estabelecidos indicadores de desempenho, como tempo de espera no atendimento, taxa de resolução de problemas no primeiro contato, nível de satisfação do usuário (medido por enquetes de satisfação) e quantidade de reclamações resolvidas.

Implementação:

A implementação do SAU será realizada em três fases:

- Reformulação do local de atendimento, instalação de equipamentos e definição da equipe.
- Treinamento específico para os atendentes em temas de acolhimento humanizado, legislação do SUS e ferramentas de gestão.
- Abertura oficial do SAU e ampla divulgação entre os usuários da Policlínica e as redes de saúde associadas.

8.2.4. Proposta de implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, com pesquisa de satisfação

Serviço de Ouvidoria como Ferramenta de Pesquisa Científica e Melhoria na Qualidade Assistencial na Policlínica Estadual de Quirinópolis , além de atuar como canal de comunicação para receber dúvidas, críticas, elogios e sugestões, a Ouvidoria cumpre uma função estratégica ao diagnosticar e agilizar mudanças que possam garantir e ampliar a qualidade do atendimento prestado. Este serviço, em conformidade com o disposto na Lei nº 13.460/2017, que regulamenta a participação, proteção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos, possibilita a mediação das demandas de forma a contribuir com a melhoria dos processos assistenciais e organizacionais. A Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o

financiamento da saúde pública, também apoia o uso de Ouvidorias como mecanismo de avaliação e controle da qualidade dos serviços de saúde.

Na Policlínica Estadual de Quirinópolis , a implementação do Serviço de Ouvidoria se constitui em uma ferramenta estratégica não apenas para a melhoria contínua dos serviços, mas também como fonte rica de dados para pesquisas científicas. A coleta e análise dos registros realizados pela Ouvidoria podem ser utilizadas para identificar tendências, problemas recorrentes e áreas de satisfação dos usuários, permitindo o desenvolvimento de estudos específicos para melhoria da qualidade assiste

8.2.4.1. Sistema de Atenção ao Cliente – SAC/OUVIDORIA

O SAC tem uma função social importante no contexto de atenção à saúde na Unidade, além da função operacional que proporciona a oportunidade de melhoria contínua da instituição. Credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas.

- Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos usuários, visitantes e acompanhantes diretamente envolvidos no processo de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores.
- Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição.
- Reconhecer a importância da participação dos usuários para a melhoria dos serviços. Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização.
- Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria Organização.

Programas de Ação do SAC

O Serviço trabalhará com 6 (seis) Módulos denominados Programas de Ação. São eles:

- **Módulo 1. Programa Fale Conosco:** Funcionará na sala do SAC - através de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos, usuários, familiares e profissionais, pessoalmente ou por telefone.
- **Módulo 2. Programa Acesse a Unidade Assistencial de Saúde:** É o acesso do cidadão (usuário ou não) ao SAC, via Internet, e-mail.
- **Módulo 3. Programa Caixa de Contribuição à Melhoria:** Mensagens escritas pelos profissionais das Unidades Assistenciais e depositadas em urna para coletar sugestões, críticas etc. dos funcionários sobre o dia a dia de trabalho. Podem ser anônimas.

- **Módulo 4. Programa Ouvindo Você:** Visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais, para o contato com os usuários, através da busca ativa de suas expressões, sugestões, queixas, elogios e divulgação do SAC.
- **Módulo 5. Programa Telemarketing da Qualidade:** Contatos telefônicos com os usuários, após alta hospitalar – aproximadamente 7 a 14 dias após, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou na Unidade Assistencial de Saúde, nos diversos setores, proporcionando feedback para a equipe interna da Rede.

- **Módulo 6. Programa Caixa de Sugestões:** Questionário de Pesquisa de Opinião, respondido pelos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções das unidades da rede.

Funcionamento do SAC

O SAC é o órgão representativo do usuário junto à direção, destinado a receber, avaliar, divulgar e cobrar solução das reclamações ou sugestões dos usuários, além de propor alternativas de solução rápida e ágil.

- **Horários de Atendimento do SAC:** Com atendimento pessoal direto na sala do SAC, de segunda a sexta-feira, das de 8:00 as 12:00 h e de 13:00 as 17:00 h demanda espontânea. Com atendimento por telefone de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 h e de 13:00 as 17:00h demanda espontânea. Com atendimento por correio eletrônico 24h por dia.
- Pesquisa via telefone três vezes por semana, para contato com paciente de alta, busca ativa.
- **Atuação do SAC:** Cada usuário deve receber pelo menos uma visita enquanto internado. Cada usuário deve receber um telefonema após receber alta hospitalar. Na impossibilidade de realizar visitas a todos os usuários, deverão ser priorizados para visita os que estiverem com mais dias de internação e/ou aqueles que solicitaram alguma ajuda do SAC.
- No caso da impossibilidade de realizar ligações telefônicas a todos os usuários, deverão ser priorizados aqueles que não receberam visita enquanto internados. Toda pergunta deverá ser respondida.

Atribuições do SAC

- Escutar, investigar e representar o usuário junto à Policlínica.

- Mediar a resolução de questões conflituosas extrajudicialmente, de forma rápida e ágil.
- Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 3 dias úteis.
- Incentivar os usuários a fazerem uso do SAC.
- Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala da SAC, para escuta e registro de suas colocações sobre os serviços oferecidos pela Unidade Assistencial de Saúde, queixas, elogios ou reclamações.
- Efetuar as ligações telefônicas para pacientes de alta hospitalar, para busca ativa das avaliações sobre os serviços oferecidos pela Policlínica, queixas, elogios ou reclamações.
- Atender às intercorrências – chamados nos vários setores de internação ou ambulatório das unidades, para encaminhar, resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos usuários quanto aos serviços oferecidos.
- Realizar visitas na beira do leito, para contato direto com os pacientes internados e/ou acompanhantes para busca ativa sobre os serviços oferecidos, queixas, elogios ou reclamações.
- Realizar visitas aos pacientes nos corredores ambulatoriais (salas de espera), para busca ativa sobre os serviços oferecidos, queixas, elogios ou reclamações.
- Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos das Unidades, bem como com outros serviços de saúde do Município, para encaminhamento às resoluções dos problemas dos usuários, com relação às responsabilidades da SAC. Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos usuários. Nenhuma reclamação ou sugestão poderá ficar sem resposta.
- Coletar dados e informações, registrando-os e analisando-os através de métodos estatísticos.
- Estabelecer indicadores de avaliação, tabulando por motivos, gravidade etc. dos comentários dos usuários.
- Preparar relatórios mensais sobre os registros do SAC, para apresentação aos gestores e diretoria da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .
- Zelar pelo cumprimento dos direitos do usuário.

Estrutura Física do SAC

- Sala reservada, com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao usuário.
- Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao usuário.
- Formulário de Registro de Expressão do Usuário.

Atendimento Pessoal Do Usuário

- Acolher o usuário de forma cortês e educada.
- Ouvir atentamente a colocação do usuário, falada, linguagem corporal etc.
- Esclarecer dúvidas que o usuário tenha sobre os serviços.
- Esclarecer dúvidas quanto a expressão do usuário.
- Registar a expressão do usuário, à mão ou digitação, no Formulário de Registro de Expressão do Usuário.
- Apresentar o Registro ao usuário para leitura, aprovação e assinatura. Corrigir o Registro e reapresentar ao usuário quando for o caso.
- Estabelecer prazo de retorno ao usuário sobre o fato registrado. Agradecer ao usuário por sua participação.
- Despedir-se do usuário.
- Não registrar fatos ou assuntos que o usuário não tenha realmente expressado.
- Esclarecer todos os pontos que não ficaram claros, junto ao usuário.
- Usar linguagem escrita clara e objetiva.

8.2.4.2. Indicadores de Qualidade no Serviço de Ouvido

Para garantir o uso eficaz da Ouvidoria como ferramenta de gestão e pesquisa, a adoção de indicadores de qualidade é essencial. Esses indicadores são quantitativos e qualitativos, e usados para monitorar e avaliar o desempenho do serviço, assim como seu impacto na assistência à saúde e nas relações de trabalho. Entre os principais indicadores utilizados estão:

- Tempo de Resposta
- Índice de Resolução de Demandas
- Nível de Satisfação dos Usuários
- Número de Demandas por Categoria
- Taxa de Incidentes Notificados e Resolvidos
- Relatórios de Tendências

Esses indicadores, alinhados com o sistema de gestão da qualidade na saúde e com as diretrizes da **Política Nacional de Humanização:** Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série

de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho.

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Com a análise dos problemas e dificuldades em cada serviço de saúde e tomando por referência experiências bem-sucedidas de humanização, a PNH tem sido experimentada em todo o país. Existe um SUS que dá certo, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

Como valorizar participação de usuário, profissionais e gestores

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH que já apresentam resultados positivos.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

O HumanizaSUS aposta em inovações em saúde

- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;

- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

Por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades.

Fluxograma do Atendimento:

A Ouvidoria prestará atendimento aos usuários da unidade que são classificados em:

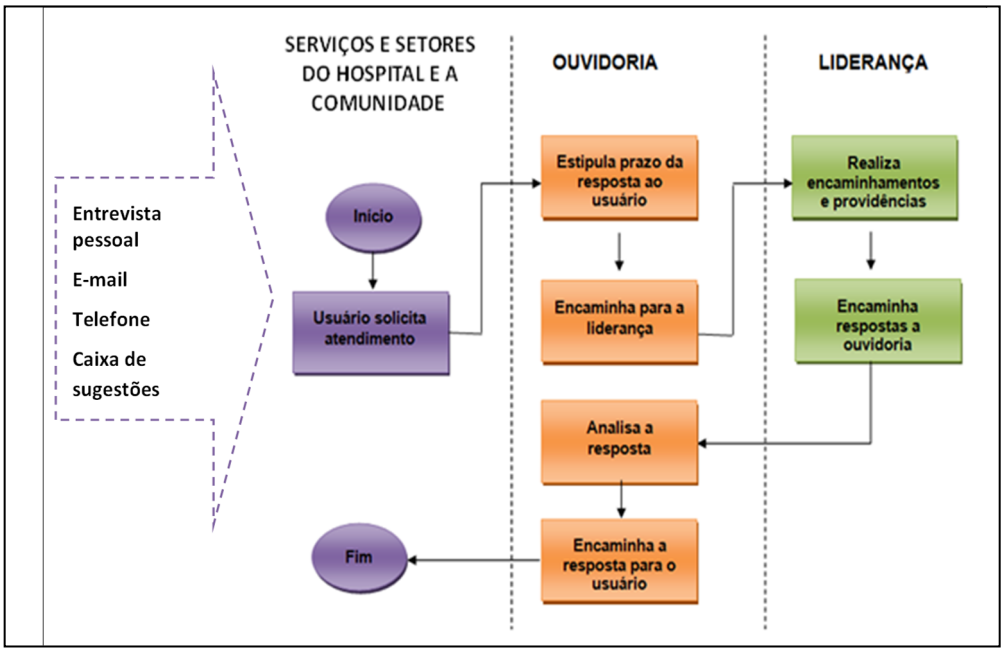
- Usuários internos: colaboradores dos todos níveis e categorias;
- Usuários externos: pacientes, familiares e responsáveis.

O acesso desses usuários a Ouvidoria ocorre através dos seguintes canais de comunicação:

- Entrevista pessoal,
- E-mail
- Telefone
- Caixa de Sugestões, espalhadas no interior do hospital

A Ouvidoria estipulará prazo para respostas às áreas e profissionais envolvidos. A seguir encaminha a liderança para ciência e encaminhamentos/providências necessárias de forma ética

e humanizada com acompanhamento. Ao receber as respostas, analisa detalhadamente e as devolve ao usuário.



Processo de Tramitação Interna:

- **Registro:** Todas as manifestações recebidas serão registradas pela Ouvidoria.
- **Análise/Encaminhamento:** As informações serão analisadas e encaminhadas aos respectivos coordenadores dos serviços.
- **Posicionamento:** Os coordenadores dos serviços envolvidos deverão informar a Ouvidoria das ações tomadas.
- **Acompanhamento:** O trâmite será acompanhado e monitorado, respeitando-se os prazos previstos
- **Resposta:** A Ouvidoria recebe o retorno das manifestações com as informações das providências adotadas. Caso seja necessário, a manifestação poderá ser encaminhada para esclarecimentos adicionais.
- **Informe:** O usuário é informado sobre a providência adotada, devendo a Ouvidoria zelar para que o retorno ocorra dentro do prazo estabelecido.
- **Arquivo:** Todas as informações obtidas durante o processo serão arquivadas no momento em que o usuário receber o retorno.
- **Prazo dos Retornos**: Zelar por um prazo não superior a 04 (cinco) dias úteis para que os responsáveis encaminhem à Ouvidoria as respostas referentes aos registros efetuados. Em caso de retardo não justificável, solicitar providências junto à direção e

dar a resposta ao usuário no prazo não superior a 10 (dez) dias úteis, a contar da data do registro, desde que o interessado identifique-se fornecendo o endereço/telefone.

MODELO DE INFORMATIVO PARA ENTREGAR AOS ACOMPANHANTES	
Horário de Funcionamento	De segunda à sexta-feira, das 07:30 às 12 horas e das 13:30 às 16:30 horas
O que é?	A Ouvidoria é um serviço que preza pelos direitos fundamentais do cidadão, sendo um instrumento oficial e facilitador na comunicação formal entre o usuário e a Instituição.
Para que serve?	Para os usuários apresentarem elogios, sugestões e críticas como também esclarecer dúvidas.
Como funciona?	A Ouvidoria recebe as manifestações e encaminha para as chefias dos setores responsáveis, cobrando soluções e respondendo ao usuário dentro de um prazo previamente estabelecido.
Como proceder	Os elogios, sugestões, denúncias ou reclamações, poderão ser feitos das seguintes formas: – Contato Pessoal; – Telefone/Fax; – Internet; – Caixas de Sugestões espalhadas pela Instituição; – Formulário de Avaliação do Usuário (entregue no momento dos Atendimentos Ambulatoriais e Exames, onde os usuários poderão expressar sua opinião em relação aos diversos serviços oferecidos).

Proposta de pesquisa periódica/contínua de satisfação do usuário, instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas

As pesquisas de satisfação do usuário acontecerão diariamente e terão um indicativo como meta, tanto de quantidade de pessoas pesquisadas quanto de nível geral de satisfação. Serão oferecidas duas formas de pesquisa, todas de forma eletrônica e com resultados simultâneos, que podem ser acessadas por qualquer gestor, com possibilidade de comunicação direta com o Conecta SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Caixas de Opinião:

- Frequência: Sempre

- Definição: É quando o usuário poderá, de forma espontânea responder uma pesquisa de satisfação, avaliando as equipe e serviços da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , como as dos médicos, enfermagem e multiprofissionais.

A proposta é colocar as caixas em todas as áreas de atendimento da Policlínica. São perguntas rápidas e sem nenhuma interferência do profissional das unidades, bem como dispõe de campo aberto para manifestação livre do usuário.

Pesquisa de Satisfação:

- Frequência: Contínua
- Definição: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS no momento da internação. Funcionários munidos de tablets entrevistarão os usuários sobre o atendimento e a estrutura da Policlínica, após a consulta. O preenchimento do questionário é simultâneo à entrevista.

Questionamentos:

1) Em geral, como você avalia o atendimento da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ?
2) Qual a sua avaliação em relação à estrutura (prédio, equipamentos)?
3) Qual a sua opinião sobre a limpeza da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS ?
4) Qual a sua avaliação em relação à equipe de recepção e acolhimento?
5) Qual a sua avaliação em relação ao atendimento da equipe multidisciplinar?
6) Qual a sua opinião sobre as refeições servidas?
7) Qual a sua avaliação do atendimento e tempo de espera?
8) Gostaria de deixar uma opinião sobre o serviço? Opções de respostas:

Ótimo | Bom | Regular | Ruim | Não opinar.

Os resultados das pesquisas serão consolidados e entregues em relatórios mensais para cada supervisor, além de divulgados para o público externo por meio de informativos produzidos pelo Setor de Comunicação.

A melhor ferramenta para planejar as ações corretivas é o 5W2H. O link a seguir apresenta um modelo simples de plano de ação. Essa sistemática bem objetiva define o que deve ser feito, quem irá fazer e até quando deve ser feito. A norma ISO 9001:2008 estabelece que a organização realimente o cliente com relação às suas reclamações. Em outras palavras, que dê ao cliente um feedback sobre como está tratando a reclamação recebida.

Deve ser realizado um acompanhamento para verificar se as ações tomadas foram efetivadas e eficazes na eliminação das causas. Se as causas não foram eliminadas no tempo

previsto, analisar novamente as possíveis causas e implementar novas ações corretivas ou preventivas.

8.2.4.3. Proposta de Formas de acolhimento para os usuários e acompanhantes durante o período de atendimento na unidade, especialmente quando residentes em localidade diversa

A Policlínica Estadual de Quirinópolis , com atendimento ambulatorial de média complexidade, opera de segunda a sábado, com 12 horas de funcionamento diário. É essencial que o acolhimento dos usuários, especialmente aqueles que residem em localidades distantes, seja humanizado, eficiente e coordenado para garantir que o atendimento ocorra de maneira tranquila, evitando transtornos e sobrecarga emocional tanto para os pacientes quanto para os acompanhantes. O oferecimento de transporte pela unidade é um diferencial importante que deve ser considerado no processo de acolhimento.

Objetivos

- Proporcionar uma recepção acolhedora e atenta para usuários e acompanhantes, garantindo que se sintam confortáveis e bem informados durante todo o processo de atendimento.
- Gerenciar eficientemente o transporte oferecido pela Policlínica, garantindo que os pacientes cheguem com segurança e dentro dos horários estabelecidos para o atendimento.
- Reduzir a ansiedade dos usuários e acompanhantes em relação ao atendimento, tempo de espera e retorno para suas localidades.
- Disponibilizar serviços de suporte como informação clara, acompanhamento contínuo e assistência no deslocamento entre a chegada, o atendimento e o retorno para as localidades de origem.

Proposta de Acolhimento

a) Recepção Personalizada

- No momento da chegada, a equipe de recepção deve identificar os pacientes que chegam por meio de transporte oferecido pela Policlínica e priorizá-los no processo de triagem.
- Ter uma equipe treinada para acolher esses pacientes, que forneça orientações iniciais sobre os processos da Policlínica, como fluxo de atendimento, horários e estrutura da unidade.

- Confirmar se todos os dados do paciente e acompanhante estão atualizados, incluindo contatos de emergência e informações sobre a localidade de origem.
- Espaços Confortáveis de Espera
- Oferecer uma sala de espera confortável e adequada, com cadeiras ergonômicas, ambiente climatizado e materiais de leitura para tornar a espera menos estressante.
- Garantir um espaço adequado também para os acompanhantes, com água, café e acesso a informações sobre o tempo estimado de atendimento.
- Disponibilizar Wi-Fi gratuito e pontos de carregamento de dispositivos móveis para manter os pacientes e acompanhantes conectados.

b) Acompanhamento durante o Atendimento

- Designar um profissional (como um agente de acolhimento ou voluntário) que acompanhe o paciente e seu acompanhante durante todo o processo, desde a chegada até o término do atendimento.
- Manter os pacientes e acompanhantes informados sobre os tempos de espera estimados e o andamento de seus atendimentos, evitando incertezas e melhorando a experiência.
- Dispor de painéis eletrônicos com informações atualizadas sobre o fluxo de atendimento ou criar sistemas de notificação por SMS para avisar os pacientes sobre o próximo passo no processo.

c) Coordenação do Transporte

- Garantir que o serviço de transporte oferecido pela Policlínica seja eficiente, seguro e pontual, facilitando o deslocamento dos pacientes de localidades distantes.
- A equipe de acolhimento deve verificar e organizar o retorno dos pacientes e acompanhantes para suas localidades, garantindo que o transporte ocorra dentro dos horários previstos e de forma tranquila.
- Um colaborador responsável pelo transporte deve monitorar todo o processo, desde a chegada do paciente até o retorno, garantindo que não haja atrasos ou imprevistos no retorno do paciente à sua localidade.

d) Atendimento Prioritário

- Estabelecer filas prioritárias para pacientes que se deslocam de outras localidades, garantindo que eles não fiquem além do tempo necessário na Policlínica, já que dependem do transporte para retornar às suas residências.
- Pacientes idosos, gestantes ou portadores de necessidades especiais devem ter acolhimento diferenciado, com direito a acompanhamento mais próximo e atendimento prioritário em todos os setores da Policlínica.

e) Suporte Psicológico

- Disponibilizar, em dias de maior demanda, suporte psicológico para os pacientes e acompanhantes que possam estar mais ansiosos devido ao tempo de espera ou à distância de suas residências.
- Oferecer, quando possível, oficinas de meditação, respiração ou técnicas de relaxamento que ajudem a aliviar o estresse dos pacientes durante a espera.

f) Retorno e Continuidade do Cuidado

- Garantir que, antes de deixar a Policlínica, o paciente receba orientações claras sobre o seguimento de seu tratamento, incluindo informações sobre consultas de retorno, exames ou procedimentos complementares.
- Criar canais de comunicação (telefone, WhatsApp) para que os pacientes possam entrar em contato caso surjam dúvidas após o retorno à sua localidade.

8.2.5. Proposta para Implantação do Sistema de Contra Referência à Atenção Primária

O sistema de Referência e Contra Referência de casos, visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado.

Por contrarreferência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde.

Os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, devem ser, após o atendimento médico com estabilização do quadro clínico, registrados, via sistema de informações na Central de Regulação de Leitos para transferência. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino.

Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claros.

A Central de Regulação fará a seleção, indicação, regulação e transferência do paciente até os leitos da Instituição Prestadora. Caso estes leitos não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial contratualizado/conveniado, estes pacientes deverão ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem determinados pela Central Estadual de Regulação. As instituições que ainda não dispõe de contratualização ou convênio de leitos hospitalares com a SES, deverão contratualizá-los ou conveniá-los obedecendo às necessidades do município e respeitando seu perfil assistencial.

Nos casos de instituições já contratualizadas ou conveniadas com o município, serão respeitados os planos operativos pactuados. Deve haver a possibilidade de aditivação dos contratos ou convênios entre Instituição Prestadora e SES para acréscimo de serviços quando de interesse de ambas as partes.

A contra referência no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma ferramenta essencial para garantir a continuidade do cuidado do paciente. Trata-se de um retorno das informações ao serviço de saúde que referenciou o paciente, possibilitando o seguimento adequado do tratamento e o compartilhamento de decisões clínicas entre diferentes níveis de atenção.

Objetivos Principais:

- Assegurar que o paciente receba um atendimento contínuo, desde o primeiro contato com o sistema de saúde até a conclusão do tratamento.
- Facilitar a comunicação entre diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), garantindo um tratamento coordenado e integrado.
- Com informações completas sobre diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações, os profissionais de saúde podem tomar decisões mais informadas.

Fluxo Operacional da Contrarreferência

- Após a consulta ou procedimento de média complexidade, o paciente será avaliado e terá um plano de alta estruturado, contendo as informações essenciais sobre o diagnóstico, tratamento realizado, intervenções futuras e orientações para o acompanhamento.
- A equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros e outros profissionais envolvidos no atendimento, deverá emitir um relatório completo de contra-referência, que será disponibilizado ao paciente e à equipe de atenção primária por meio de sistemas eletrônicos e impressos, quando necessário.

- A Policlínica deve utilizar uma plataforma de telessaúde integrada ao prontuário eletrônico para o envio do relatório ao serviço de atenção primária. Esta plataforma deve permitir a comunicação em tempo real entre os médicos especialistas da Policlínica e os profissionais de saúde da APS, favorecendo a consulta remota e a troca de informações para garantir o acompanhamento contínuo do paciente.
- A equipe de APS terá a possibilidade de enviar dúvidas e solicitações de reavaliação via sistema de telessaúde, além de fornecer feedback sobre a evolução do paciente. A Policlínica também deverá acompanhar periodicamente os pacientes, utilizando os dados da APS e da própria telessaúde para verificar a eficácia do tratamento.

Utilização da Telessaúde no Sistema de Contrarreferência

A telessaúde desempenha um papel fundamental na contrarreferência ao facilitar a comunicação entre os níveis de atendimento. Por meio de tecnologias de telemedicina e teleconsulta, os profissionais da APS podem:

- Realizar consultas síncronas ou assíncronas com os especialistas da Policlínica, garantindo uma troca de informações mais ágil e resolutiva.
- Monitorar à distância o progresso dos pacientes, compartilhando imagens, laudos, exames e dados clínicos em tempo real, o que pode otimizar o tempo de resposta e evitar deslocamentos desnecessários.
- Utilizar a tele-educação para capacitar as equipes de APS em protocolos de acompanhamento e gestão de casos complexos que exigem monitoramento contínuo após procedimentos na Policlínica.

Mecanismos do Sistema:

- Após o atendimento em um serviço especializado ou hospitalar, é gerado um documento com informações detalhadas sobre o diagnóstico, tratamento realizado, medicações prescritas e recomendações. Esse documento é encaminhado ao serviço de saúde de origem.
- Para garantir rapidez e eficiência na contra referência, o SUS pode contar com sistemas digitais que permitem a troca de informações em tempo real entre os serviços.
- É essencial que todos os profissionais envolvidos compreendam a importância da contra referência para a continuidade do cuidado. Portanto, campanhas de sensibilização e treinamentos regulares são indispensáveis.

Responsabilidades da Gestão:

- A gestão deve monitorar regularmente a eficácia do sistema de contra referência, identificando possíveis falhas e áreas de melhoria.
- Garantir sistemas robustos e confiáveis para facilitar a comunicação entre os diferentes serviços de saúde.
- Investir na formação contínua dos profissionais de saúde, enfatizando a importância da contra referência para a qualidade do atendimento ao paciente.
- O sistema de contra referência não é apenas uma ferramenta administrativa. Ele está diretamente ligado à humanização do atendimento, garantindo que o paciente seja visto de forma integral e que seu tratamento seja contínuo e coordenado, independentemente de onde esteja sendo atendido no SUS.

Capacitação das Equipes de Saúde

Para a correta implementação do sistema de contrarreferência e a utilização eficaz da telessaúde, será fundamental realizar capacitações com as equipes de saúde tanto da Policlínica quanto das unidades de APS. Esses treinamentos devem focar em:

- Uso das plataformas digitais de telessaúde e teleconsulta.
- Elaboração e interpretação dos relatórios de contrarreferência.
- Comunicação interprofissional e cooperação entre os diferentes níveis de atendimento.
- Atualizações clínicas baseadas em protocolos de saúde baseados em evidências.

Monitoramento e Avaliação do Sistema de Contrarreferência

A proposta prevê a criação de indicadores de qualidade que permitam monitorar a eficiência do sistema de contrarreferência, como:

- Percentual de pacientes referenciados com relatórios completos.
- Tempo médio de resposta entre a emissão do relatório e o retorno da APS.
- Número de consultas de telemedicina realizadas para acompanhamento.
- Taxa de readmissão ou retorno desnecessário à Policlínica.

A **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** deve contar com pactuação adequada na rede de saúde para realização de exames diagnósticos e atendimentos especializados que não disponha. Deve existir mecanismo de referência e contra referência com a rede hospitalar, com a rede básica: ambulatórios, unidades básicas de saúde (UBS) e Programas Saúde da Família (PSF) do Distrito Sanitário onde se encontra, permitindo o adequado acompanhamento dos pacientes após o atendimento no **POLICLÍNICA** e sua inserção, não

apenas na atividade curativa como também em atividades de promoção e prevenção da saúde. Estas pactuações serão definidas pela SES e cumpridas pela instituição contratada.

Nos casos de necessidade de transferência para outra unidade hospitalar ou para sua residência o paciente deve ter a garantia de transporte através de ambulância, seja ela do tipo UTI ou convencional, definida pelo profissional médico responsável pelo paciente.

Nos casos de falta absoluta de recursos necessários para o paciente em outros hospitais da rede municipal ou demora na transferência via regulação, o paciente não poderá ser impedido de permanecer nas dependências do **POLICLÍNICA** até que esteja disponível o recurso mais adequado.

9. QUALIDADE TÉCNICA

9.1.Experiência Anterior em Gestão Hospitalar

9.1.1. Experiência da CGI em Saúde ou de seus Gestores na Gestão de Hospitais por Quantidade igual a Superior a 200 leitos

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

9.1.2. Experiência da CGI em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

9.1.3. Experiência da CGI em Saúde ou de seus gestores na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

9.1.4. Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de gestão de Policlínica/AME/CLINICA ESPECIALIZADA OU SIMILAR

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO I**, ao final desta proposta.

9.1.5. Certificado de Entidades Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular

A Instituição CGI não atende a esse quesito

9.1.6. Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission Internationale, Qmentun da Canadá Accreditation Internacional ou outras entidades e instituições Acreditadas reconhecidas obtidos da gestão do CGIS

A Instituição CGI não atende a esse quesito

9.2.Estrutura da Direção

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

Setor	Responsabilidades	Subunidades
Coordenador Operacional	Supervisão geral da Policlínica e decisões estratégicas	Diretor Geral -CGI
Setor Administrativo	Gestão das funções administrativas, conformidade legal e coordenação geral	Recursos Humanos, Departamento Financeiro, Departamento Jurídico

Setor Clínico	Serviços médicos prestados pela Policlínica	Equipe Médica, Serviços de Enfermagem, Farmácia
Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Serviços diagnósticos e terapêuticos	Departamento de Imagem, Serviços de Laboratório, Unidades de Fisioterapia/Terapia
Setor de Atendimento ao Paciente	Gestão do atendimento diário dos pacientes e serviços de suporte	Recepção/Admissão, Suporte ao Paciente, Serviços de Emergência
Setor de Suprimentos e Logística	Gerenciamento da compra de suprimentos e controle de estoque	Compras, Controle de Estoque
Setor de Manutenção e Segurança	Manutenção da infraestrutura física e protocolos de segurança	Manutenção, Segurança
Setor de Tecnologia da Informação (TI)	Gerenciamento de infraestrutura tecnológica e suporte técnico	Sistemas de Gestão de Pacientes, Suporte Técnico
Setor de Qualidade e Controle Interno	Implementação e monitoramento das políticas de qualidade	Auditoria Interna, Segurança do Paciente
Setor de Educação Continuada e Capacitação	Capacitação constante do corpo clínico e administrativo	Capacitação Profissional, Estágios
Setor de Ouvidoria e Atendimento ao Usuário	Recepção de feedback e fornecimento de suporte aos usuários	Ouvidoria, Atendimento ao Usuário
Coordenação de Unidades Especializadas	Coordenação de setores médicos especializados	Unidades Especializadas, Gestão dos Recursos Especializados
Setor de Projetos e Expansão	Identificação e implementação de novos projetos	Desenvolvimento de Projetos, Parcerias e Convênios

Setor de Planejamento e Gestão de Metas	Definição de metas e monitoramento do desempenho	Planejamento Estratégico, Indicadores de Desempenho
Setor de Tecnologia da Informação e Inovação	Avaliação e implementação de novas tecnologias	Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas, Segurança da Informação, Inovação Tecnológica
Setor de Responsabilidade Social e Projetos Comunitários	Desenvolvimento de iniciativas de saúde na comunidade local	Projetos Sociais, Voluntariado e Parcerias Comunitárias
Setor de Vigilância Epidemiológica	Acompanhamento e controle de surtos e epidemias	Monitoramento de Doenças, Ações Preventivas
Setor de Saúde Mental	Apoio psicológico e psiquiátrico aos pacientes	Atendimento Psicossocial, Integração com Atenção Básica
Setor de Gestão Ambiental	Gestão de resíduos hospitalares e promoção de práticas sustentáveis	Gestão de Resíduos, Sustentabilidade
Setor de Humanização do Atendimento	Atendimento humanizado e suporte ao paciente e familiares	Política Nacional de Humanização (PNH), Apoio ao Paciente e Familiares
Setor de Regulação e Auditoria de Serviços	Gerenciamento de acesso aos serviços especializados e auditoria interna	Regulação de Acesso, Auditoria
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS)	Monitoramento e prevenção de infecções hospitalares	Controle de Infecções, Protocolos de Higiene
Setor de Planejamento de Emergências e Desastres	Preparação para emergências e desastres	Gestão de Riscos, Treinamento de Equipes



9.2.2. Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e coordenações

Os documentos referentes a esta comprovação de experiência seguem no **ANEXO** , ao final desta proposta.

9.3. Implementação de Serviços e Funcionamento da Equipe Interdisciplinar

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

Os protocolos de consultas médicas da Policlínica Estadual de Quirinópolis são fundamentais para garantir a padronização, a qualidade e a segurança no atendimento especializado aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses protocolos estabelecem

um fluxo claro e eficiente para as diversas especialidades médicas oferecidas na unidade, como cardiologia, endocrinologia, dermatologia, ginecologia, ortopedia, entre outras, assegurando que os profissionais sigam diretrizes baseadas em evidências científicas e melhores práticas.

Os protocolos visam orientar o manejo clínico adequado, desde o momento da anamnese e do exame físico, passando pela solicitação de exames complementares, até a definição do plano terapêutico. Além disso, eles garantem que os casos sejam identificados com rapidez e resolvidos no menor nível de complexidade possível, promovendo o uso racional dos recursos e o acompanhamento contínuo do paciente, sempre em sinergia com a atenção primária.

A implementação desses protocolos também contribui para a organização do fluxo de encaminhamento e para a segurança do paciente**,** otimizando o tempo de atendimento e promovendo a alta resolutividade, que é o objetivo central da Policlínica.

9.3.1.1. Protocolo para Consulta em Cardiologia: **Cardiopatia Isquêmica**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de cardiopatia isquêmica, caracterizada por insuficiente fluxo de sangue para o músculo cardíaco. A doença pode se manifestar de forma crônica (angina estável) ou aguda (síndrome coronariana aguda).

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia quando apresentar os seguintes sinais e sintomas, ou condições clínicas:

- **Dor torácica** com características de angina, especialmente ao esforço, que melhora com repouso ou uso de nitratos.
- **Dispneia aos esforços** ou em repouso, associada à dor torácica ou sem dor, com suspeita de isquemia miocárdica.
- **Fatores de risco** elevados para doenças cardiovasculares (histórico familiar de cardiopatia isquêmica, tabagismo, diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade).
- **Alterações no eletrocardiograma** (ECG), como ondas T invertidas, infradesnivelamento ou supradesnivelamento do segmento ST.
- **História prévia de infarto do miocárdio** ou intervenção coronária percutânea/cirurgia de revascularização.
- **Teste ergométrico positivo** ou exame de imagem (cintilografia, ecocardiograma de estresse) que sugira isquemia.

- Pacientes com **angina instável** ou síndromes coronarianas agudas devem ser priorizados para atendimento.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

Para assegurar um encaminhamento eficiente e completo, o médico de origem deve incluir no relatório:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor torácica (localização, irradiação, intensidade, duração, fatores de alívio e piora).
  - Presença de dispneia, náusea, tontura ou sudorese associadas.
  - História de infarto, angioplastia, ou revascularização prévia.
- **Exames realizados**:
  - Eletrocardiograma (ECG) recente, realizado em repouso e/ou esforço.
  - Exames laboratoriais de rotina (hemograma, perfil lipídico, função renal).
  - Teste ergométrico ou ecocardiograma (caso já realizados).
  - Outros exames de imagem (cintilografia miocárdica, angiotomografia coronariana) se disponíveis.
- **Uso de medicações atuais**: especialmente antianginosos, antiplaquetários, anticoagulantes e estatinas.
- **Comorbidades**: diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, insuficiência renal, ou outras condições que influenciam o tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Realizada pela equipe de enfermagem, verificando sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio).
- **Avaliação cardiológica**: O médico cardiologista avaliará o histórico do paciente e revisará os exames anteriores, solicitando exames complementares se necessário.
  - **Estratificação de risco**: Pacientes de alto risco (com sintomas sugestivos de síndrome coronariana aguda ou isquemia significativa em exames) serão encaminhados para regulação, com prioridade para investigação e tratamento mais imediato, podendo necessitar de internação, intervenção percutânea ou cirurgia. A regulação será responsável por encaminhar o paciente para a unidade de alta complexidade apropriada.

9.3.1.2. Protocolo para Consulta em Cardiologia: **Insuficiência Cardíaca**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de insuficiência cardíaca, caracterizada pela incapacidade do coração de bombear sangue adequadamente para suprir as necessidades do corpo. A insuficiência cardíaca pode ser sistólica ou diastólica e pode se apresentar de forma aguda ou crônica.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia quando apresentar os seguintes sinais, sintomas ou condições clínicas:

- **Dispneia aos esforços** ou em repouso, edema de membros inferiores, fadiga, cansaço extremo e intolerância a atividades físicas.
- **Ortopneia** (necessidade de dormir com a cabeça elevada ou dificuldade para respirar deitado).
- **Sinais de congestão pulmonar** ou sistêmica, como edema, ascite e ganho de peso inexplicado.
- **História prévia de infarto do miocárdio**, hipertensão arterial descontrolada ou valvopatias.
- **Fatores de risco**: hipertensão arterial crônica, diabetes, arritmias, ou doença coronariana.
- **Testes diagnósticos**: ecocardiograma com fração de ejeção reduzida, BNP elevado, ou radiografia de tórax mostrando cardiomegalia ou congestão.
- **Uso inadequado de diuréticos ou falta de resposta ao tratamento clínico**.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O relatório de encaminhamento deve incluir as seguintes informações:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas principais, como dispneia, cansaço, inchaço e ortopneia.
  - Progressão da insuficiência cardíaca e tratamentos prévios.
  - Presença de comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes, doença renal crônica.
- **Exames realizados**:
  - **Ecocardiograma** com fração de ejeção e descrição das câmaras cardíacas.

- **Exames laboratoriais** como BNP ou NT-proBNP, função renal, eletrólitos, hemograma.
- **Eletrocardiograma** (ECG) com sinais de hipertrofia, arritmias ou infarto prévio.
- Radiografia de tórax, quando disponível, para avaliação de cardiomegalia e sinais de congestão pulmonar.

- **Uso de medicações atuais**: Betabloqueadores, inibidores da ECA, diuréticos, anticoagulantes.
- **Resposta ao tratamento**: Relato sobre a resposta ou falha do tratamento clínico atual, como persistência de sintomas, mesmo com ajuste de diuréticos ou vasodilatadores.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Verificação dos sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, e avaliação de edema periférico.
- **Avaliação cardiológica**: O médico cardiologista revisará os exames e o histórico do paciente, ajustando ou modificando o tratamento conforme necessário.
- **Estratificação de risco**:
  - Pacientes com sinais de **insuficiência cardíaca aguda descompensada** (dispneia em repouso, hipotensão, edema pulmonar) ou com **fração de ejeção severamente reduzida** serão **encaminhados para regulação**. Estes casos exigem internação ou tratamento em unidades de alta complexidade.
  - Pacientes com **insuficiência cardíaca estável** ou bem controlada continuarão o acompanhamento ambulatorial com ajustes na terapia medicamentosa e orientações sobre estilo de vida.

Protocolo para Consulta em Cardiologia: Arritmias

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de arritmias cardíacas, incluindo bradiarritmias (frequência cardíaca lenta) ou taquiarritmias (frequência cardíaca rápida) que podem causar palpitações, tontura, síncope, ou risco de complicações como insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia quando apresentar os seguintes sinais, sintomas ou condições clínicas:

- **Palpitações** recorrentes, de início súbito ou sensação de batimentos cardíacos irregulares.
- **Síncope** (desmaios) ou pré-síncope (sensação de desmaio) sem causa identificada.
- **Tontura**, vertigem, fadiga extrema ou dificuldade para realizar atividades físicas.
- **História de fibrilação atrial**, flutter atrial, taquicardia ventricular, taquicardia supraventricular, bloqueios atrioventriculares ou outros tipos de arritmias identificadas em ECG.
- **Fatores de risco**: hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, doença valvar ou história de cardiomiopatia.
- **Alterações no eletrocardiograma** (ECG): presença de bradiarritmia, taquiarritmia, bloqueio de ramo, ou outros achados sugestivos de arritmias.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

- O encaminhamento deve conter as seguintes informações para uma avaliação completa:
- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição de sintomas principais, como palpitações, desmaios, tontura, cansaço.
    - Frequência e duração dos episódios de arritmia, bem como fatores desencadeantes ou agravantes.
    - História de doenças cardíacas prévias, incluindo infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca ou doenças valvulares.
- **Exames realizados**:
    - **Eletrocardiograma (ECG)**: Preferencialmente um registro do episódio de arritmia, mostrando a anormalidade identificada.
    - **Holter 24 horas**, se disponível, para monitoramento da atividade elétrica do coração e identificação de arritmias transitórias.
    - **Exames laboratoriais**: Eletrólitos, função tireoidiana, função renal, hemograma, que podem influenciar o tratamento da arritmia.
- **Uso de medicações atuais**: Antiarrítmicos, betabloqueadores, anticoagulantes (se aplicável), e outros medicamentos relacionados.
- **Comorbidades**: Hipertensão arterial, diabetes, insuficiência renal, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou outras condições relevantes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Verificação dos sinais vitais, com especial atenção para frequência cardíaca, pressão arterial, e saturação de oxigênio.

- **Avaliação cardiológica**: O médico cardiologista revisará os exames realizados e solicitará novos exames, se necessário, como ecocardiograma, Holter, ou estudo eletrofisiológico.
- **Estratificação de risco**:
    - Pacientes com **arritmias graves**, como taquicardia ventricular sustentada, fibrilação atrial não controlada, ou bradiarritmia sintomática com necessidade de marca-passo, serão **encaminhados para regulação**, devido ao risco iminente de complicações graves.
    - Pacientes com **arritmias controladas ou de baixo risco**, como episódios ocasionais de fibrilação atrial controlada, continuarão o acompanhamento ambulatorial com ajuste de medicamentos e monitoramento periódico.

9.3.1.3. Protocolo para Consulta em Cardiologia: **Síncope ou Perda Transitória de Consciência**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de síncope (perda súbita e transitória da consciência) ou pré-síncope, especialmente quando associada a fatores cardíacos, como arritmias, insuficiência cardíaca ou doença coronariana. A síncope pode ser de origem cardíaca, neurológica, ou vasovagal, e é necessária uma avaliação especializada para identificar a causa subjacente.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia nas seguintes condições:

- **Perda transitória da consciência** de início súbito, com recuperação espontânea e sem déficits neurológicos persistentes.
- **História de desmaios recorrentes** ou episódios de pré-síncope, especialmente associados a esforços físicos ou emoções fortes.
- **Síncope com suspeita de causa cardíaca**, como arritmias, cardiopatia estrutural, ou isquemia miocárdica.
- **História familiar de morte súbita** ou desmaios inexplicados.
- **Alterações no eletrocardiograma** (ECG), como bloqueios atrioventriculares, taquicardias ventriculares ou fibrilação atrial.
- Pacientes com **fatores de risco cardíaco**, como hipertensão, cardiomiopatias, insuficiência cardíaca, ou doença arterial coronariana.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação cardiológica deve incluir as seguintes informações:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do episódio de síncope (início, duração, fatores desencadeantes e de alívio, sintomas prévios como palpitações, tontura ou dor no peito).
  - Número de episódios de perda de consciência e sua evolução ao longo do tempo.
  - História de doenças cardíacas, como arritmias, insuficiência cardíaca ou doença coronariana.
- **Exames realizados**:
  - **Eletrocardiograma (ECG)**: Preferencialmente realizado durante ou logo após o episódio, para avaliar alterações cardíacas.
  - **Exames laboratoriais**: Eletrólitos, glicose, função renal e função tireoidiana, que podem influenciar o diagnóstico.
  - **Holter 24 horas** ou **monitoramento de eventos** se houver suspeita de arritmias.
  - **Uso de medicações atuais**: Diuréticos, betabloqueadores, anticoagulantes, antiarrítmicos, ou outras medicações relevantes.
  - **Comorbidades**: Hipertensão, diabetes, insuficiência renal, ou outras doenças crônicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Verificação dos sinais vitais, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e glicemia capilar (se houver suspeita de hipoglicemia).
- **Avaliação cardiológica**: O cardiologista analisará o histórico e exames do paciente, podendo solicitar exames adicionais, como ecocardiograma, teste ergométrico ou estudo eletrofisiológico, para investigar a causa da síncope.
- **Estratificação de risco**:
  - Pacientes com **síncope de provável causa cardíaca**, especialmente com alterações no ECG, cardiopatia estrutural conhecida ou história familiar de morte súbita, serão **encaminhados para regulação** para avaliação em unidades de alta complexidade.
  - Pacientes com **síncope vasovagal ou de baixo risco** (não relacionada a arritmias ou doenças cardíacas graves) continuarão o acompanhamento

ambulatorial, com orientação para evitar fatores desencadeantes e ajuste de medicamentos.

9.3.1.4. Protocolo para Consulta em Cardiologia: **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou suspeita de hipertensão de difícil controle, com complicações associadas ou comorbidades que requerem avaliação especializada em cardiologia. O manejo inadequado da hipertensão pode levar a danos a órgãos-alvo, como coração, rins e cérebro, aumentando o risco de eventos cardiovasculares graves.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia nas seguintes situações:

- **Hipertensão de difícil controle**: Pacientes em uso de três ou mais medicamentos anti-hipertensivos em doses plenas e que ainda apresentam níveis pressóricos elevados (> 140/90 mmHg).
- **Hipertensão secundária**: Suspeita de hipertensão de causa secundária (feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, apneia do sono, doença renovascular, entre outros).
- **Hipertensão com lesão em órgãos-alvo**: Pacientes com sinais de danos causados pela hipertensão, como hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência renal, retinopatia hipertensiva, ou doença arterial coronariana.
- **Pacientes com hipertensão grave**: Pressão arterial persistentemente acima de 180/120 mmHg ou episódios de crises hipertensivas com sintomas associados (dor torácica, dispneia, alterações neurológicas).
- **Hipertensão em pacientes jovens (< 40 anos)**: Pacientes com hipertensão precoce ou de início jovem, especialmente com histórico familiar de hipertensão grave.
-

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

Para um encaminhamento eficaz, o médico de origem deve incluir as seguintes informações no relatório:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos níveis pressóricos observados nas últimas consultas.

- Relato sobre a adesão ao tratamento farmacológico e modificações de estilo de vida (dieta, exercícios).
- Sintomas associados, como cefaleia, tontura, dor torácica, dispneia ou visão turva.
- Histórico de eventos relacionados à hipertensão, como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal.

- **Exames realizados**:
  - **Medições da pressão arterial** (realizadas em diferentes dias e horários).
  - Exames laboratoriais básicos: função renal (ureia, creatinina), eletrólitos, glicemia, perfil lipídico.
  - **Eletrocardiograma (ECG)**, para detectar sinais de hipertrofia ventricular esquerda ou arritmias.
  - **Ecocardiograma** ou outros exames de imagem, se houver sinais de comprometimento cardíaco.
- **Uso de medicações**: Listar todos os anti-hipertensivos em uso (incluindo dosagem), além de outras medicações relevantes.
- **Comorbidades**: Diabetes, dislipidemia, insuficiência renal, obesidade, ou outras condições que afetam o manejo da hipertensão.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio).
- **Avaliação cardiológica**: O cardiologista revisará o histórico médico e exames, podendo solicitar exames complementares, como monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA), Holter ou exames de imagem cardíaca para avaliar lesão em órgãos-alvo.
- **Estratificação de risco**:
  - Pacientes com **hipertensão grave** ou sinais de complicações cardiovasculares serão **encaminhados para regulação**, necessitando de tratamento especializado em centros de alta complexidade.
  - Pacientes com **hipertensão controlada** ou que não apresentem complicações imediatas continuarão o acompanhamento ambulatorial, com ajustes na terapia medicamentosa e orientações sobre mudanças no estilo de vida.

9.3.1.5. Protocolo para Consulta em Cardiologia: **Valvopatias**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de valvopatias (doenças das válvulas cardíacas), como estenose ou insuficiência das válvulas aórtica, mitral, tricúspide ou pulmonar. As valvopatias podem resultar em comprometimento hemodinâmico, levando a sintomas como dispneia, fadiga, palpitações, e, em casos graves, insuficiência cardíaca ou morte súbita.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia nas seguintes condições:

- **Sopros cardíacos** detectados ao exame físico, com suspeita de doença valvular significativa (estenose ou insuficiência).
- **Sintomas associados a valvopatias**: Dispneia, fadiga, palpitações, síncope, angina, especialmente em pacientes com diagnóstico prévio de doença valvular.
- **História de febre reumática** ou outras condições predisponentes a doenças valvulares (endocardite infecciosa, síndrome carcinoide).
- **Alterações em exames de imagem**: Pacientes com ecocardiograma mostrando estenose grave, insuficiência valvular significativa, ou alterações no tamanho e função ventricular.
- **Valvopatias associadas a outras condições cardíacas**: Hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca.
- **História de substituição ou reparo valvular**: Pacientes com válvulas protéticas ou que necessitam de acompanhamento após cirurgia de valvoplastia ou troca valvular.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

Para garantir que o encaminhamento seja adequado, o médico de origem deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas, como dispneia aos esforços, cansaço, inchaço nas pernas, palpitações ou síncope.
  - História de febre reumática, endocardite ou cirurgia prévia nas válvulas cardíacas.
  - Relato de progressão dos sintomas, especialmente no caso de valvopatias conhecidas.
- **Exames realizados**:
  - **Ecocardiograma**: Deve ser fornecida a descrição completa da função valvular, incluindo grau de estenose ou insuficiência, pressão na artéria pulmonar, e função ventricular.

- **Eletrocardiograma (ECG)**: Avaliação de arritmias, como fibrilação atrial, que podem estar associadas a valvopatias.
- **Radiografia de tórax**: Pode mostrar alterações cardíacas ou pulmonares secundárias à valvopatia.
- **Exames laboratoriais**, se relevantes: Função renal, hemograma, marcadores inflamatórios.

- **Uso de medicações**: Listar o uso de diuréticos, anticoagulantes (em caso de fibrilação atrial ou válvulas mecânicas), anti-hipertensivos ou outros medicamentos.
- **Comorbidades**: Doenças associadas, como hipertensão, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, ou doenças pulmonares.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sinais vitais, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e sinais de congestão (edema periférico, estase jugular).
- **Avaliação cardiológica**: O cardiologista revisará os exames realizados, solicitando exames adicionais, como ecocardiograma com Doppler, angiotomografia ou cateterismo cardíaco, se necessário, para avaliação mais detalhada da anatomia valvular.
- **Estratificação de risco**:
  - Pacientes com **valvopatias graves** (estenose aórtica grave, insuficiência mitral severa, etc.) que apresentem sintomas significativos ou comprometimento funcional serão **encaminhados para regulação**, necessitando de avaliação em centros de alta complexidade para possível intervenção cirúrgica ou percutânea.
  - Pacientes com **valvopatias leves ou assintomáticas**, sem comprometimento hemodinâmico significativo, continuarão o acompanhamento ambulatorial com monitoramento regular de função cardíaca e ajustes no tratamento clínico.

9.3.1.6. Protocolo para Consulta em Cardiologia: **Pericardites**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de pericardite, uma inflamação do pericárdio, que pode ser aguda, crônica ou recorrente. A condição pode ser idiopática ou associada a infecções, doenças autoimunes, traumas ou outras condições clínicas, podendo causar dor torácica, febre, e em casos graves, tamponamento cardíaco.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia nas seguintes situações:

- **Dor torácica característica**: Dor torácica aguda, geralmente aliviada ao sentar-se ou inclinar-se para frente, e exacerbada ao respirar profundamente ou deitar-se, associada à pericardite.
- **Febre** e outros sinais de infecção sistêmica que possam sugerir uma pericardite infecciosa (viral, bacteriana, tuberculosa).
- **Sinais de tamponamento cardíaco**: Hipotensão, aumento da pressão venosa jugular, abafamento dos sons cardíacos (tríade de Beck), ou sinais de choque.
- **Derrame pericárdico significativo** identificado em ecocardiograma, com ou sem comprometimento hemodinâmico.
- **Pericardite recorrente**: Episódios repetidos de pericardite com necessidade de ajuste de terapia anti-inflamatória.
- **Pericardite crônica** ou constritiva: Sinais de pericardite que evoluem para comprometimento hemodinâmico crônico, com insuficiência cardíaca de difícil controle.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O relatório de encaminhamento para cardiologia deve incluir as seguintes informações:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor torácica (localização, fatores de alívio e exacerbação), febre, dispneia ou sintomas sistêmicos associados.
  - Presença de doenças infecciosas recentes (como infecções respiratórias), doenças autoimunes, trauma torácico, ou uso de medicamentos que possam estar associados à pericardite.
  - Relato de pericardite prévia ou episódios de pericardite recorrente.
- **Exames realizados**:
  - **Eletrocardiograma (ECG)**: Alterações sugestivas de pericardite, como elevação difusa do segmento ST e depressão do PR.
  - **Ecocardiograma**: Avaliação do derrame pericárdico, presença de sinais de tamponamento cardíaco, e comprometimento da função ventricular.
  - **Exames laboratoriais**: Marcadores inflamatórios (PCR, VHS), hemograma completo, testes para etiologias infecciosas (se aplicável).
  - **Radiografia de tórax**: Pode mostrar cardiomegalia em casos de derrame pericárdico significativo.

- **Uso de medicações**: Listar anti-inflamatórios, corticoides, colchicina, antibióticos (se aplicável), ou outros medicamentos utilizados no manejo da pericardite.
- **Comorbidades**: Outras condições, como doenças autoimunes, insuficiência renal, ou doenças infecciosas, que possam influenciar o tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sinais vitais, com atenção à pressão arterial, frequência cardíaca e sinais de tamponamento cardíaco ou comprometimento hemodinâmico.
- **Avaliação cardiológica**: O cardiologista revisará os exames e o histórico do paciente, podendo solicitar exames complementares, como ecocardiograma mais detalhado ou tomografia do tórax para investigar a causa e extensão da pericardite.
- **Estratificação de risco**:
    - Pacientes com **pericardite aguda complicada** (sinais de tamponamento cardíaco, derrame pericárdico significativo, ou sintomas graves) serão **encaminhados para regulação**, para avaliação em centros de alta complexidade, com possibilidade de drenagem pericárdica ou cirurgia.
    - Pacientes com **pericardite simples** (sem derrame significativo ou comprometimento hemodinâmico) continuarão o acompanhamento ambulatorial, com ajuste de terapia anti-inflamatória e monitoramento.

9.3.1.7. Protocolo para Consulta em Cardiologia: **Doença de Chagas**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico confirmado ou suspeita de Doença de Chagas, que pode se manifestar na forma aguda ou crônica, com comprometimento cardíaco, gastrointestinal ou ambas. A forma crônica da Doença de Chagas pode causar cardiomiopatia chagásica, arritmias, insuficiência cardíaca e complicações tromboembólicas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em cardiologia nas seguintes situações:

- **História de infecção prévia pelo Trypanosoma cruzi**, especialmente em áreas endêmicas, com ou sem sintomas cardíacos.

- **Cardiomiopatia chagásica**: Pacientes com disfunção ventricular ou sinais de insuficiência cardíaca, arritmias, bloqueios de ramo, ou cardiomegalia identificada em exames de imagem.
- **Arritmias** ou **bloqueios cardíacos** associados à Doença de Chagas, incluindo taquicardias ventriculares, fibrilação atrial ou bloqueios atrioventriculares de alto grau.
- **Sinais de tromboembolismo**: Pacientes com tromboembolismo arterial ou pulmonar associados à doença cardíaca chagásica.
- **Doença de Chagas aguda**: Pacientes com sintomas de fase aguda, como febre, mal-estar, adenomegalia, ou sinais de miocardite.
- **Doença chagásica gastrointestinal**: Casos avançados com megacólon ou megaesôfago, especialmente se houver comprometimento cardíaco concomitante.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação cardiológica deve conter as seguintes informações:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas relacionados à cardiopatia chagásica, como dispneia, cansaço, palpitações, episódios de síncope ou pré-síncope.
  - História de infecção confirmada por Trypanosoma cruzi e evolução clínica da doença.
  - Presença de arritmias, bloqueios de ramo ou sinais de insuficiência cardíaca.
  - Histórico de complicações tromboembólicas ou cirurgias relacionadas à doença de Chagas.
- **Exames realizados**:
  - **Eletrocardiograma (ECG)**: Para identificar arritmias, bloqueios de ramo ou outras alterações sugestivas de cardiopatia chagásica.
  - **Ecocardiograma**: Avaliação da função ventricular, hipertrofia, dilatação das câmaras cardíacas e presença de trombos intracardíacos.
  - **Radiografia de tórax**: Pode mostrar cardiomegalia ou sinais de insuficiência cardíaca congestiva.
  - **Exames laboratoriais**: Sorologia para doença de Chagas (IgG/IgM), hemograma, eletrólitos, função renal e hepática, e outros exames relevantes.
- **Uso de medicações atuais**: Antiarrítmicos, anticoagulantes, inibidores da ECA, betabloqueadores, diuréticos, entre outros.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão, diabetes, ou doenças respiratórias crônicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Verificação dos sinais vitais e avaliação dos sintomas de insuficiência cardíaca, arritmias e sinais de congestão.
- **Avaliação cardiológica**: O cardiologista revisará os exames e o histórico do paciente, podendo solicitar exames complementares, como Holter, estudo eletrofisiológico ou ressonância magnética cardíaca para avaliação mais detalhada da cardiomiopatia chagásica.
- **Estratificação de risco**:
    - Pacientes com **disfunção ventricular grave**, arritmias de alto risco, bloqueios atrioventriculares severos, ou complicações tromboembólicas serão **encaminhados para regulação** para tratamento em centros de alta complexidade, podendo incluir implante de marcapasso, desfibrilador, ou intervenção cirúrgica.
    - Pacientes com **comprometimento leve ou assintomático** continuarão o acompanhamento ambulatorial, com monitoramento regular da função cardíaca e ajustes na terapia medicamentosa.

9.3.1.8. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Acne Grau 3**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com diagnóstico de **Acne Grau 3**, caracterizada por lesões inflamatórias mais severas, como pápulas e pústulas profundas, além de nódulos e cistos que podem deixar cicatrizes. A acne grau 3 também é conhecida como acne nódulo-cística moderada, com alto risco de cicatrizes e desconforto significativo.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes condições:

- **Acne moderada a grave**, com presença de nódulos e cistos, lesões inflamatórias e risco elevado de cicatrizes.
- **Resistência ao tratamento tópico e oral convencional**: Pacientes que não responderam a tratamentos tópicos com retinoides, antibióticos, ou peróxido de benzoíla, e necessitam de intervenção mais agressiva.

- **Acne com impacto psicológico significativo**: Presença de angústia emocional, baixa autoestima ou risco de depressão, frequentemente associado à gravidade da condição.
- **Presença de cicatrizes ativas**: Pacientes que estão começando a desenvolver cicatrizes visíveis como resultado das lesões inflamatórias.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Duração e severidade da acne, descrevendo a extensão das lesões inflamatórias, nódulos e cistos.
  - Tratamentos anteriores, incluindo terapias tópicas e orais (antibióticos, retinoides, isotretinoína).
  - Presença de fatores agravantes, como ciclo menstrual, estresse, dieta ou uso de medicamentos (ex.: corticoides).
  - Impacto emocional ou psicológico, se relevante.
- **Exames realizados**:
  - Avaliação clínica das lesões, com registros fotográficos (se disponíveis) para acompanhamento da evolução.
  - Exames laboratoriais, se houver suspeita de alterações hormonais que influenciam a acne (ex.: dosagem de testosterona, prolactina, FSH/LH, entre outros).
- **Uso de medicações atuais**: Listar medicamentos tópicos e orais, além de outros tratamentos usados no manejo da acne.
- **Comorbidades**: Avaliar a presença de doenças associadas, como síndrome dos ovários policísticos ou outras condições hormonais que possam agravar a acne.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: A avaliação será feita pela equipe de enfermagem, verificando histórico de uso de medicações e impactos psicossociais.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico do paciente e exames realizados, podendo sugerir tratamento com isotretinoína oral ou outros tratamentos sistêmicos.
- Pacientes que não respondam ao tratamento ambulatorial e apresentem acne severa resistente a terapias tópicas e orais serão encaminhados para regulação, para possível tratamento com isotretinoína ou outras terapias avançadas em centros especializados.

9.3.1.9. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Câncer de Pele**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com lesões suspeitas de câncer de pele, incluindo carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, e melanoma. Lesões pigmentadas, ulceradas, ou de crescimento rápido, especialmente em áreas expostas ao sol, devem ser investigadas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Lesão suspeita de câncer de pele**: Qualquer lesão cutânea que apresente crescimento rápido, mudança de cor, forma ou tamanho, bordas irregulares, sangramento ou crostas.
- **Lesão pigmentada com características suspeitas**: Lesões com bordas irregulares, várias cores (preto, marrom, vermelho, branco), ou diâmetro superior a 6 mm.
- **História familiar ou pessoal de melanoma** ou outros tipos de câncer de pele.
- **Lesões ulceradas ou não cicatrizantes**: Presença de lesão crônica, especialmente em áreas expostas ao sol (rosto, braços, pescoço).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da lesão suspeita (localização, duração, sintomas como dor ou sangramento).
  - História de exposição solar prolongada ou uso de câmaras de bronzeamento.
  - Presença de múltiplos nevos (pintas), histórico de queimaduras solares severas ou uso inadequado de proteção solar.
  - Histórico de imunossupressão (transplante, HIV, uso crônico de corticoides).
- **Exames realizados**:
  - **Dermatoscopia** (se disponível): Avaliação da lesão para características que sugerem malignidade.
  - **Biópsia excisional** ou **incisional** (se já realizada) para confirmação histopatológica.
- **Uso de medicações**: Imunossupressores ou outros medicamentos que possam influenciar o risco de câncer de pele.
- **Comorbidades**: Doenças crônicas, como diabetes ou doenças autoimunes, que possam comprometer a cicatrização.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sinais vitais e histórico de exposição ao sol.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista realizará a avaliação clínica e, se necessário, solicitará biópsia da lesão suspeita.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **lesões suspeitas de câncer de pele** serão encaminhados para biópsia e posterior excisão da lesão, com acompanhamento para confirmação diagnóstica e estadiamento.
    - Pacientes com diagnóstico confirmado de melanoma ou câncer de pele invasivo serão encaminhados para tratamento oncológico ou cirurgia.
    - Pacientes com lesões suspeitas ou confirmadas de câncer de pele que necessitam de tratamento cirúrgico ou oncológico especializado serão encaminhados para regulação para acompanhamento e tratamento em centros de referência.

9.3.1.10. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Melasma**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com melasma, caracterizado por manchas escuras e simétricas na face, especialmente em áreas como bochechas, testa e lábio superior. Melasma é uma condição crônica, geralmente desencadeada por exposição solar, alterações hormonais (gravidez, uso de anticoncepcionais) ou predisposição genética.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes condições:

- **Melasma severo ou resistente a tratamentos tópicos**: Casos que não respondem a tratamentos convencionais com protetores solares, hidroquinona, ou ácidos tópicos.
- **Impacto psicológico significativo**: Presença de baixa autoestima ou desconforto emocional devido à aparência das manchas.
- **História de falha de tratamentos anteriores**: Pacientes que já utilizaram tratamentos tópicos, como hidroquinona, tretinoína, e não obtiveram resultados satisfatórios.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Localização e extensão das manchas de melasma.
    - Duração da condição e tratamentos prévios utilizados (ácidos, clareadores, lasers).
    - Exposição a fatores desencadeantes, como exposição solar, gravidez, uso de anticoncepcionais hormonais.
- **Exames realizados**:
    - **Exame dermatológico clínico**: Avaliação da extensão e profundidade das manchas.
    - **Tratamentos anteriores e resposta**: Relatar o uso de clareadores tópicos, peelings ou tratamentos a laser, se aplicável.
- **Uso de medicações**: Protetores solares, clareadores tópicos (hidroquinona, tretinoína), e outros tratamentos utilizados.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da extensão e impacto estético das manchas.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista pode sugerir tratamento combinado com clareadores tópicos, peelings, e laser, conforme a severidade do melasma.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **melasma leve** podem ser tratados com clareadores tópicos e protetores solares adequados.
    - Pacientes com **melasma severo ou resistente** podem ser indicados para tratamentos avançados, como **peelings químicos**, **microagulhamento** ou **laser**, com acompanhamento regular.
    - Pacientes com melasma resistente aos tratamentos convencionais ou com impacto psicológico significativo serão encaminhados para regulação para acesso a tratamentos estéticos avançados em centros especializados.

9.3.1.11. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Buloses**

I. Condições Clínicas para Atendimento

As buloses são um grupo de doenças dermatológicas caracterizadas por bolhas na pele e mucosas, que podem ser autoimunes, hereditárias ou adquiridas. Os tipos mais comuns incluem **penfigoide bolhoso**, **pênfigo vulgar**, e **epidermólise bolhosa**. Essas condições requerem

diagnóstico precoce e tratamento especializado, devido ao risco de complicações graves, como infecções e cicatrizes.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Bolhas de origem desconhecida**: Pacientes que apresentam bolhas recorrentes ou persistentes sem causa identificada, envolvendo pele ou mucosas.
- **Suspeita de doenças autoimunes bolhosas**: Como penfigoide bolhoso, pênfigo vulgar ou dermatite herpetiforme, caracterizadas por bolhas tensas ou flácidas, acompanhadas de erosões ou crostas.
- **Comprometimento das mucosas**: Pacientes com bolhas em mucosas (boca, olhos, genitais), o que pode sugerir condições autoimunes mais graves, como o pênfigo vulgar.
- **História familiar de epidermólise bolhosa**: Pacientes com história familiar de doenças genéticas bolhosas ou com manifestações congênitas.
- **Falha no tratamento clínico**: Pacientes que já iniciaram tratamento com corticosteroides, imunossupressores ou outros agentes tópicos e sistêmicos, mas não obtiveram controle adequado da condição.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões bolhosas (tamanho, número, localização, características das bolhas - tensas ou flácidas).
  - Duração dos sintomas e evolução das bolhas.
  - Presença de sintomas associados, como prurido, dor, febre ou infecções secundárias.
  - História familiar de doenças bolhosas ou doenças autoimunes.
- **Exames realizados**:
  - **Biópsia de pele** com imunofluorescência direta ou indireta para diagnóstico de doenças autoimunes bolhosas.
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, função renal, eletrólitos, e testes imunológicos, como dosagem de autoanticorpos (anti-desmogleína no pênfigo, anti-BP180 no penfigoide bolhoso).

- **Histopatologia**, se realizada, com descrição das características das lesões (clivagem intraepidérmica, subepidérmica, etc.).

- **Uso de medicações atuais**: Listar corticosteroides tópicos ou sistêmicos, imunossupressores (azatioprina, metotrexato, micofenolato), ou antibióticos (se houver infecção secundária).
- **Comorbidades**: Doenças autoimunes associadas, como lúpus, artrite reumatoide ou diabetes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões bolhosas, sinais vitais e complicações associadas (infecções secundárias, cicatrização deficiente).
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico médico e os exames já realizados. A biópsia de pele com imunofluorescência direta pode ser solicitada para confirmação do diagnóstico.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **doenças autoimunes bolhosas confirmadas** serão tratados com **corticosteroides sistêmicos**, imunossupressores e, em alguns casos, agentes biológicos (como rituximabe).
  - Pacientes com **infecções secundárias** associadas às bolhas podem necessitar de antibióticos sistêmicos e acompanhamento rigoroso para prevenir complicações graves.
  - Pacientes com buloses autoimunes ou genéticas que necessitam de tratamentos imunossupressores ou biológicos avançados serão encaminhados para regulação para tratamento em centros especializados, com acompanhamento de imunologistas e outros especialistas, dependendo da gravidade.

9.3.1.12. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Discromias**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Discromias são alterações na coloração da pele, que podem resultar em hiperpigmentação (escurecimento) ou hipopigmentação (clareamento) devido a várias condições, como melasma, vitiligo, hiperpigmentação pós-inflamatória, e doenças sistêmicas. A consulta especializada é indicada para diagnóstico diferencial e tratamento adequado das discromias.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Hiperpigmentação significativa**: Pacientes com manchas escuras ou áreas de hiperpigmentação que não melhoram com o uso de tratamentos tópicos convencionais.
- **Hipopigmentação extensa**: Pacientes com áreas de despigmentação ou manchas brancas, como em casos de vitiligo ou leucodermias pós-inflamatórias.
- **Discromias associadas a doenças sistêmicas**: Como distúrbios endócrinos (ex.: doença de Addison), inflamações, infecções (p.ex., hanseníase) ou reações medicamentosas.
- **Falha no tratamento tópico convencional**: Pacientes que não respondem a clareadores tópicos, retinoides ou fotoproteção adequada.
- **Impacto psicológico significativo**: Pacientes que sofrem impacto emocional importante devido às alterações na cor da pele, como baixa autoestima, depressão ou ansiedade.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das áreas de discromia, incluindo localização, extensão e padrão (simétrico ou assimétrico).
  - Tempo de evolução da condição, fatores agravantes (exposição ao sol, inflamação prévia, medicações).
  - Histórico familiar de discromias ou doenças autoimunes (ex.: vitiligo).
- **Exames realizados**:
  - **Avaliação clínica**: Documentação fotográfica das áreas afetadas.
  - **Biópsia de pele** (se realizada) para avaliação histopatológica em casos de discromias não diagnosticadas com clareza.
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma, função tireoidiana, eletrólitos, glicemia e exames específicos se houver suspeita de doenças sistêmicas.
- **Uso de medicações atuais**: Listar clareadores tópicos (hidroquinona, tretinoína), protetores solares e outras medicações utilizadas no manejo das discromias.
- **Comorbidades**: Doenças autoimunes, endocrinológicas ou inflamatórias associadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da extensão da discromia e do impacto emocional ou social causado pela alteração na coloração da pele.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os exames realizados, podendo solicitar testes adicionais, como lâmpada de Wood ou biópsia, para confirmar o diagnóstico.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **hiperpigmentação** serão avaliados para tratamento com clareadores tópicos mais potentes, peelings químicos, laser ou microagulhamento, conforme a severidade da hiperpigmentação.
    - Pacientes com **hipopigmentação** (como vitiligo) poderão ser indicados para tratamentos como fototerapia, imunomoduladores tópicos ou sistêmicos, e terapias avançadas, dependendo da extensão da perda de pigmento.
    - Pacientes com discromias severas ou resistentes a tratamentos convencionais serão encaminhados para regulação para tratamento especializado, incluindo acesso a tecnologias como laser, peelings avançados ou fototerapia, conforme a natureza e a gravidade das discromias.

9.3.1.13. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Erisipela Bolhosa**

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **erisipela bolhosa** é uma infecção bacteriana da pele que atinge as camadas mais superficiais e pode evoluir com formação de bolhas. Causada principalmente por estreptococos, ela acomete, em geral, membros inferiores e pode evoluir para quadros mais graves se não tratada adequadamente. Está frequentemente associada a fatores de risco como imunossupressão, diabetes, obesidade, ou insuficiência venosa.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Erisipela bolhosa de grande extensão** ou com complicações, como necrose de pele ou celulite associada.
- **Presença de febre alta**, mal-estar geral, ou sinais sistêmicos de infecção, como taquicardia e hipotensão, sugerindo uma infecção mais grave.

- **Pacientes imunossuprimidos** ou com comorbidades significativas (diabetes, insuficiência renal, doenças hepáticas) que aumentam o risco de complicações.
- **Refratariedade ao tratamento com antibióticos**: Casos em que a infecção não apresenta melhora com antibioticoterapia convencional.
- **Risco de complicações locais**: Presença de linfedema, insuficiência venosa crônica ou feridas pré-existentes na área afetada.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do início da erisipela, local afetado, presença de bolhas, dor, vermelhidão e calor no local.
  - Fatores desencadeantes ou de risco, como traumas, feridas, insuficiência venosa, ou episódios anteriores de erisipela.
  - Presença de febre ou outros sintomas sistêmicos.
- **Exames realizados**:
  - **Hemograma completo**, com especial atenção para leucocitose e sinais de infecção sistêmica.
  - **Exames de imagem** (se disponíveis), como ultrassom de membros inferiores, para avaliar possíveis complicações (ex.: trombose).
  - **Cultura de secreção** (se houver bolhas rompidas ou úlceras) para identificação do agente etiológico.
- **Uso de medicações atuais**: Antibióticos, diuréticos (se aplicável) e outros medicamentos relevantes.
- **Comorbidades**: Doenças associadas, como diabetes, insuficiência venosa crônica, linfedema, ou condições imunossupressoras.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Verificação dos sinais vitais, incluindo temperatura, pressão arterial e frequência cardíaca, com atenção a sinais de sepse.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista avaliará a extensão da infecção, gravidade das bolhas e presença de complicações, podendo indicar internação em casos graves.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **erisipela bolhosa grave** podem necessitar de internação para administração de antibióticos intravenosos e cuidados intensivos para evitar complicações, como celulite necrosante ou sepse.

- Pacientes com **erisipela bolhosa leve a moderada** podem continuar o tratamento ambulatorial, com antibióticos orais e orientações sobre cuidados com a pele e elevação do membro afetado.
- Pacientes com erisipela bolhosa extensa, risco de sepse, ou aqueles que não respondem ao tratamento inicial serão encaminhados para regulação para tratamento hospitalar, com administração de antibióticos intravenosos e acompanhamento rigoroso.

9.3.1.14. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Dermatite de Contato**

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **dermatite de contato** é uma inflamação da pele resultante de exposição a substâncias irritantes ou alérgenos. Pode ser classificada como dermatite de contato irritativa ou alérgica, e se manifesta como vermelhidão, prurido, bolhas ou descamação da pele nas áreas de contato. A avaliação dermatológica é necessária quando a condição é grave, crônica, ou não responde a tratamentos convencionais.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Dermatite de contato grave ou extensa**, com envolvimento de grandes áreas da pele ou presença de bolhas e erosões.
- **Falha no tratamento convencional**: Pacientes que não respondem a corticosteroides tópicos ou outras terapias tópicas após 2-4 semanas de uso.
- **Dermatite de contato ocupacional**: Pacientes cuja condição está associada a exposições no trabalho, especialmente em profissões de risco, como cabeleireiros, metalúrgicos, e profissionais de saúde.
- **Identificação de alérgenos desconhecidos**: Pacientes com suspeita de dermatite de contato alérgica sem alérgenos identificados, necessitando de testes de contato (patch test).
- **Complicações**: Infecções secundárias ou risco de complicações crônicas, como hiperpigmentação ou cicatrizes nas áreas afetadas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões, incluindo localização, extensão, presença de prurido, vermelhidão, vesículas ou descamação.
  - Histórico de exposições a produtos irritantes ou alérgenos (produtos químicos, metais, cosméticos, medicamentos tópicos).
  - Duração dos sintomas e resposta a tratamentos tópicos convencionais, como corticosteroides e hidratantes.
  - Se aplicável, histórico de dermatite de contato ocupacional ou exposição repetida no ambiente de trabalho.
- **Exames realizados**:
  - **Avaliação clínica** das lesões, com fotos (se disponíveis) para documentar a evolução.
  - **Patch test** (se já realizado): Resultado dos testes de contato para identificação de alérgenos.
  - **Exames laboratoriais**, se houver suspeita de infecção secundária: Cultura de secreções ou biópsia de pele (se necessário).
- **Uso de medicações atuais**: Listar corticosteroides tópicos, imunomoduladores, ou outros tratamentos utilizados no manejo da dermatite.
- **Comorbidades**: Doenças associadas, como dermatite atópica, asma, ou outras condições que possam influenciar a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões, presença de infecções secundárias e impacto na qualidade de vida do paciente (prurido intenso, interrupção das atividades diárias).
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista pode solicitar **patch test** para identificação de alérgenos e orientar mudanças no ambiente de trabalho ou doméstico. Casos de dermatite grave podem requerer corticosteroides sistêmicos ou imunossupressores.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **dermatite leve a moderada** podem continuar o tratamento com corticosteroides tópicos, hidratantes e medidas de proteção contra alérgenos ou irritantes.

- Pacientes com **dermatite grave ou resistente** ao tratamento tópico podem necessitar de corticosteroides orais, imunossupressores ou terapias de fototerapia, conforme indicado pelo dermatologista.
- Pacientes com dermatite de contato grave, extensa ou crônica que não respondem a tratamentos convencionais serão encaminhados para regulação para acesso a tratamentos avançados e testes de contato em centros especializados.

9.3.1.15. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Farmacodermias**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Farmacodermias são reações cutâneas adversas a medicamentos, que podem variar de leves erupções cutâneas a condições graves e potencialmente fatais, como a síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) ou necrólise epidérmica tóxica (NET). O reconhecimento precoce e a interrupção do fármaco causador são essenciais para evitar complicações graves.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Reações cutâneas graves**: Como síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, erupção fixa medicamentosa, pustulose exantemática aguda generalizada (AGEP), ou síndrome de hipersensibilidade medicamentosa (DRESS).
- **Falha no reconhecimento do medicamento causador**: Pacientes com múltiplas medicações ou quando não é possível identificar o fármaco responsável pela reação cutânea.
- **Reações que persistem após a suspensão do medicamento**: Pacientes que continuam a apresentar erupções cutâneas, descamação, ou prurido intenso mesmo após a retirada do medicamento.
- **Reações cutâneas extensas ou associadas a sintomas sistêmicos**: Como febre, linfadenopatia, envolvimento de mucosas ou órgãos internos.
- **Complicações secundárias**: Infecções ou outras complicações associadas às lesões cutâneas ou às áreas de pele danificada.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição das lesões cutâneas (localização, tipo, tamanho e progressão).
    - Uso de medicamentos recentes, incluindo nome, dose, e início do tratamento.
    - Tempo entre o início da medicação e o aparecimento das lesões cutâneas.
    - Presença de sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar, ou comprometimento de órgãos (fígado, rins).
- **Exames realizados**:
    - **Avaliação clínica** das lesões, com documentação fotográfica (se disponível) para acompanhamento da evolução.
    - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, função renal, eletrólitos, função hepática, e outros testes relevantes, dependendo do tipo de farmacodermia suspeita.
    - **Biópsia de pele**, se realizada, para caracterização histopatológica das lesões, especialmente em casos graves.
- **Uso de medicações atuais**: Listar todos os medicamentos utilizados pelo paciente, especialmente aqueles iniciados recentemente.
- **Comorbidades**: Condições que possam aumentar o risco de farmacodermias, como doenças autoimunes, infecções virais (ex.: HIV), ou tratamento imunossupressor.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sinais vitais, extensão das lesões cutâneas e presença de sintomas sistêmicos, como febre, comprometimento respiratório ou dor intensa.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os exames, podendo solicitar exames adicionais para confirmação diagnóstica, como biópsia de pele e exames laboratoriais mais específicos.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **farmacodermias leves** (exantemas simples ou urticária) podem ser tratados ambulatorialmente com a suspensão do medicamento causador e o uso de anti-histamínicos ou corticosteroides tópicos.
    - Pacientes com **reação medicamentosa grave**, como SSJ, NET ou DRESS, necessitam de tratamento hospitalar imediato, com medidas de suporte e monitoramento rigoroso em unidades de terapia intensiva (UTI), se necessário.
    - Pacientes com farmacodermias graves, como síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica ou erupções generalizadas com risco de complicações

sistêmicas, serão encaminhados para regulação para tratamento hospitalar especializado e manejo em centros de referência.

9.3.1.16. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Herpes Zoster**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Herpes Zoster, também conhecido como cobreiro, é uma reativação do vírus varicela-zoster, que causa dor e erupção vesicular em áreas dermatomais. Embora geralmente seja autolimitado, pode causar complicações como neuralgia pós-herpética, infecções bacterianas secundárias e, em casos graves, comprometimento ocular ou neurológico.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Herpes zoster grave** ou com erupção disseminada que afeta múltiplos dermátomos ou envolve mais de uma área corporal.
- **Complicações associadas**, como neuralgia intensa e persistente (neuralgia pós-herpética), infecção bacteriana secundária ou ulceração extensa.
- **Comprometimento ocular** (herpes zoster oftálmico): Lesões envolvendo o nervo trigêmeo com sinais de comprometimento ocular, como vermelhidão, dor nos olhos, ou alteração da visão.
- **Comprometimento neurológico**: Pacientes com sinais de envolvimento neurológico, como paralisia facial (síndrome de Ramsay Hunt), meningite ou encefalite associadas ao herpes zoster.
- **Pacientes imunocomprometidos**: Pacientes com HIV, câncer, ou em uso de imunossupressores, com risco aumentado de complicações graves.
- **Resistência ao tratamento antiviral**: Pacientes que não respondem ao tratamento convencional com antivirais (aciclovir, valaciclovir, famciclovir).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição das lesões (localização, extensão e gravidade), presença de dor intensa e características das vesículas (distribuição dermatomal).
    - Duração dos sintomas e resposta ao tratamento antiviral iniciado.

- Presença de fatores de risco, como idade avançada, imunossupressão ou histórico de varicela.
- Sinais e sintomas de complicações associadas, como neuralgia pós-herpética, infecção ocular ou envolvimento neurológico.

- **Exames realizados**:
  - **Avaliação clínica**: Documentação fotográfica (se disponível) das lesões e da distribuição dermatomal.
  - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Testes de função renal, hepática e contagem de linfócitos em pacientes imunocomprometidos.
  - **Biópsia ou cultura viral** (se realizada), especialmente em casos atípicos ou resistentes ao tratamento.
- **Uso de medicações atuais**: Lista de antivirais, analgésicos e outros medicamentos utilizados no manejo do herpes zoster.
- **Comorbidades**: Imunossupressão, doenças crônicas ou condições associadas, como diabetes ou insuficiência renal.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da extensão das lesões, intensidade da dor e presença de complicações, como infecção ocular ou sinais de envolvimento neurológico.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os exames já realizados, podendo ajustar o tratamento antiviral e indicar terapias para manejo da dor, como gabapentina, pregabalina ou corticosteroides.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **herpes zoster leve a moderado** podem ser tratados com antivirais orais (aciclovir, valaciclovir, famciclovir) e analgésicos, com acompanhamento ambulatorial.
  - Pacientes com **herpes zoster oftálmico, neurológico ou disseminado** necessitam de tratamento hospitalar, com acompanhamento por oftalmologistas e neurologistas, conforme o envolvimento.
  - Pacientes com herpes zoster grave, disseminado, com complicações oculares ou neurológicas ou que sejam imunocomprometidos serão encaminhados para regulação para tratamento hospitalar e monitoramento em centros de referência.

9.3.1.17. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Lesões Dermatológicas Relacionadas ao Lúpus**

I. Condições Clínicas para Atendimento

As **lesões dermatológicas relacionadas ao lúpus** podem ocorrer tanto no **lúpus eritematoso cutâneo** quanto no **lúpus eritematoso sistêmico**. As formas cutâneas mais comuns incluem o lúpus eritematoso discoide (LED), lúpus cutâneo subagudo (LECSA), e erupções cutâneas agudas relacionadas ao lúpus sistêmico. Essas lesões podem ser dolorosas, deixar cicatrizes e, em alguns casos, indicar atividade da doença sistêmica.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Lesões cutâneas persistentes ou recorrentes**, como as associadas ao lúpus eritematoso discoide, que não respondem ao tratamento tópico com corticosteroides ou imunomoduladores.
- **Lesões cutâneas subagudas** (lesões anulares ou policíclicas) ou lesões agudas (rash malar) que se associam a sintomas sistêmicos, como febre, artralgia ou fadiga.
- **Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico** que desenvolvem novas lesões cutâneas ou que apresentam exacerbação das lesões dermatológicas, sugerindo atividade da doença.
- **Lesões cicatriciais** ou **alterações pigmentares** decorrentes de lúpus, especialmente quando afetam a qualidade de vida do paciente.
- **Falha no tratamento com imunossupressores tópicos** e necessidade de terapias sistêmicas, como corticosteroides orais, antimaláricos (hidroxicloroquina) ou imunossupressores.
- **Suspeita de infecção secundária** associada às lesões cutâneas, o que pode exigir manejo adicional.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição das lesões cutâneas, incluindo localização, características (placas eritematosas, descamação, atrofia, cicatrizes), duração e sintomas associados (prurido, dor).
    - História de lúpus eritematoso (cutâneo ou sistêmico) e outras manifestações da doença (como artrite, nefropatia, serosite).

- Tratamentos anteriores, tanto tópicos quanto sistêmicos (corticosteroides, antimaláricos, imunossupressores), e resposta a esses tratamentos.

- **Exames realizados**:
  - **Biópsia de pele**, se disponível, para confirmação histopatológica do lúpus cutâneo (presença de inflamação dérmica, depósitos de imunocomplexos).
  - **Exames laboratoriais**: Anticorpos antinucleares (ANA), anti-DNA de dupla hélice, complemento sérico, entre outros, para avaliar a atividade sistêmica da doença.
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões para acompanhamento da evolução.
- **Uso de medicações atuais**: Listar imunossupressores, antimaláricos e outros medicamentos utilizados no manejo da doença.
- **Comorbidades**: Outras condições autoimunes ou doenças associadas ao lúpus, como síndrome de Sjögren, tiroidite autoimune ou artrite reumatoide.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões cutâneas e sintomas sistêmicos associados, com foco na extensão, gravidade e impacto na qualidade de vida.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico do paciente, podendo ajustar o tratamento tópico e sistêmico. Em casos graves ou refratários, pode ser indicado o uso de terapias imunossupressoras mais agressivas ou biológicas (rituximabe, belimumabe).
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **lesões cutâneas leves** ou de baixa atividade pode ser tratados com corticosteroides tópicos ou imunossupressores leves (como tacrolimo ou pimecrolimo).
  - Pacientes com **lesões extensas ou refratárias** serão avaliados para terapia sistêmica, como antimaláricos (hidroxicloroquina) ou imunossupressores orais (micofenolato mofetil, azatioprina).
  - Pacientes com **lesões associadas a lúpus sistêmico ativo** serão monitorados quanto à progressão da doença sistêmica, com ajuste das terapias imunossupressoras e acompanhamento conjunto com reumatologia.
  - Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico com lesões dermatológicas graves ou refratárias**,** que não respondem a tratamentos tópicos e requerem imunossupressores sistêmicos ou biológicos, serão encaminhados para regulação para tratamento especializado em centros de referência.

9.3.1.18. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Hanseníase**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Afeta principalmente a pele, nervos periféricos, mucosas das vias respiratórias e olhos. As formas clínicas variam de paucibacilar (menos lesões) a multibacilar (muitas lesões), e a gravidade depende da resposta imunológica do hospedeiro. A hanseníase requer diagnóstico precoce e tratamento adequado para evitar incapacidades permanentes.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Lesões cutâneas sugestivas de hanseníase**: Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas com alteração de sensibilidade (térmica, dolorosa ou tátil).
- **Espessamento de nervos periféricos** com ou sem perda de função motora ou sensorial.
- **Formas multibacilares**: Presença de múltiplas lesões e envolvimento de vários nervos periféricos.
- **Reações hansênicas**: Reação tipo 1 (reação reversa) ou tipo 2 (eritema nodoso hansênico) com dor, inflamação aguda de nervos e risco de complicações graves.
- **Casos de hanseníase com deformidades ou complicações**: Pacientes com ulcerações, contraturas articulares, neuropatia grave, ou comprometimento ocular.
- **Falha no tratamento inicial** ou complicações associadas, como resistência ao tratamento com poliquimioterapia (PQT).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição das lesões cutâneas (localização, cor, número, características de sensibilidade).
    - Sinais de comprometimento neurológico, como perda de sensibilidade, fraqueza muscular, atrofia ou deformidades nas extremidades.
    - Exposição a áreas endêmicas ou contato com pessoas com diagnóstico de hanseníase.

- Duração dos sintomas e evolução da doença.

- **Exames realizados**:
  - **Teste de sensibilidade** nas áreas afetadas (térmica, dolorosa e tátil).
  - **Biópsia de pele** (se realizada) com coloração para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) e avaliação histopatológica.
  - **Exame baciloscópico**: Pesquisa de bacilos em esfregaço de pele para quantificar a carga bacilar.
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo e outros exames necessários para o manejo da condição.
- **Uso de medicações atuais**: Descrever se o paciente está em tratamento com poliquimioterapia (PQT) e sua resposta ao tratamento.
- **Comorbidades**: Outras condições, como diabetes ou insuficiência vascular, que possam complicar o manejo da hanseníase.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica das lesões cutâneas e teste de sensibilidade nas áreas afetadas, além de verificação do envolvimento neurológico.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico e exames realizados, podendo solicitar biópsia de pele, baciloscopia e outros exames complementares, conforme necessário.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **formas paucibacilares** podem ser tratados com **poliquimioterapia (PQT)** ambulatorial, monitorando a evolução das lesões cutâneas e sensibilidade.
  - Pacientes com **formas multibacilares ou reações hansênicas graves** serão encaminhados para tratamento especializado, incluindo imunossupressores (corticosteroides) ou talidomida, no caso de eritema nodoso hansênico.
  - Pacientes com **complicações neurológicas** (como perda motora, deformidades ou atrofia) necessitarão de reabilitação e manejo especializado.
  - Pacientes com hanseníase multibacilar, reações hansênicas graves, complicações neurológicas ou resistência ao tratamento com PQT serão encaminhados para regulação para tratamento especializado em centros de referência, com suporte neurológico e fisioterápico.

9.3.1.19. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Câncer de Pele Não Melanoma / Ceratoses Actínicas**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Câncer de pele não melanoma abrange os **carcinomas basocelulares (CBC)** e **carcinomas espinocelulares (CEC),** que são os tipos de câncer de pele mais comuns. Geralmente, esses cânceres são associados à exposição prolongada ao sol. As **ceratoses actínicas** são lesões pré-cancerosas que podem evoluir para carcinoma espinocelular se não tratadas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Câncer de Pele Não Melanoma (CBC/CEC)**:
  - **Lesões suspeitas de carcinoma basocelular ou espinocelular**: Lesões que apresentam bordas irregulares, crescimento persistente, sangramento, ulceração, ou mudanças na cor e textura.
  - **Lesões ulceradas ou não cicatrizantes**: Qualquer lesão que não cicatrize em 4 semanas, especialmente em áreas expostas ao sol (rosto, pescoço, orelhas, mãos).
  - **Lesões com sinais de invasão profunda**: Como carcinoma espinocelular com crescimento rápido ou áreas que possam envolver cartilagem ou osso.
  - **História de carcinoma cutâneo prévio**: Pacientes com histórico de câncer de pele com novas lesões suspeitas.
  - **Casos com margens incertas após tratamento**: Pacientes que passaram por cirurgia ou terapia local, mas com recorrência ou margens indefinidas.
- **Ceratoses Actínicas**:
  - **Lesões múltiplas de ceratose actínica**: Áreas de pele áspera, descamativa, com cor variável (vermelha, acastanhada ou amarelada) que ocorrem principalmente em áreas expostas ao sol (rosto, couro cabeludo, dorso das mãos).
  - **Lesões que não respondem ao tratamento tópico**: Ceratoses actínicas persistentes após uso de cremes com 5-fluorouracil, imiquimode ou crioterapia.
  - **Lesões com sinais de progressão**: Ceratoses actínicas que evoluem para lesões espessadas, ulceradas ou nodulares, sugerindo transformação em carcinoma espinocelular.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da lesão (localização, tamanho, cor, bordas, evolução).
  - Sintomas associados, como dor, coceira, sangramento ou ulceração.
  - Histórico de exposição solar crônica ou uso de câmaras de bronzeamento.
  - História familiar ou pessoal de câncer de pele ou ceratoses actínicas.
- **Exames realizados**:
  - **Dermatoscopia** (se disponível): Avaliação da lesão suspeita.
  - **Biópsia excisional ou incisional** (se já realizada) com histopatologia confirmando o diagnóstico.
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões para acompanhamento.
- **Uso de medicações atuais**: Medicamentos tópicos para ceratoses actínicas ou quimioterapia tópica.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como imunossupressão (pacientes transplantados ou em uso de imunossupressores) que aumentam o risco de câncer de pele.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões, com verificação de sinais de malignidade, extensão e evolução das lesões.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico e os exames realizados, podendo solicitar biópsia de lesões suspeitas ou tratar diretamente lesões pré-cancerosas (ceratoses actínicas) com terapias tópicas, crioterapia ou outros métodos de remoção.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **carcinoma basocelular ou espinocelular** confirmado serão tratados com excisão cirúrgica, curetagem ou outras modalidades, como terapia fotodinâmica, conforme a localização e tamanho da lesão.
  - Pacientes com **ceratoses actínicas** podem ser tratados com terapia tópica (5-fluorouracil, imiquimode), crioterapia, ou remoção cirúrgica em lesões suspeitas de malignização.
  - Pacientes com lesões de câncer de pele não melanoma, com risco de complicações ou em áreas críticas (nariz, orelha, olhos), serão encaminhados para regulação

para excisão cirúrgica, com possível reconstrução ou terapia avançada em centros de referência.

- Pacientes com ceratoses actínicas extensas ou que apresentam sinais de malignização serão encaminhados para regulação para diagnóstico e tratamento especializado, especialmente para prevenir evolução para carcinoma espinocelular.

9.3.1.20. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Dermatoses Eritemato-Escamosas**

I. Condições Clínicas para Atendimento

As **dermatoses eritemato-escamosas** são doenças de pele caracterizadas por eritema (vermelhidão) e escamação. As condições mais comuns que se enquadram nesse grupo incluem psoríase, dermatite seborreica, dermatite atópica, pitiríase rósea, e líquen plano. Algumas dessas dermatoses podem ser crônicas e requerer tratamentos contínuos ou especializados.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Psoríase extensa ou de difícil controle**: Lesões disseminadas, espessadas, ou refratárias ao tratamento tópico, especialmente em áreas sensíveis (rosto, couro cabeludo, mãos e pés).
- **Dermatite seborreica grave ou resistente**: Pacientes com dermatite seborreica extensa no couro cabeludo, face, ou áreas corporais que não respondem a tratamentos convencionais (corticosteroides tópicos ou antifúngicos).
- **Dermatite atópica crônica**: Pacientes com dermatite atópica moderada a grave, resistente ao tratamento tópico e com impacto significativo na qualidade de vida (prurido intenso, insônia).
- **Pitiríase rósea atípica ou de longa duração**: Casos onde a pitiríase rósea persiste por mais de 12 semanas ou apresenta lesões atípicas.
- **Líquen plano**: Pacientes com lesões típicas de líquen plano (pápulas violáceas, pruriginosas) ou com envolvimento de mucosas (oral ou genital) ou couro cabeludo com alopecia cicatricial.
- **Pacientes imunossuprimidos**: Dermatoses em pacientes com HIV, câncer ou em tratamento com imunossupressores, que têm risco aumentado de complicações.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões (localização, extensão, tipo de escamação, eritema).
  - Duração das lesões e resposta a tratamentos anteriores.
  - Sintomas associados, como prurido, dor ou impacto emocional.
  - Histórico de doenças autoimunes ou alérgicas, como asma ou rinite, especialmente no caso de dermatite atópica.
- **Exames realizados**:
  - **Biópsia de pele**, se realizada, para confirmação diagnóstica de condições como psoríase ou líquen plano.
  - **Exames laboratoriais**, se indicados: Hemograma, eletrólitos e testes imunológicos, dependendo da condição clínica suspeita.
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões para acompanhamento da evolução.
- **Uso de medicações atuais**: Listar corticosteroides tópicos, imunomoduladores (tacrolimo, pimecrolimo), antifúngicos e outros tratamentos.
- **Comorbidades**: Doenças autoimunes, condições alérgicas ou doenças associadas ao paciente.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões eritemato-escamosas, com foco na extensão e gravidade da doença, bem como o impacto na qualidade de vida do paciente.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico médico e os exames, podendo ajustar o tratamento tópico ou sistêmico, de acordo com a condição específica (ex.: terapia com biológicos para psoríase ou imunossupressores para líquen plano).
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **psoríase leve a moderada** podem ser tratados com corticosteroides tópicos, análogos da vitamina D (calcipotriol) ou fototerapia.
  - Pacientes com **dermatite seborreica resistente** podem necessitar de antifúngicos tópicos, corticosteroides de baixa potência ou imunomoduladores.
  - Pacientes com **líquen plano oral ou genital** ou com **alopecia cicatricial** podem necessitar de tratamento imunossupressor, como corticoides orais ou ciclosporina.
  - Pacientes com **dermatite atópica grave** podem ser tratados com imunossupressores sistêmicos (ciclosporina, metotrexato) ou biológicos.

- Pacientes com dermatoses eritemato-escamosas graves, extensas ou resistentes ao tratamento tópico, como psoríase moderada a grave, líquen plano com envolvimento de mucosas ou couro cabeludo, e dermatite atópica grave serão encaminhados para regulação para tratamento especializado, que pode incluir terapia biológica, fototerapia ou imunossupressores sistêmicos.

9.3.1.21. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Dermatite Atópica**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dermatite atópica é uma doença crônica inflamatória da pele, caracterizada por lesões eritematosas, prurido intenso, xerose (pele seca) e recorrência em surtos. A doença pode afetar a qualidade de vida do paciente e está frequentemente associada a outras condições atópicas, como asma e rinite alérgica. O tratamento envolve controle de sintomas e prevenção de exacerbações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Dermatite atópica moderada a grave**: Lesões extensas que não respondem a tratamentos tópicos convencionais (corticosteroides ou imunomoduladores tópicos).
- **Impacto significativo na qualidade de vida**: Pacientes com prurido intenso, insônia, dificuldades escolares ou profissionais associadas à dermatite atópica.
- **Complicações**: Infecções secundárias (impetigo, eczema herpético) ou liquenificação extensa das lesões.
- **Falha no tratamento convencional**: Pacientes que não respondem a corticosteroides tópicos ou hidratantes e requerem uso de imunossupressores sistêmicos ou biológicos.
- **Pacientes imunossuprimidos**: Pacientes com imunossupressão (HIV, uso de imunossupressores) que apresentam dermatite atópica severa e risco de complicações infecciosas.
- **Alergias alimentares ou ambientais associadas**: Necessidade de avaliação multidisciplinar, incluindo alergista, em casos de alergias associadas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Duração das lesões, intensidade dos surtos, prurido e resposta aos tratamentos.
    - Presença de fatores desencadeantes, como alimentos, alergias, poluição ou estresse.
    - História de outras doenças atópicas (asma, rinite alérgica) ou histórico familiar de atopia.
- **Exames realizados**:
    - **Avaliação clínica**: Documentação fotográfica das lesões, se disponível, e extensão da dermatite.
    - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Hemograma completo, IgE sérica, e testes cutâneos de alergia (prick test), se houver suspeita de fatores alérgicos.
- **Uso de medicações atuais**: Corticosteroides tópicos, imunomoduladores tópicos (tacrolimo, pimecrolimo), e outros tratamentos usados no manejo da dermatite atópica.
- **Comorbidades**: Outras condições relacionadas, como asma, rinite ou infecções secundárias.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da extensão das lesões, presença de liquenificação, prurido e impacto na qualidade de vida.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os tratamentos anteriores, ajustando a terapia com corticosteroides tópicos, imunossupressores tópicos ou fototerapia, conforme necessário.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **dermatite atópica leve a moderada** podem ser tratados com corticosteróides tópicos, hidratantes e imunomoduladores tópicos, com acompanhamento ambulatorial.
    - Pacientes com **dermatite atópica grave ou resistente ao tratamento** podem necessitar de imunossupressores sistêmicos (como ciclosporina, metotrexato) ou biológicos (dupilumabe), especialmente quando a qualidade de vida está severamente comprometida.
    - Pacientes com dermatite atópica grave, refratária ou com complicações (infecções secundárias, liquenificação extensa), que requerem tratamento com imunossupressores sistêmicos ou biológicos, serão encaminhados para regulação para tratamento especializado e acompanhamento em centros de referência.

9.3.1.22. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Eczemas (Seborreico, de Contato, Disidrótico, e de Estase)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Os **eczemas** são um grupo de dermatoses inflamatórias crônicas que se apresentam com eritema, prurido e descamação. Variam em etiologia e localização, sendo as formas mais comuns: eczema seborreico, eczema de contato, eczema disidrótico e eczema de estase. Essas condições requerem tratamento especializado quando crônicas, resistentes ao tratamento tópico ou associadas a complicações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Eczema Seborreico**:
  - **Resistência ao tratamento**: Pacientes que não respondem a terapias tópicas com antifúngicos, corticosteroides ou imunomoduladores.
  - **Eczema seborreico grave ou extenso**: Acometendo grandes áreas do couro cabeludo, face, ou tronco, com lesões eritematosas e descamação intensa.
  - **Complicações secundárias**: Como infecções bacterianas ou virais associadas às lesões.
- **Eczema de Contato**:
  - **Eczema de contato grave ou crônico**: Lesões associadas a fatores ocupacionais, que não melhoram com a remoção do agente irritante ou alérgeno.
  - **Falha no tratamento tópico**: Pacientes que não respondem ao uso de corticosteroides ou imunomoduladores tópicos.
  - **Dúvida sobre o alérgeno causador**: Necessidade de realização de **patch test** (teste de contato) para identificar substâncias desencadeantes.
- **Eczema Disidrótico**:
  - **Lesões disidróticas persistentes**: Bolhas nas palmas das mãos ou plantas dos pés que não melhoram com corticosteroides tópicos e causam desconforto significativo.
  - **Resistência ao tratamento**: Casos que não respondem a tratamentos tópicos ou que necessitam de terapias sistêmicas.
  - **Complicações associadas**: Infecção secundária das bolhas ou fissuras resultantes.

- **Eczema de Estase**:
    - **Eczema de estase crônico ou com ulcerações**: Pacientes com insuficiência venosa crônica, edema ou úlceras venosas associadas a eczema.
    - **Resistência ao tratamento tópico**: Pacientes que não respondem a compressão, corticosteroides tópicos ou medidas de cuidados da pele.
    - **Complicações**: Infecções secundárias, dermatite crônica com liquenificação ou ulcerações de difícil cicatrização.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição das lesões (localização, extensão, características), duração dos sintomas e tratamentos prévios.
    - Fatores desencadeantes conhecidos (irritantes ou alérgenos) no caso de eczema de contato.
    - Sintomas associados, como prurido intenso, dor ou infecções secundárias.
- **Exames realizados**:
    - **Patch test** (se realizado): Resultado do teste de contato para identificação de possíveis alérgenos no eczema de contato.
    - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões, se disponíveis, para acompanhamento.
    - **Exames laboratoriais**, se relevantes: Hemograma, cultura de lesões, ou exames complementares para diagnóstico de infecções associadas ou complicações.
- **Uso de medicações atuais**: Listar corticosteroides tópicos, imunomoduladores e outros medicamentos utilizados no manejo do eczema.
- **Comorbidades**: Doenças como insuficiência venosa crônica (no caso de eczema de estase) ou outras condições que possam influenciar o manejo da doença.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões e da extensão do eczema, verificando a presença de complicações (infecções, ulcerações, liquenificação) e o impacto na qualidade de vida.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico médico e os tratamentos anteriores, podendo ajustar as terapias tópicas ou sistêmicas, além de solicitar exames adicionais como o **patch test** (para eczema de contato) ou cultura de lesões.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **eczema leve a moderado** podem continuar tratamento com corticosteroides tópicos, imunomoduladores e hidratantes.
- Pacientes com **eczema grave ou resistente** podem necessitar de tratamentos sistêmicos, como corticosteroides orais ou imunossupressores, além de terapias de fototerapia ou outros procedimentos.
- Pacientes com eczema grave, crônico ou resistente ao tratamento tópico**,** que necessitam de terapias avançadas (imunossupressores sistêmicos ou fototerapia), serão encaminhados para regulação para tratamento especializado em centros de referência.

9.3.1.23. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Micoses**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Micoses são infecções fúngicas da pele, cabelos e unhas, que podem ser superficiais (dermatofitoses, candidíase, pitiríase versicolor) ou profundas, especialmente em pacientes imunossuprimidos. O manejo adequado envolve diagnóstico precoce, tratamento tópico ou sistêmico, e prevenção de recidivas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Dermatofitoses** (Tinea corporis, Tinea pedis, Tinea cruris, Tinea capitis):
  - **Resistência ao tratamento tópico**: Casos que não respondem a antifúngicos tópicos após 2-4 semanas de tratamento.
  - **Infecções extensas ou disseminadas**: Lesões fúngicas que afetam grandes áreas do corpo ou múltiplas áreas (corpo, pés, couro cabeludo).
  - **Tinea capitis ou onicomicose grave**: Pacientes com comprometimento do couro cabeludo, unhas ou infecções crônicas que exigem terapia sistêmica.
  - **Pacientes imunossuprimidos**: Pacientes com HIV, câncer, ou em uso de imunossupressores que apresentam infecções fúngicas persistentes ou graves.
- **Candidíase cutânea ou mucocutânea**:
  - **Candidíase recorrente**: Infecções repetidas em áreas intertriginosas (axilas, virilha) ou mucosas (oral, genital) que não respondem ao tratamento antifúngico tópico.

- **Candidíase crônica**: Pacientes com candidíase cutânea associada a diabetes mellitus, obesidade ou imunossupressão, que requerem tratamento sistêmico.
- **Candidíase invasiva**: Casos raros em que a infecção se espalha para camadas mais profundas da pele ou para órgãos internos.

- **Pitiríase Versicolor**:
  - **Recorrência frequente**: Pacientes que apresentam surtos repetidos de pitiríase versicolor, mesmo após tratamento tópico com antifúngicos.
  - **Falha no tratamento**: Infecções que não melhoram após o uso de antifúngicos tópicos ou sistêmicos.
- **Micoses Subcutâneas ou Sistêmicas**:
  - **Esporotricose ou outras micoses profundas**: Pacientes com esporotricose ou infecções fúngicas subcutâneas que requerem tratamento prolongado com antifúngicos sistêmicos.
  - **Micoses invasivas**: Infecções que acometem tecidos profundos ou se disseminam pelo corpo, especialmente em pacientes imunossuprimidos.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões, incluindo localização, extensão, evolução, prurido, dor ou outros sintomas.
  - Duração da infecção e resposta aos tratamentos anteriores.
  - Presença de fatores predisponentes, como umidade, imunossupressão, diabetes ou uso prolongado de antibióticos.
- **Exames realizados**:
  - **Cultura fúngica** (se realizada): Resultado de raspagem de pele, unhas ou cabelo para identificação do fungo causador.
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma, glicemia, função hepática, ou outros exames indicados para acompanhamento de terapia antifúngica sistêmica.
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões, se disponíveis, para acompanhamento.
- **Uso de medicações atuais**: Antifúngicos tópicos ou sistêmicos (itraconazol, terbinafina, fluconazol) usados no tratamento da micose.
- **Comorbidades**: Outras condições, como diabetes, obesidade, HIV ou doenças que possam complicar o manejo das micoses.

Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões fúngicas, gravidade da infecção e presença de fatores de risco, como umidade crônica, imunossupressão, ou infecção secundária.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico e exames realizados, podendo ajustar o tratamento tópico ou sistêmico. Casos mais graves podem necessitar de terapia sistêmica prolongada.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **micoses superficiais leves** podem ser tratados com antifúngicos tópicos (cremes, loções, xampus), com acompanhamento ambulatorial.
    - Pacientes com **micoses resistentes ou profundas** podem necessitar de antifúngicos sistêmicos (itraconazol, fluconazol, terbinafina) e monitoramento regular.
    - Pacientes com micoses extensas, resistentes ou profundas, que não respondem ao tratamento tópico, ou que apresentem infecções recorrentes, serão encaminhados para regulação para tratamento especializado com antifúngicos sistêmicos e acompanhamento prolongado.

9.3.1.24. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Psoríase**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele, caracterizada por lesões eritematosas com escamas prateadas, que podem variar de leves a graves. Acomete frequentemente o couro cabeludo, cotovelos, joelhos e pode afetar as unhas e articulações (psoríase ungueal e psoríase artrítica). A condição pode ter um impacto significativo na qualidade de vida e, em casos mais graves, requer tratamento sistêmico.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Psoríase moderada a grave**: Lesões extensas que acometem mais de 10% da superfície corporal ou psoríase em áreas sensíveis (rosto, mãos, pés, genitais) que não respondem a tratamentos tópicos.
- **Resistência ao tratamento tópico**: Pacientes que não melhoram com o uso de corticosteroides tópicos, análogos da vitamina D (calcipotriol) ou outros tratamentos tópicos convencionais.

- **Psoríase pustulosa ou eritrodérmica**: Formas graves e raras da doença, como psoríase pustulosa generalizada ou psoríase eritrodérmica, que podem ser potencialmente fatais e requerem manejo imediato.
- **Comprometimento articular**: Pacientes com **artrite psoriásica** (dor, inchaço ou rigidez nas articulações), com necessidade de tratamento multidisciplinar envolvendo reumatologia.
- **Impacto emocional e psicossocial significativo**: Pacientes com impacto emocional severo, como ansiedade ou depressão, devido à aparência das lesões ou prurido intenso.
- **Complicações**: Pacientes com infecções secundárias, fissuras dolorosas ou liquenificação em áreas de lesões crônicas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões, incluindo localização, extensão e gravidade.
  - Duração dos surtos e fatores desencadeantes conhecidos (como estresse, infecções, medicamentos).
  - Sintomas associados, como prurido, dor ou envolvimento articular.
  - Histórico familiar de psoríase ou outras doenças autoimunes.
- **Exames realizados**:
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões, se disponíveis, para acompanhamento.
  - **Exames laboratoriais**, se indicados: Hemograma completo, função hepática, glicemia, especialmente em casos de psoríase que podem necessitar de tratamentos sistêmicos.
  - **Exames de imagem**, se houver artrite psoriásica suspeita, como radiografias ou ressonância magnética para avaliar as articulações.
- **Uso de medicações atuais**: Listar corticosteroides tópicos, análogos da vitamina D, imunossupressores ou biológicos usados no manejo da psoríase.
- **Comorbidades**: Outras condições, como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares ou dislipidemia, que possam estar associadas à psoríase.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da extensão e gravidade das lesões, verificação de impacto na qualidade de vida e sintomas associados, como prurido ou dor articular.

- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os exames realizados, podendo ajustar o tratamento tópico e, em casos mais graves, indicar tratamento sistêmico, como imunossupressores ou terapia biológica.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **psoríase leve a moderada** podem continuar o tratamento com corticosteroides tópicos, análogos da vitamina D ou fototerapia.
    - Pacientes com **psoríase moderada a grave**, que não respondem a tratamentos tópicos, podem necessitar de imunossupressores (metotrexato, ciclosporina) ou biológicos (adalimumabe, secuquinumabe, entre outros).
    - Pacientes com **artrite psoriásica** devem ser avaliados em conjunto com reumatologia para tratamento específico.
    - Pacientes com psoríase grave, resistente a tratamentos tópicos ou com envolvimento articular serão encaminhados para regulação para tratamento especializado com imunossupressores sistêmicos, biológicos ou fototerapia em centros de referência.

9.3.1.25. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Alopecia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Alopecia refere-se à perda de cabelo ou pelos em qualquer parte do corpo. As formas mais comuns incluem alopecia androgenética, alopecia areata, alopecia cicatricial e eflúvio telógeno. A alopecia pode ter causas genéticas, autoimunes, inflamatórias ou hormonais, e algumas formas podem levar à perda permanente dos cabelos se não tratadas precocemente.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Alopecia Androgenética**:
    - **Progressão rápida da queda de cabelo**: Casos em que a perda capilar é acelerada, não respondendo ao tratamento tópico com minoxidil ou outros medicamentos.
    - **Impossibilidade de diagnóstico diferencial**: Dúvida quanto ao diagnóstico correto entre alopecia androgenética e outras formas de alopecia.
    - **Impacto psicológico significativo**: Pacientes que relatam grande desconforto emocional devido à queda de cabelo e podem se beneficiar de terapias mais

avançadas, como finasterida, dutasterida ou procedimentos cirúrgicos (transplante capilar).

- **Alopecia Areata**:
  - **Alopecia areata extensa**: Perda de cabelo em múltiplas áreas ou na forma de alopecia total (perda de todos os cabelos) ou alopecia universal (perda de pelos em todo o corpo).
  - **Falha no tratamento tópico**: Pacientes que não respondem ao uso de corticosteroides tópicos ou injeções intralesionais.
  - **Impacto emocional e social significativo**: Casos em que a perda capilar afeta significativamente a qualidade de vida do paciente, causando depressão, ansiedade ou isolamento social.
- **Alopecia Cicatricial**:
  - **Lesões cicatriciais no couro cabeludo**: Áreas de alopecia onde há destruição dos folículos capilares e cicatrização, indicando alopecia cicatricial. Necessidade de diagnóstico precoce para evitar progressão irreversível.
  - **Comprometimento extenso**: Casos com grande área de perda capilar e sinais de inflamação no couro cabeludo (dor, eritema, descamação).
  - **Associação com doenças autoimunes ou inflamatórias**: Como lúpus eritematoso cutâneo, líquen plano pilar, ou outras condições que requerem tratamento sistêmico.
- **Eflúvio Telógeno**:
  - **Queda difusa de cabelo**: Casos em que há perda difusa e acentuada de cabelo, geralmente desencadeada por eventos estressantes, pós-parto, doenças agudas, ou alterações hormonais.
  - **Persistência do eflúvio**: Eflúvio telógeno que persiste por mais de 6 meses, necessitando de investigação e manejo especializado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do início e progressão da queda de cabelo, incluindo padrão e áreas afetadas (difuso, localizado, cicatricial).
  - Sintomas associados, como prurido, dor, inflamação no couro cabeludo ou alterações na pele.

- Fatores desencadeantes conhecidos, como estresse, doenças sistêmicas, alterações hormonais ou uso de medicamentos.
- Impacto emocional, se relevante.

- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, perfil de ferro, função tireoidiana, hormônios sexuais (testosterona, DHT) ou outros exames relevantes para investigação da causa da alopecia.
  - **Tricoscopia** (se disponível): Avaliação do couro cabeludo com dermatoscopia para identificação de alterações nos folículos e diagnóstico diferencial.
  - **Biópsia de couro cabeludo**, se realizada, especialmente em casos de alopecia cicatricial.
- **Uso de medicações atuais**: Listar medicamentos tópicos ou orais utilizados no manejo da alopecia (minoxidil, finasterida, corticoides, imunossupressores).
- **Comorbidades**: Doenças autoimunes, distúrbios hormonais ou outras condições que possam influenciar a queda de cabelo.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do padrão de perda de cabelo, presença de lesões cicatriciais, inflamação e sintomas associados.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico, podendo ajustar o tratamento tópico e sistêmico, além de solicitar exames complementares, como biópsia de couro cabeludo ou tricoscopia.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **alopecia androgenética** podem ser tratados com minoxidil, finasterida, dutasterida, ou terapia hormonal, dependendo do caso.
  - Pacientes com **alopecia areata** podem receber corticoides intralesionais, imunossupressores ou terapias avançadas, como imunoterapia tópica (DPCP) em casos mais graves.
  - Pacientes com **alopecia cicatricial** necessitam de tratamento precoce com imunossupressores sistêmicos ou antibióticos para evitar progressão irreversível.
  - Pacientes com alopecia grave, resistente ao tratamento tópico ou cicatricial, que requerem tratamento especializado (imunossupressores, transplante capilar, ou imunoterapia), serão encaminhados para regulação para manejo em centros de referência.

I. Condições Clínicas para Atendimento

Urticária é uma condição caracterizada por erupções cutâneas pruriginosas, elevadas e eritematosas (pápulas ou placas), que geralmente desaparecem em poucas horas. A urticária pode ser aguda ou crônica (duração superior a seis semanas). Algumas formas podem estar associadas a angioedema, comprometendo mucosas e estruturas mais profundas. O manejo inclui a identificação de fatores desencadeantes e o controle adequado dos sintomas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Urticária Crônica (duração superior a 6 semanas)**:
  - **Resistência ao tratamento convencional**: Pacientes que não respondem ao uso de anti-histamínicos em doses convencionais.
  - **Impacto significativo na qualidade de vida**: Prurido intenso, distúrbios do sono, impacto emocional ou limitação das atividades diárias.
  - **Urticária crônica espontânea**: Lesões recorrentes sem identificação de causa aparente.
  - **Urticária física**: Causada por estímulos como pressão, calor, frio, exercício ou exposição solar, com necessidade de avaliação mais aprofundada.
  - **Suspeita de doenças autoimunes**: Pacientes com urticária crônica associada a outras condições autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico ou tireoidite autoimune.
- **Urticária Aguda Grave**:
  - **Angioedema associado**: Pacientes com inchaço de lábios, pálpebras, garganta ou outras áreas profundas que exigem intervenção imediata.
  - **Sinais de anafilaxia**: Pacientes com urticária aguda associada a dificuldade respiratória, queda da pressão arterial ou sintomas sistêmicos, necessitando de avaliação urgente.
  - **Reação adversa a medicamentos**: Pacientes com urticária relacionada ao uso de medicamentos, necessitando de investigação e suspensão do agente causal.
- **Angioedema Sem Urticária**:

- **Angioedema hereditário** ou angioedema associado ao uso de inibidores da ECA (enzima conversora de angiotensina), que requerem avaliação especializada e tratamento profilático adequado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Início, duração e frequência dos surtos de urticária.
  - Descrição das lesões (localização, prurido, presença de angioedema).
  - Fatores desencadeantes conhecidos (medicamentos, alimentos, exposição ao frio ou calor, estresse).
  - Sintomas associados, como dificuldade respiratória ou dor abdominal, sugerindo reações sistêmicas.
  - Impacto emocional e qualidade de vida.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**, se indicados: Hemograma, provas de função tireoidiana (TSH, anti-TPO), marcadores inflamatórios, IgE sérica.
  - **Testes cutâneos** (prick test), se houver suspeita de alergia a alimentos ou medicamentos.
  - **Exames adicionais**, como biópsia de pele, se houver dúvida sobre o diagnóstico.
- **Uso de medicações atuais**: Listar anti-histamínicos, corticosteroides, imunossupressores ou outros medicamentos utilizados no manejo da urticária.
- **Comorbidades**: Doenças autoimunes ou outras condições associadas, como asma ou dermatite atópica.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade da urticária e presença de angioedema ou sintomas sistêmicos. Verificação de possíveis fatores desencadeantes e resposta ao tratamento com anti-histamínicos.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico médico e os exames realizados, podendo ajustar o tratamento com anti-histamínicos em doses elevadas, corticosteroides ou imunossupressores (omalizumabe, ciclosporina) em casos graves.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **urticária aguda leve** podem ser tratados com anti-histamínicos de segunda geração e acompanhamento ambulatorial.

- Pacientes com **urticária crônica resistente** ou **angioedema associado** podem necessitar de tratamento sistêmico mais agressivo, incluindo terapias imunossupressoras ou biológicas.
- Pacientes com urticária crônica grave, resistente ao tratamento convencional ou associada a angioedema grave serão encaminhados para regulação para tratamento especializado, incluindo imunoterapia ou acompanhamento em centros de referência.

9.3.1.27. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Prurido**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Prurido é uma sensação de coceira que pode ser causada por várias condições dermatológicas, sistêmicas ou neurológicas. Pode ser localizado ou generalizado, com ou sem lesões cutâneas visíveis. O prurido crônico (duração superior a 6 semanas) pode ter um impacto significativo na qualidade de vida, causando distúrbios do sono e problemas emocionais.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Prurido Dermatológico**:
  - **Prurido associado a lesões cutâneas**: Pacientes com dermatites, psoríase, líquen plano, ou outras condições cutâneas pruriginosas que não respondem ao tratamento convencional.
  - **Prurido crônico sem causa aparente**: Pacientes com prurido persistente por mais de 6 semanas sem lesões evidentes ou com falha no tratamento tópico.
  - **Prurido em áreas específicas**: Como couro cabeludo, mãos ou pés, que pode estar associado a doenças cutâneas ou condições locais.
- **Prurido Sistêmico**:
  - **Prurido associado a doenças sistêmicas**: Pacientes com prurido relacionado a doenças hepáticas (colestase), insuficiência renal (uremia), tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo), ou malignidades (linfoma de Hodgkin, leucemias).
  - **Prurido neuropático**: Pacientes com prurido localizado associado a distúrbios neurológicos, como neuropatia periférica ou esclerose múltipla.

- **Prurido associado à gestação**: Casos de prurido gestacional que podem ser indicativos de colestase intra-hepática da gravidez.

- **Prurido Medicamentoso**:
  - **Prurido induzido por medicamentos**: Pacientes com prurido associado ao uso de medicamentos como opioides, antimaláricos, ou outros que requerem descontinuação ou ajuste terapêutico.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da duração, localização e intensidade do prurido (se generalizado ou localizado).
  - Sintomas associados, como febre, perda de peso, dor, ou distúrbios do sono.
  - Fatores desencadeantes ou agravantes, como medicamentos, alimentos, ou exposição a irritantes.
  - Presença de lesões cutâneas associadas ou prurido sem lesões aparentes.
  - Impacto do prurido na qualidade de vida, como interferência no sono ou nas atividades diárias.
- **Exames realizados**:
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das áreas afetadas, se aplicável, para acompanhamento.
  - **Exames laboratoriais**, se indicados: Hemograma, função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas), função renal (creatinina, ureia), glicemia, eletrólitos e hormônios tireoidianos (TSH, T4 livre), dependendo da suspeita clínica.
  - **Biópsia de pele**, se houver lesões associadas, para investigação histopatológica.
- **Uso de medicações atuais**: Listar anti-histamínicos, corticosteroides ou outros medicamentos utilizados no manejo do prurido.
- **Comorbidades**: Condições como diabetes, doenças hepáticas, renais ou autoimunes, que possam estar associadas ao prurido.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade do prurido, presença de lesões cutâneas associadas e revisão de fatores de risco ou comorbidades que possam contribuir para o prurido.

- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os exames realizados, podendo ajustar o tratamento tópico ou sistêmico, dependendo da etiologia suspeita (dermatológica, sistêmica ou neurológica).
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **prurido associado a dermatites ou doenças cutâneas** podem ser tratados com corticosteroides tópicos, imunomoduladores, ou anti-histamínicos, com acompanhamento ambulatorial.
    - Pacientes com **prurido sistêmico** ou **neuropático** podem necessitar de tratamento multidisciplinar, com avaliação de comorbidades e uso de terapias sistêmicas, como gabapentina, pregabalina, ou antidepressivos.
    - Pacientes com prurido crônico, resistente ao tratamento convencional ou associado a doenças sistêmicas graves, serão encaminhados para regulação para investigação adicional e manejo especializado em centros de referência.

9.3.1.28. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Condiloma acuminado, verrugas virais (causadas por HPV ou outros vírus) e **molusco contagioso** são infecções virais da pele, com diferentes apresentações clínicas. Essas condições geralmente são autolimitadas, mas podem requerer tratamento específico dependendo da gravidade, extensão, local de acometimento, ou resposta inadequada ao tratamento inicial.

II. Critérios de Encaminhamento

- **Condiloma Acuminado (Verrugas Genitais)**:
    - **Lesões extensas ou recidivantes**: Pacientes com múltiplas lesões genitais ou perianais que não respondem ao tratamento tópico (como podofilina, imiquimode, ou crioterapia).
    - **Condilomas em áreas sensíveis**: Como no canal anal, na uretra ou nas áreas mucosas, que requerem tratamento especializado.
    - **Imunossupressão**: Pacientes imunossuprimidos (HIV positivo, transplantados) que apresentam formas extensas ou resistentes ao tratamento convencional.
    - **Associado a displasia**: Pacientes com diagnóstico ou suspeita de displasia ou neoplasia intraepitelial, especialmente no colo do útero, pênis ou ânus.
- **Verrugas Virais (Verrugas Vulgares, Plantares, e Planas)**:

- **Verrugas extensas ou refratárias ao tratamento**: Pacientes que apresentam verrugas em grande número ou que não melhoram com tratamentos tópicos (como ácido salicílico, crioterapia, ou eletrocauterização).
- **Comprometimento funcional ou estético**: Verrugas localizadas nas mãos, pés, ou rosto, causando dor, desconforto ou impacto estético.
- **Imunossupressão**: Pacientes com HIV ou outras condições que dificultam a resolução das verrugas.

- **Molusco Contagioso**:
  - **Lesões múltiplas ou disseminadas**: Pacientes com múltiplas lesões, especialmente em áreas genitais ou sensíveis, ou que não respondem ao tratamento inicial (curetagem, crioterapia ou imunomoduladores).
  - **Imunossupressão**: Casos em pacientes com imunodeficiências, como HIV, com lesões extensas ou refratárias.
  - **Infecção secundária**: Lesões que evoluem com sinais de infecção bacteriana secundária (eritema, secreção purulenta).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões (localização, tamanho, quantidade, características das lesões: verrugas, moluscos ou condilomas).
  - Duração das lesões e resposta aos tratamentos anteriores.
  - Fatores de risco, como imunossupressão ou contato com indivíduos infectados.
- **Exames realizados**:
  - **Exame clínico detalhado**: Avaliação visual e possível uso de dermatoscopia para verificar características específicas das lesões.
  - **Exames laboratoriais**, se indicados: Testes para HIV, função imunológica ou cultura bacteriana em casos de infecção secundária.
  - **Histopatologia ou biópsia**, se houver dúvida diagnóstica ou suspeita de malignidade (no caso de condiloma acuminado).
- **Uso de medicações atuais**: Listar medicamentos tópicos (podofilina, imiquimode, ácido salicílico) ou outros tratamentos usados para manejo das lesões.
- **Comorbidades**: Imunossupressão, doenças crônicas ou outras condições que possam influenciar o manejo das infecções virais.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da extensão e localização das lesões, presença de sintomas associados (dor, prurido, sangramento), e impacto na qualidade de vida.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico médico, podendo ajustar o tratamento com terapias tópicas mais potentes, procedimentos ablativos (crioterapia, eletrocoagulação) ou imunomoduladores, dependendo da gravidade e resposta prévia ao tratamento.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **lesões leves a moderadas** podem continuar o tratamento ambulatorial com terapias tópicas (ácido salicílico, imiquimode, podofilina) ou procedimentos, como curetagem, eletrocauterização ou crioterapia.
    - Pacientes com **lesões extensas, recidivantes ou refratárias** podem necessitar de tratamentos sistêmicos ou terapias mais agressivas, como laser, excisão cirúrgica ou tratamentos imunomoduladores.
    - Pacientes com condiloma acuminado, verrugas virais ou molusco contagioso**,** com lesões extensas, refratárias ao tratamento, ou em áreas sensíveis, serão encaminhados para regulação para tratamento especializado em centros de referência, onde podem receber terapias avançadas.

9.3.1.29. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Rosácea**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Rosácea é uma doença crônica de pele que afeta principalmente a face, caracterizada por eritema (vermelhidão), telangiectasias (vasinhos dilatados), pápulas, pústulas, e, em alguns casos, espessamento da pele (rinofima). A condição pode ter várias apresentações clínicas, desde formas leves com vermelhidão transitória até formas graves com inflamação e desfiguração. O manejo adequado envolve o controle dos fatores desencadeantes e o uso de tratamentos tópicos e/ou sistêmicos.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Rosácea Moderada a Grave**:

- **Rosácea com pápulas e pústulas**: Pacientes com inflamação significativa, que não respondem a tratamentos tópicos convencionais (metronidazol, ivermectina, ácido azelaico).
- **Rosácea com rinofima**: Espessamento e fibrose da pele nasal, que pode exigir procedimentos cirúrgicos ou tratamento especializado.
- **Rosácea ocular**: Pacientes com comprometimento ocular, como olhos secos, conjuntivite ou blefarite associada à rosácea.
- **Rosácea resistente ao tratamento**: Pacientes que não melhoram com tratamentos tópicos e orais após 4-6 semanas.
- **Impacto significativo na qualidade de vida**: Pacientes que relatam impacto emocional ou social devido à aparência da pele.

- **Rosácea com Complicações**:
  - **Rosácea com infecções secundárias**: Presença de sinais de infecção (pústulas purulentas, crostas ou secreção) ou complicações associadas.
  - **Rosácea fulminante (rosácea conglobata)**: Uma forma grave e rara de rosácea com nódulos e drenagem de material purulento.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões (eritema, telangiectasias, pápulas, pústulas) e áreas acometidas.
  - Duração dos sintomas e fatores desencadeantes, como exposição ao sol, alimentos ou bebidas quentes, álcool, estresse ou calor.
  - Sintomas associados, como prurido, dor, ardência, ou sinais de comprometimento ocular (olhos secos, visão embaçada).
  - Histórico de tratamentos utilizados (tópicos e orais), resposta aos tratamentos e agravamento dos sintomas.
- **Exames realizados**:
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões, se disponíveis, para acompanhar a evolução.
  - **Exames laboratoriais**, se indicados: Hemograma completo, função hepática e renal, em casos que necessitem de tratamento sistêmico.
  - **Exames oftalmológicos**, se houver suspeita de rosácea ocular.

- **Uso de medicações atuais**: Listar medicamentos tópicos (metronidazol, ivermectina, ácido azelaico) e orais (antibióticos, isotretinoína) usados no tratamento da rosácea.
- **Comorbidades**: Doenças como diabetes, doenças autoimunes ou hipertensão, que possam estar associadas à rosácea.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões cutâneas, presença de sintomas oculares e impacto na qualidade de vida.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os tratamentos anteriores, podendo ajustar o manejo com terapias tópicas e sistêmicas mais potentes, como antibióticos orais (doxiciclina, minociclina) ou isotretinoína em casos graves.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **rosácea leve a moderada** pode continuar o tratamento com agentes tópicos, como metronidazol, ivermectina, ou ácido azelaico.
    - Pacientes com **rosácea moderada a grave** ou **resistente ao tratamento** podem necessitar de antibióticos orais ou, em casos selecionados, isotretinoína.
    - Pacientes com **rinofima** ou **rosácea ocular** podem necessitar de intervenção cirúrgica, laser ou encaminhamento para avaliação oftalmológica.
    - Pacientes com rosácea grave, refratária ou com complicações (ocular, rinofima) serão encaminhados para regulação para tratamento especializado com terapias sistêmicas, procedimentos cirúrgicos ou laser, e manejo multidisciplinar (dermatologia e oftalmologia).

9.3.1.30. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Leishmaniose Tegumentar**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Leishmaniose tegumentar é uma infecção parasitária causada pelo protozoário *Leishmania*, transmitido por flebotomíneos. Manifesta-se principalmente como úlceras cutâneas e lesões mucosas, que podem se tornar crônicas e causar deformidades graves. O diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para prevenir complicações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Leishmaniose Cutânea**:
  - **Úlceras cutâneas persistentes**: Lesões ulceradas com bordas elevadas e fundo granuloso que não cicatrizam após semanas ou meses.
  - **Múltiplas lesões**: Pacientes com mais de uma úlcera ou lesões cutâneas disseminadas.
  - **Lesões em áreas estéticas ou funcionais**: Como no rosto, articulações ou mãos, onde a cicatrização inadequada pode causar deformidades ou comprometimento funcional.
  - **Suspeita de resistência ao tratamento**: Casos que não respondem ao tratamento padrão com antimoniato de meglumina ou que apresentam recidivas após o tratamento.
- **Leishmaniose Mucosa**:
  - **Lesões nas mucosas**: Pacientes com envolvimento de mucosas nasais, orais ou faringeanas, com risco de destruição tecidual e deformidades.
  - **Sintomas respiratórios**: Como obstrução nasal, rinorreia ou epistaxe (sangramento nasal), sugerindo comprometimento das vias aéreas superiores.
- **Leishmaniose Cutâneo-Mucosa**:
  - **Comprometimento cutâneo e mucoso**: Pacientes que apresentam lesões cutâneas e mucosas simultaneamente, necessitando de tratamento imediato para evitar progressão.
- **Pacientes Imunossuprimidos**:
  - **Leishmaniose em pacientes imunossuprimidos**: Pacientes com HIV, transplantados ou em uso de imunossupressores, que apresentam risco aumentado de complicações e disseminação da infecção.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões cutâneas ou mucosas (localização, tamanho, características das bordas e fundo da lesão).
  - Tempo de evolução das lesões, sintomas associados e resposta ao tratamento inicial.
  - História de viagem ou residência em áreas endêmicas para leishmaniose.

- Sintomas sistêmicos, como febre, perda de peso ou mal-estar.

- **Exames realizados**:
  - **Exame parasitológico direto**: Pesquisa de amastigotas de *Leishmania* em material de lesões (raspado ou biópsia).
  - **Exames sorológicos**: Testes rápidos ou ELISA para diagnóstico de leishmaniose.
  - **Histopatologia**, se realizada: Para identificar alterações teciduais e presença de parasitas.
  - **Testes moleculares** (PCR), se disponíveis, para confirmação do diagnóstico em casos de dúvida.
- **Uso de medicações atuais**: Listar medicamentos usados, como antimoniato de meglumina ou anfotericina B, e resposta ao tratamento.
- **Comorbidades**: Outras doenças associadas, como HIV, diabetes ou uso de medicamentos imunossupressores.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões cutâneas e mucosas, sintomas respiratórios e sinais de infecção sistêmica.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico clínico e os exames realizados, podendo solicitar novos exames laboratoriais (cultura, PCR, sorologia) e ajustar o tratamento, conforme a forma clínica da leishmaniose.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **leishmaniose cutânea leve** podem ser tratados com antimoniato de meglumina (glucantime) ou outros tratamentos locais e sistêmicos.
  - Pacientes com **leishmaniose mucosa ou cutâneo-mucosa** e aqueles com **lesões extensas ou em áreas críticas** necessitam de tratamento sistêmico agressivo, como anfotericina B lipossomal, com acompanhamento rigoroso.
  - Pacientes imunossuprimidos necessitam de tratamento prolongado e mais intensivo, com vigilância de possíveis recidivas.
  - Pacientes com **leishmaniose tegumentar grave, com comprometimento mucoso, refratários ao tratamento ou imunossuprimidos** serão **encaminhados para regulação** para tratamento especializado com medicamentos sistêmicos de segunda linha, como anfotericina B ou miltefosina, e acompanhamento em centros de referência.

9.3.1.31. Protocolo para Consulta em Dermatologia: **Vitiligo**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Vitiligo é uma condição autoimune que causa a perda da pigmentação em áreas da pele, resultando em manchas brancas. Pode afetar qualquer parte do corpo, incluindo face, mãos, e áreas sensíveis. O vitiligo pode ser segmentar ou não segmentar, e o manejo precoce pode ajudar a estabilizar a progressão e melhorar a repigmentação.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para avaliação especializada em dermatologia nas seguintes situações:

- **Vitiligo em Progressão**:
  - **Rápida progressão das lesões**: Pacientes que apresentam disseminação rápida das áreas despigmentadas.
  - **Falha no tratamento inicial**: Pacientes que não respondem ao uso de corticosteroides tópicos ou inibidores de calcineurina.
  - **Vitiligo generalizado**: Acometimento extenso (mais de 10% da superfície corporal).
- **Vitiligo em Áreas Sensíveis ou Expostas**:
  - **Lesões em áreas sensíveis**: Vitiligo envolvendo o rosto, genitais, mãos ou áreas de grande impacto social e psicológico.
  - **Vitiligo periocular ou perioral**: Lesões ao redor dos olhos ou boca, com risco de impacto funcional ou estético.
- **Impacto Psicossocial Significativo**:
  - Pacientes que relatam **impacto emocional significativo** devido à aparência das lesões, como ansiedade, depressão ou isolamento social.
  - **Pacientes Imunossuprimidos**:
  - Pacientes imunossuprimidos ou com comorbidades autoimunes (como tireoidite autoimune ou lúpus), com maior risco de progressão ou complicações.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação dermatológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das áreas de despigmentação (localização, tamanho, padrão de distribuição) e tempo de evolução das lesões.
  - Progressão das lesões ao longo do tempo, com fatores de piora ou estabilização.

- Tentativas de tratamento anteriores e resposta aos mesmos (uso de corticosteroides tópicos, inibidores de calcineurina, fototerapia).
- Histórico familiar de vitiligo ou outras doenças autoimunes.

- **Exames realizados**:
  - **Avaliação clínica**: Fotografias das lesões, se disponíveis, para acompanhamento da evolução.
  - **Exames laboratoriais**: Testes de função tireoidiana (TSH, T4), hemograma completo, e outros exames indicados em pacientes com suspeita de comorbidades autoimunes.
- **Uso de medicações atuais**: Lista de medicações tópicas ou sistêmicas utilizadas no manejo do vitiligo.
- **Comorbidades**: Outras condições autoimunes ou sistêmicas relevantes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da extensão das lesões, progressão da despigmentação e impacto na qualidade de vida.
- **Avaliação dermatológica**: O dermatologista revisará o histórico médico e os exames realizados, podendo ajustar o tratamento com fototerapia (PUVA ou UVB), corticosteroides tópicos mais potentes, imunomoduladores sistêmicos ou outras terapias avançadas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **vitiligo leve a moderado** podem continuar com corticosteroides tópicos, inibidores de calcineurina e fototerapia, conforme necessário.
  - Pacientes com **vitiligo extenso ou resistente ao tratamento** podem necessitar de terapias sistêmicas, como imunossupressores ou novos agentes biológicos (como tofacitinibe).
  - Pacientes com **impacto emocional severo** podem ser indicados para suporte psicossocial ou psicológico, além do tratamento dermatológico.
  - Pacientes com vitiligo grave, progressivo ou resistente ao tratamento tópico, ou com envolvimento de áreas sensíveis ou impacto psicológico significativo, serão encaminhados para regulação para tratamento especializado, incluindo fototerapia avançada, terapias imunossupressoras ou biológicas, e manejo multidisciplinar (dermatologia, psicologia).

9.3.1.32. Protocolo para Consulta em Endocrinologia: **Bócio Multinodular**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Bócio multinodular é uma condição caracterizada pela presença de múltiplos nódulos na glândula tireoide, podendo causar hipertrofia da tireoide. Em alguns casos, os nódulos podem ser funcionantes (produtores de hormônios) ou podem causar sintomas compressivos devido ao aumento de volume. O acompanhamento endocrinológico é necessário para avaliar a função tireoidiana e descartar malignidade.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em endocrinologia nas seguintes situações:

- Nódulos **Suspeitos ou Aumento de Volume**:
  - **Crescimento significativo do bócio**: Aumento rápido do volume tireoidiano, especialmente com sintomas compressivos (dificuldade para respirar ou engolir, rouquidão).
  - **Nódulos suspeitos à ultrassonografia**: Nódulos com características ultrassonográficas que sugerem malignidade (hipoecogenicidade, bordas irregulares, microcalcificações).
  - **Tamanho do nódulo > 1 cm**: Nódulos com mais de 1 cm de diâmetro que exigem avaliação com punção aspirativa por agulha fina (PAAF).
- **Alterações da Função Tireoideana**:
  - **Disfunção tireoidiana**: Pacientes com alterações nos níveis de TSH e T4 livre, indicando hipotireoidismo ou hipertireoidismo associado ao bócio multinodular.
  - **Nódulos tireoidianos hiperfuncionantes**: Pacientes com evidência de nódulos autônomos que causam hipertireoidismo.
- **Sintomas Compressivos**: Pacientes que apresentam dificuldade para engolir, respirar, ou rouquidão, devido ao aumento do volume tireoidiano.
- **Histórico Familiar ou Pessoal de Câncer de Tireoide**: Pacientes **com histórico familiar de câncer de tireoide** ou com fatores de risco elevados para malignidade (exposição prévia à radiação, história pessoal de câncer de cabeça e pescoço).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação endocrinológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Descrição do crescimento do bócio e presença de sintomas compressivos (dificuldade para engolir, rouquidão, dispneia).
- Sintomas de disfunção tireoidiana, como fadiga, ganho ou perda de peso, palpitações ou intolerância ao calor ou frio.
- História familiar de doenças tireoidianas ou câncer de tireoide.

- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia de tireoide**: Descrição dos nódulos, tamanho, ecogenicidade, vascularização e presença de microcalcificações ou outras características suspeitas.
  - **Exames laboratoriais**: TSH, T4 livre, anticorpos antitireoidianos (anti-TPO, anti-TG) e, se indicado, PAAF (punção aspirativa por agulha fina) para avaliação citológica dos nódulos.
  - **Exame de imagem adicional**: Se realizado, cintilografia de tireoide para avaliar se os nódulos são funcionantes (quentes) ou não funcionantes (frios).
- **Uso de medicações atuais**: Indicação de tratamentos atuais, como levotiroxina (para hipotireoidismo) ou antitireoidianos (para hipertireoidismo).
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas associadas, como hipertensão ou distúrbios cardiovasculares, que podem influenciar o manejo.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da presença de nódulos, tamanho e progressão do bócio, sintomas compressivos e sinais de disfunção tireoidiana.
- **Avaliação endocrinológica**: O endocrinologista revisará o histórico clínico e os exames, podendo solicitar novos exames laboratoriais e de imagem, como ultrassonografia de acompanhamento ou PAAF, se necessário.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **bócio multinodular eutireoideo (função tireoidiana normal)** podem ser acompanhados clinicamente com ultrassonografia periódica.
  - Pacientes com **hipertireoidismo** ou **hipotireoidismo** associado ao bócio serão tratados com medicamentos específicos (levotiroxina para hipotireoidismo ou antitireoidianos para hipertireoidismo) e monitoramento frequente.
  - Pacientes com **nódulos suspeitos ou malignos** serão encaminhados para avaliação cirúrgica (tireoidectomia parcial ou total) ou terapias mais agressivas, como radioiodoterapia.

- Pacientes com bócio multinodular com nódulos suspeitos, crescimento rápido, sintomas compressivos ou disfunção tireoidiana serão encaminhados para regulação para avaliação detalhada, que pode incluir exames complementares (PAAF, cintilografia) e intervenção cirúrgica.

9.3.1.33. Protocolo para Consulta em Endocrinologia: **Diabetes Mellitus**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Diabetes Mellitus é uma doença metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia persistente. Pode ser classificado em **Diabetes Mellitus Tipo 1** (deficiência absoluta de insulina) e **Diabetes Mellitus Tipo 2** (resistência à insulina e/ou deficiência relativa de insulina). O acompanhamento endócrino visa o controle glicêmico adequado, prevenção de complicações agudas e crônicas, e ajustes no tratamento.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em endocrinologia nas seguintes situações:

- **Controle Glicêmico Insatisfatório**:
  - **HbA1c > 8%**: Pacientes com controle glicêmico inadequado, mesmo com uso de insulina ou medicações antidiabéticas orais.
  - **Hipoglicemias recorrentes**: Pacientes com episódios frequentes de hipoglicemia, especialmente em uso de insulina ou sulfonilureias.
  - **Oscilações glicêmicas**: Pacientes com grandes variações nos níveis de glicose, com episódios de hiperglicemia intercalados com hipoglicemia.
- **Complicações Agudas**:
  - **Cetoacidose diabética (CAD)**: Pacientes com episódios de CAD, caracterizada por cetonemia, acidose e hiperglicemia grave.
  - **Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH)**: Pacientes com hiperglicemia grave associada a desidratação severa e hiperosmolaridade, sem cetose significativa.
- **Complicações Crônicas**:
  - **Neuropatia diabética**: Pacientes com sintomas de neuropatia periférica (dor, formigamento, perda de sensibilidade) ou autonômica (alterações gastrointestinais, disfunção urinária).

- **Nefropatia diabética**: Presença de albuminúria (> 30 mg/g de creatinina) ou declínio da função renal (TFG < 60 mL/min/1,73 m²).
- **Retinopatia diabética**: Pacientes com evidência de retinopatia no exame oftalmológico.
- **Pé diabético**: Pacientes com úlceras, infecções ou lesões nos pés, com risco de amputação.

- **Avaliação para Insulinoterapia**:
  - **Indicação de insulinoterapia**: Pacientes com falha ao tratamento com antidiabéticos orais, especialmente em Diabetes Mellitus tipo 2 avançado, ou Diabetes Mellitus tipo 1 que necessitam de ajuste na insulinoterapia.
  - **Bomba de insulina**: Avaliação de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 para uso de bomba de insulina em casos de controle glicêmico inadequado com múltiplas injeções diárias.
- **Pacientes Especiais**:
  - **Diabetes gestacional**: Necessidade de acompanhamento endócrino durante a gestação para controle da glicemia e prevenção de complicações maternas e fetais.
  - **Diabetes em crianças ou adolescentes**: Necessidade de acompanhamento especializado para ajuste do tratamento e prevenção de complicações precoces.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação endocrinológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do diagnóstico de diabetes (tipo 1 ou tipo 2), tempo de evolução da doença, e tratamentos anteriores.
  - Sintomas associados, como poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso ou complicações associadas.
  - Controle glicêmico atual (HbA1c, glicemias de jejum e pós-prandiais).
  - História de episódios de cetoacidose diabética ou hipoglicemia grave.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Hemoglobina glicada (HbA1c), glicemia de jejum, perfil lipídico, função renal (creatinina, albuminúria), eletrólitos.
  - **Exames complementares**, se realizados: Testes de função tireoidiana, função hepática, ou outros exames relevantes.
  - **Exames oftalmológicos**, se disponíveis: Avaliação para retinopatia diabética.

- **Uso de medicações atuais**: Listar insulinas, antidiabéticos orais (metformina, sulfonilureias, inibidores de SGLT2, agonistas de GLP-1, etc.), e qualquer ajuste terapêutico recente.
- **Comorbidades**: Outras condições crônicas, como hipertensão, dislipidemia, obesidade ou doenças cardiovasculares.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos níveis de glicemia, HbA1c, complicações agudas (CAD, EHH) e crônicas (neuropatia, retinopatia, nefropatia).
- **Avaliação endocrinológica**: O endocrinologista revisará o histórico clínico e exames laboratoriais, podendo ajustar o manejo com novas estratégias terapêuticas (como intensificação da insulinoterapia, uso de medicamentos de última geração ou ajuste na dose de insulina).
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **diabetes tipo 2** com controle glicêmico inadequado podem ser indicados para tratamento com múltiplos antidiabéticos orais ou insulinoterapia.
    - Pacientes com **diabetes tipo 1** necessitam de acompanhamento regular, com ajustes de insulina, considerando o uso de bomba de insulina ou monitoramento contínuo da glicose.
    - Pacientes com **complicações crônicas** devem ser acompanhados de perto para evitar progressão, com encaminhamento para especialistas (nefrologia, neurologia, oftalmologia) quando necessário.
    - Pacientes com controle glicêmico inadequado, complicações agudas ou crônicas, ou necessidade de ajuste na insulinoterapia serão encaminhados para regulação para avaliação endocrinológica especializada, visando otimização do tratamento e prevenção de complicações futuras.

9.3.1.34. Protocolo para Consulta em Endocrinologia: **Hipertireoidismo**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hipertireoidismo é uma condição causada pelo excesso de hormônios tireoidianos na circulação, levando a uma aceleração do metabolismo. As causas mais comuns incluem **doença de Graves, bócio multinodular tóxico e adenoma tóxico**. O manejo adequado visa normalizar os níveis hormonais e tratar as complicações associadas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em endocrinologia nas seguintes situações:

- **Diagnóstico de Hipertireoidismo**:
  - **Confirmação laboratorial**: Pacientes com níveis elevados de T4 livre e/ou T3, com TSH suprimido.
  - **Sintomas clínicos de hipertireoidismo**: Pacientes com perda de peso inexplicada, palpitações, tremores, sudorese excessiva, intolerância ao calor, fraqueza muscular, e nervosismo.
- **Causas Comuns de Hipertireoidismo**:
  - **Doença de Graves**: Pacientes com hipertireoidismo confirmado, associado a sinais clínicos como exoftalmia, bócio difuso e mixedema pré-tibial.
  - **Bócio multinodular tóxico**: Presença de múltiplos nódulos tireoidianos com hiperfunção.
  - **Adenoma tóxico**: Nódulo tireoidiano único com função autônoma.
- **Sintomas e Complicações Graves**:
  - **Crise tireotóxica**: Pacientes com hipertireoidismo grave, febre alta, taquicardia severa, agitação, confusão ou insuficiência cardíaca.
  - **Fibrilação atrial ou taquiarritmias**: Pacientes que desenvolvem arritmias cardíacas associadas ao hipertireoidismo.
  - **Perda de peso severa ou fraqueza muscular**: Pacientes que apresentam deterioração significativa no estado geral, com perda de massa muscular.
- **Falha no Tratamento Clínico**:
  - **Resistência ao tratamento com antitireoidianos**: Pacientes que não respondem ao uso de medicamentos como metimazol ou propiltiouracil (PTU) após 6 meses de tratamento.
  - **Recidiva do hipertireoidismo**: Pacientes que apresentam recorrência dos sintomas após tratamento inicial, necessitando de avaliação para opções terapêuticas adicionais (radioiodoterapia ou cirurgia).
- **Gravidez e Hipertireoidismo**: Necessidade de acompanhamento endócrino para ajuste das medicações antitireoidianas e monitoramento do desenvolvimento fetal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação endocrinológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Descrição dos sintomas clínicos de hipertireoidismo (perda de peso, palpitações, tremores, fraqueza, intolerância ao calor).
- História de condições autoimunes (doença de Graves) ou presença de nódulos tireoidianos.
- Tratamento atual e resposta clínica (uso de antitireoidianos, betabloqueadores).

- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: TSH, T4 livre, T3 total, anticorpos anti-receptor de TSH (TRAb) para doença de Graves, e anticorpos antitireoidianos (anti-TPO e anti-TG).
  - **Exame de imagem**: Ultrassonografia de tireoide para avaliar nódulos tireoidianos e sua vascularização. Cintilografia tireoidiana, se disponível, para avaliar hiperfunção de nódulos.
  - **ECG**: Se houver presença de arritmias ou alterações cardíacas.
- **Uso de medicações atuais**: Listar medicamentos antitireoidianos (metimazol, PTU), betabloqueadores (propranolol), e qualquer ajuste recente na medicação.
- **Comorbidades**: Outras condições que possam influenciar o tratamento, como doenças cardiovasculares ou distúrbios autoimunes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos níveis hormonais e presença de sintomas e complicações do hipertireoidismo (taquicardia, perda de peso, fibrilação atrial, etc.).
- **Avaliação endocrinológica**: O endocrinologista revisará o histórico clínico e os exames realizados, podendo ajustar o tratamento com antitireoidianos, betabloqueadores, ou optar por radioiodoterapia ou cirurgia, dependendo da gravidade e da causa subjacente.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **doença de Graves** podem ser tratados com antitireoidianos e, em casos graves ou recidivantes, considerar radioiodoterapia ou tireoidectomia.
  - Pacientes com **bócio multinodular tóxico** ou **adenoma tóxico** podem necessitar de radioiodoterapia ou cirurgia, especialmente se houver sintomas compressivos.
  - Pacientes com **crise tireotóxica** necessitam de tratamento de emergência, com hospitalização, uso de antitireoidianos intravenosos e suporte clínico.
  - Pacientes com hipertireoidismo grave, recidivante ou com complicações graves (crise tireotóxica, arritmias, sintomas compressivos) serão encaminhados para regulação para avaliação especializada e decisão terapêutica, que pode incluir radioiodoterapia, cirurgia ou tratamento intensivo.

9.3.1.35. Protocolo para Consulta em Endocrinologia: **Hipotireoidismo**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hipotireoidismo é uma condição caracterizada pela deficiência de hormônios tireoidianos, que resulta em uma redução generalizada das funções metabólicas. A causa mais comum é a **tireoidite de Hashimoto** (doença autoimune), mas também pode ser decorrente de cirurgia tireoidiana, radioiodoterapia ou deficiências congênitas. O manejo visa a reposição hormonal e o monitoramento dos níveis de TSH e T4 livre.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em endocrinologia nas seguintes situações:

- **Hipotireoidismo Descompensado ou Sintomático**:
  - **Sintomas clínicos evidentes**: Pacientes com fadiga intensa, ganho de peso inexplicado, constipação, intolerância ao frio, pele seca, bradicardia, ou depressão, mesmo em tratamento.
  - **Alterações cognitivas ou neurológicas**: Pacientes com dificuldade de concentração, lentidão mental ou outros sintomas neurológicos associados ao hipotireoidismo.
  - **Mixedema**: Pacientes com hipotireoidismo grave que desenvolvem mixedema (inchaço facial, especialmente ao redor dos olhos) ou crises mixedematosas.
- **Dificuldade no Controle com Levotiroxina**:
  - **Resistência à reposição hormonal**: Pacientes com doses adequadas de levotiroxina, mas que apresentam persistência de sintomas ou níveis anormais de TSH e T4 livre.
  - **Hipotireoidismo subclínico** com progressão: Pacientes com hipotireoidismo subclínico (TSH elevado, T4 normal) que evoluem com sintomas ou aumento progressivo do TSH.
  - **Gestação**: Mulheres grávidas com hipotireoidismo que necessitam de ajuste contínuo da levotiroxina, uma vez que a demanda por hormônios tireoidianos aumenta durante a gestação.
- **Hipotireoidismo Congênito**:

- **Crianças e recém-nascidos com hipotireoidismo congênito**: Necessidade de acompanhamento endócrino para garantir o desenvolvimento neuropsicomotor adequado.

- **Hipotireoidismo Secundário ou Central**:
  - **Hipotireoidismo central**: Pacientes com níveis baixos de T4 livre e TSH normal ou baixo, sugerindo uma disfunção hipofisária ou hipotalâmica, necessitando de investigação mais aprofundada.
- **Presença de Comorbidades**:
  - **Doenças autoimunes associadas**: Pacientes com tireoidite autoimune (Hashimoto) e outras doenças autoimunes (diabetes tipo 1, lúpus, artrite reumatoide) que necessitam de abordagem multidisciplinar.
  - **Doenças cardiovasculares**: Pacientes com hipertensão, dislipidemia, ou insuficiência cardíaca associadas ao hipotireoidismo, que podem agravar os sintomas ou complicar o manejo.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação endocrinológica deve conter:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas de hipotireoidismo (fadiga, ganho de peso, constipação, intolerância ao frio, depressão).
  - Duração da condição e tratamentos anteriores com levotiroxina.
  - História de doenças autoimunes (tireoidite de Hashimoto), cirurgia tireoidiana ou radioiodoterapia.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: TSH, T4 livre, anticorpos antitireoidianos (anti-TPO, anti-TG) para diagnóstico de tireoidite autoimune.
  - **Avaliação clínica**: Se houver presença de bócio ou sinais de mixedema.
  - **Exames complementares**, se aplicável: Exames de imagem (ultrassonografia de tireoide) ou ressonância magnética para avaliação de causas centrais (hipotireoidismo secundário).
- **Uso de medicações atuais**: Lista de medicações, como levotiroxina e outras que possam interferir no controle hormonal.
- **Comorbidades**: Doenças autoimunes associadas ou condições cardiovasculares que possam afetar o manejo.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas e exames laboratoriais, como TSH e T4 livre, para verificar a adequação da reposição hormonal.
- **Avaliação endocrinológica**: O endocrinologista revisará o histórico clínico e os exames, podendo ajustar as doses de levotiroxina ou investigar outras causas de hipotireoidismo, como disfunção hipofisária.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **hipotireoidismo primário compensado** podem continuar o tratamento com ajuste periódico da dose de levotiroxina.
    - Pacientes com **hipotireoidismo resistente** ou **central** podem necessitar de exames adicionais e ajustes na terapia hormonal, com monitoramento mais próximo.
    - Pacientes com **hipotireoidismo na gravidez** devem ter acompanhamento rigoroso, com ajustes de dose e monitoramento mensal dos níveis de TSH.
    - Pacientes com hipotireoidismo sintomático, descompensado ou com dificuldades no ajuste de levotiroxina**,** bem como aqueles com hipotireoidismo central ou comorbidades associadas, serão encaminhados para regulação para avaliação endocrinológica especializada, com foco em otimização da reposição hormonal e manejo das complicações associadas.

9.3.1.36. Protocolo para Consulta em Endocrinologia: **Nódulo de Tireoide**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Nódulo de tireoide é uma condição comum que pode ser detectada clinicamente ou por exames de imagem, sendo a maioria dos nódulos benignos. No entanto, é essencial uma avaliação cuidadosa para descartar malignidade, especialmente em nódulos suspeitos. O manejo envolve o acompanhamento clínico, exames laboratoriais, ultrassonografia, e, em casos indicados, punção aspirativa por agulha fina (PAAF).

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em endocrinologia nas seguintes situações:

- **Nódulos Suspeitos de Malignidade**:
    - **Nódulos maiores que 1 cm com características suspeitas**: Ultrassonografia de tireoide com achados sugestivos de malignidade, como:

        - Hipoecogenicidade.
        - Microcalcificações.
        - Bordas irregulares.
        - Aumento central de vascularização.
        - Crescimento rápido do nódulo.
    - **Nódulos menores que 1 cm com fatores de risco**: Presença de nódulos menores que 1 cm em pacientes com histórico familiar de câncer de tireoide, exposição prévia à radiação ou nódulo fixo à palpação.
- **Alterações da Função Tireoideana**:
    - **Nódulos tireoidianos hiperfuncionantes**: Pacientes com nódulos que apresentam hiperfuncionamento na cintilografia, associados a sinais e sintomas de hipertireoidismo.
    - **Disfunção tireoidiana associada**: Alterações nos níveis de TSH e T4 livre que indicam disfunção da tireoide (hiper ou hipotireoidismo) associada ao nódulo.
- **Sintomas Compressivos**:
    - **Sintomas locais**: Pacientes com nódulos tireoidianos que causam sintomas compressivos, como dificuldade para engolir, rouquidão ou dificuldade respiratória.
- **Crescimento Progressivo do Nódulo**:
    - **Aumento rápido do nódulo**: Nódulos que demonstram crescimento rápido e significativo em um curto período de tempo (meses).
    - **Acompanhamento de nódulos**: Necessidade de avaliação contínua para nódulos benignos com características estáveis, mas que requerem monitoramento.
- **Histórico Familiar ou Pessoal de Câncer de Tireoide**: Pacientes com **histórico familiar de câncer de tireoide medular ou papilífero** ou **presença de outras síndromes familiares** associadas a neoplasias (como neoplasia endócrina múltipla - MEN).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação endocrinológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição do nódulo (localização, tamanho, características) e sintomas associados (rouquidão, dificuldade para engolir, dor).
    - Tempo de evolução e histórico de crescimento do nódulo.

- Exposição prévia à radiação, histórico familiar de câncer de tireoide ou doenças endócrinas.

- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia de tireoide**: Características do nódulo, como tamanho, ecogenicidade, bordas, vascularização, calcificações e presença de linfonodomegalias.
  - **Exames laboratoriais**: TSH, T4 livre, anticorpos antitireoidianos (anti-TPO, anti-TG), e calcitonina (em casos suspeitos de câncer medular).
  - **Cintilografia tireoidiana**, se realizada: Para avaliar se o nódulo é hiperfuncionante (quente) ou não funcionante (frio).
  - **Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)**: Se já realizada, enviar o resultado citopatológico (classificação de Bethesda).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar se o paciente faz uso de levotiroxina ou outros medicamentos tireoidianos.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como disfunção tireoidiana ou síndromes genéticas associadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do histórico do nódulo, resultados da ultrassonografia e presença de sintomas compressivos ou alterações funcionais.
- **Avaliação endocrinológica**: O endocrinologista revisará os exames e, se necessário, indicará exames adicionais, como PAAF, cintilografia, ou exames laboratoriais específicos (como calcitonina ou anticorpos). Pode ser discutida a necessidade de cirurgia, radioiodoterapia, ou acompanhamento clínico em nódulos benignos.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **nódulos benignos** podem ser acompanhados com ultrassonografias periódicas para monitorar o crescimento.
  - Pacientes com **nódulos suspeitos de malignidade ou com características ultrassonográficas duvidosas** serão indicados para PAAF ou cirurgia (tireoidectomia parcial ou total), dependendo do resultado da biópsia.
  - Pacientes com **nódulos hiperfuncionantes** podem necessitar de radioiodoterapia ou cirurgia, especialmente se houver disfunção hormonal
  - Pacientes com **nódulos tireoidianos suspeitos de malignidade, nódulos em crescimento rápido, nódulos hiperfuncionantes ou com sintomas compressivos** serão **encaminhados para regulação** para avaliação

especializada, que pode incluir biópsia (PAAF), cirurgia ou radioiodoterapia, dependendo do caso.

9.3.1.37. Protocolo para Consulta em Endocrinologia: **Pessoas Transgêneras ou com Incongruência de Gênero**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pessoas transgêneras ou **pessoas com incongruência de gênero** são aquelas cuja identidade de gênero é diferente do sexo designado ao nascimento. O manejo clínico para pessoas que desejam realizar a transição de gênero envolve terapia hormonal, acompanhamento psicológico e, em alguns casos, intervenções cirúrgicas. A assistência endócrina é fundamental para fornecer suporte hormonal e monitorar a saúde geral durante o processo de transição.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em endocrinologia nas seguintes situações:

- **Início de Terapia Hormonal**:
  - **Desejo de iniciar a terapia hormonal**: Pacientes transgêneros que desejam iniciar tratamento hormonal para alinhar suas características físicas com a identidade de gênero.
  - **Necessidade de avaliação endocrinológica para acompanhamento de terapia hormonal**: Pacientes que já iniciaram terapia hormonal, mas precisam de ajuste nas doses ou monitoramento dos efeitos adversos.
- **Monitoramento de Terapia Hormonal**:
  - **Monitoramento de níveis hormonais**: Pacientes em uso de terapia hormonal (estrogênios, antiandrogênicos, testosterona) que necessitam de monitoramento regular dos níveis de hormônios para garantir a eficácia e segurança do tratamento.
  - **Ajuste de terapia hormonal**: Pacientes que apresentam sintomas relacionados à dosagem inadequada de hormônios ou efeitos colaterais da terapia hormonal, como trombose (uso de estrogênios) ou alterações hepáticas.
- **Interrupção ou Reavaliação da Terapia Hormonal**:
  - **Pacientes que desejam reverter ou interromper a terapia hormonal**: Pacientes que optam por interromper ou reverter a transição hormonal e precisam de orientação e acompanhamento.

- **Pacientes com contraindicações ou complicações**: Pacientes que apresentam condições de saúde que contraindicam ou complicam a continuidade da terapia hormonal, como trombose, doenças hepáticas ou cardiovasculares.

- **Intervenções Cirúrgicas**:
  - **Avaliação pré-operatória**: Pacientes que estão em fase de planejamento para cirurgias de redesignação de gênero (cirurgia de afirmação de gênero) que necessitam de acompanhamento endócrino para assegurar a estabilidade hormonal antes do procedimento.
  - **Acompanhamento pós-operatório**: Pacientes que já passaram por cirurgias de redesignação de gênero e necessitam de acompanhamento endócrino para ajuste hormonal e monitoramento.
- **Pacientes Adolescentes**:
  - **Bloqueio puberal**: Adolescentes transgêneros que necessitam de bloqueio da puberdade (com análogos do GnRH) antes de iniciar a terapia hormonal cruzada (estrogênios ou testosterona).
  - **Início de terapia hormonal cruzada**: Avaliação e acompanhamento de adolescentes que estão prontos para iniciar a terapia hormonal cruzada após avaliação psicossocial adequada.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação endocrinológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do histórico de gênero do paciente, incluindo a identificação de gênero, idade de início da incongruência de gênero e desejo de transição.
  - Se o paciente já iniciou o processo de transição, descrever o tratamento hormonal já realizado (medicações, doses, duração do tratamento).
  - História de condições clínicas relevantes que possam influenciar o manejo hormonal (história de trombose, doenças hepáticas, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares).
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Níveis de hormônios sexuais (testosterona, estradiol), perfil lipídico, função hepática (TGO, TGP), glicemia de jejum, hemograma completo, função renal, entre outros.
  - **Avaliação clínica**: Medidas antropométricas (peso, altura, IMC) e sinais vitais.

- **Avaliação psicológica ou psiquiátrica**: Se disponível, relatórios de avaliação psicossocial para assegurar que o paciente entende o processo de transição e seus impactos a longo prazo.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar se o paciente já está em terapia hormonal ou usa outros medicamentos que possam interferir no tratamento hormonal.
- **Comorbidades**: Descrição de outras condições médicas relevantes, como doenças autoimunes, problemas cardiovasculares ou distúrbios psiquiátricos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da saúde geral do paciente, seu histórico de transição (se aplicável), e a necessidade de iniciar ou ajustar a terapia hormonal.
- **Avaliação endocrinológica**: O endocrinologista revisará o histórico clínico e os exames laboratoriais, definindo o plano terapêutico hormonal mais adequado e ajustando as doses de hormônios de acordo com as metas desejadas de feminização ou masculinização.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes em **início de transição hormonal** serão acompanhados de perto para ajuste de doses e monitoramento de efeitos adversos.
  - Pacientes em **fase de manutenção da terapia hormonal** devem realizar exames periódicos para garantir o equilíbrio hormonal e prevenir complicações a longo prazo.
  - Pacientes que desejam **cirurgias de redesignação de gênero** serão preparados e avaliados para garantir a estabilidade hormonal antes e após a cirurgia.
  - Pacientes transgêneros que necessitam de início ou ajuste de terapia hormonal, monitoramento de complicações, bloqueio puberal ou avaliação para cirurgias de redesignação de gênero serão encaminhados para regulação para avaliação e acompanhamento endócrino especializado.

9.3.1.38. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Pancreatite Crônica**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pancreatite crônica é uma inflamação progressiva e de longa duração do pâncreas, que resulta em fibrose e perda das funções exócrina e endócrina do órgão. As causas mais comuns incluem o consumo crônico de álcool, doenças autoimunes, doenças genéticas ou obstruções crônicas

dos ductos pancreáticos. A doença pode levar a dor abdominal crônica, insuficiência pancreática e diabetes pancreatogênico.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Diagnóstico de Pancreatite Crônica**:
  - **Dor abdominal crônica**: Dor abdominal recorrente, localizada no epigástrio ou irradiada para as costas, que é característica da pancreatite crônica.
  - **Esteatorreia**: Diarreia gordurosa resultante de insuficiência pancreática exócrina (incapacidade do pâncreas de produzir enzimas digestivas).
  - **Perda de peso inexplicada**: Pacientes com perda de peso involuntária, resultante de má absorção ou perda do apetite devido à dor persistente.
  - **Diabetes pancreatogênico**: Pacientes que desenvolvem diabetes mellitus secundário à pancreatite crônica, geralmente com dificuldade em controlar os níveis de glicose.
- **Insuficiência Pancreática**:
  - **Deficiência exócrina**: Pacientes que apresentam sinais de má digestão e má absorção de nutrientes, como perda de peso, esteatorreia e deficiência de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K).
  - **Necessidade de enzimas pancreáticas**: Pacientes que necessitam de suplementação de enzimas pancreáticas para aliviar sintomas de má absorção.
- **Complicações Associadas**:
  - **Pseudocistos pancreáticos**: Pacientes com pseudocistos, resultantes da pancreatite crônica, que podem causar dor, obstrução ou infecção.
  - **Obstrução biliar**: Pacientes com icterícia ou outros sinais de obstrução biliar devido à inflamação pancreática crônica que comprime o ducto biliar.
  - **Necrose ou calcificações pancreáticas**: Pacientes com necrose ou calcificações visíveis nos exames de imagem, típicas de pancreatite crônica avançada.
- **Falha no Tratamento Clínico**:
  - **Resistência ao manejo clínico**: Pacientes com dor persistente, mesmo após tratamento com analgésicos e suplementação enzimática.
  - **Dificuldade em controlar diabetes pancreatogênico**: Pacientes que apresentam dificuldade no controle glicêmico devido à destruição das células endócrinas do pâncreas.
- **História de Álcool ou Tabagismo**:

- **Consumo crônico de álcool**: Pacientes com histórico de abuso crônico de álcool, que é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de pancreatite crônica.
- **Tabagismo**: Pacientes com histórico de tabagismo, que é um fator de risco para complicações e piora da pancreatite crônica.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor abdominal (localização, intensidade, irradiação e duração) e relação com a ingestão de alimentos ou álcool.
  - Sintomas de má absorção (diarreia gordurosa, perda de peso) e histórico de diabetes pancreatogênico.
  - Histórico de consumo de álcool e tabagismo, e o tempo de uso.
  - História de episódios anteriores de pancreatite aguda.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Dosagem de amilase, lipase, glicemia, hemograma completo, função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas), função renal, e exames de fezes para detectar esteatorreia.
  - **Exames de imagem**: Tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia para avaliar a presença de calcificações, pseudocistos ou dilatação dos ductos pancreáticos.
  - **Teste de função pancreática**, se disponível: Testes para avaliar a insuficiência exócrina pancreática.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar se o paciente está usando analgésicos, suplementos enzimáticos ou insulina para controle da diabetes pancreatogênica.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como cirrose alcoólica, hipertensão ou dislipidemia.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas de dor abdominal, insuficiência exócrina e presença de complicações, como pseudocistos ou obstrução biliar.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará o histórico clínico e exames de imagem e laboratoriais para confirmar o diagnóstico de pancreatite crônica e determinar o estágio da doença.

- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **pancreatite crônica leve** podem ser tratados com suplementação de enzimas pancreáticas, analgésicos, e modificação do estilo de vida (cessação do álcool e tabaco).
    - Pacientes com **complicações graves**, como pseudocistos ou obstrução biliar, podem necessitar de intervenção cirúrgica ou endoscópica.
    - Pacientes com **diabetes pancreatogênico** devem ser acompanhados por endocrinologista, com controle rigoroso da glicemia.
    - Pacientes com pancreatite crônica sintomática, com complicações como pseudocistos, obstrução biliar, insuficiência exócrina ou diabetes pancreatogênico serão encaminhados para regulação para avaliação especializada e definição de estratégias de manejo, incluindo suplementação enzimática, controle da dor, e avaliação para possíveis intervenções cirúrgicas ou endoscópicas.

9.3.1.39. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Hepatopatias**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hepatopatias referem-se a doenças que afetam o fígado, incluindo hepatites virais, esteatose hepática, cirrose, e doenças hepáticas autoimunes, metabólicas e tóxicas. Essas condições podem levar à insuficiência hepática, hipertensão portal, e outras complicações graves. O manejo adequado requer diagnóstico precoce e monitoramento da progressão para evitar complicações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Hepatite Crônica (Viral ou Autoimune)**:
    - **Hepatite viral crônica**: Pacientes com diagnóstico confirmado de hepatite B ou C com elevação das transaminases (TGO, TGP) ou presença de fibrose hepática.
    - **Hepatite autoimune**: Pacientes com elevação persistente das transaminases, com presença de autoanticorpos (ANA, anti-LKM) e suspeita de hepatite autoimune.
    - **Necessidade de tratamento antiviral ou imunossupressor**: Pacientes com hepatite viral que precisam de terapia antiviral (hepatite B ou C) ou imunossupressão para hepatite autoimune.

- **Esteatose Hepática (Fígado Gorduroso)**:
  - **Esteatose hepática não alcoólica (NAFLD)**: Pacientes com diagnóstico de esteatose hepática associada à síndrome metabólica (obesidade, diabetes tipo 2, dislipidemia) e elevação persistente das enzimas hepáticas.
  - **Esteato-hepatite não alcoólica (NASH)**: Pacientes com inflamação hepática associada à esteatose, com fibrose hepática em exames de imagem ou elastografia.
  - **Esteatose hepática alcoólica**: Pacientes com histórico de consumo crônico de álcool e sinais de lesão hepática.
- **Cirrose Hepática**:
  - **Cirrose hepática compensada**: Pacientes com cirrose confirmada por ultrassonografia ou biópsia, sem sinais de complicações graves, como ascite, encefalopatia ou varizes esofágicas.
  - **Cirrose hepática descompensada**: Pacientes com cirrose associada a complicações como ascite, encefalopatia hepática, varizes esofágicas hemorrágicas, ou síndrome hepatorrenal.
  - **Hipertensão portal**: Pacientes com sinais de hipertensão portal, como esplenomegalia, varizes esofágicas ou ascite.
- **Insuficiência Hepática**:
  - **Insuficiência hepática aguda ou crônica**: Pacientes com icterícia, coagulopatia (INR elevado), hipoalbuminemia, e encefalopatia hepática.
  - **Pacientes com necessidade de avaliação para transplante hepático**: Pacientes com insuficiência hepática avançada e indicação para transplante hepático.
- **Hepatopatias Metabólicas e Tóxicas**:
  - **Doenças metabólicas**: Pacientes com doenças como hemocromatose, doença de Wilson, deficiência de alfa-1-antitripsina, que requerem tratamento específico.
  - **Hepatopatia tóxica**: Pacientes com lesão hepática induzida por medicamentos ou substâncias tóxicas (álcool, drogas), com elevação das transaminases e sinais de disfunção hepática.
- **Tumores Hepáticos**:
  - **Hepatocarcinoma**: Pacientes com nódulos hepáticos suspeitos de malignidade, especialmente em pacientes com cirrose hepática ou hepatite B crônica.
  - **Outros tumores hepáticos**: Pacientes com tumores hepáticos benignos, como adenomas ou hemangiomas, que necessitam de acompanhamento especializado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas associados, como fadiga, icterícia, dor abdominal, perda de peso, sangramentos gastrointestinais ou confusão mental (sugestivo de encefalopatia hepática).
  - Histórico de consumo de álcool, medicamentos ou exposição a substâncias tóxicas.
  - História de doenças hepáticas prévias (hepatites virais, cirrose, doenças metabólicas).
  - História familiar de doenças hepáticas ou metabólicas.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma, função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina, GGT), função renal, coagulograma, perfil lipídico, glicemia de jejum, e marcadores de hepatite viral (HBsAg, anti-HCV).
  - **Exames de imagem**: Ultrassonografia de abdome, elastografia hepática (FibroScan) para avaliação de fibrose ou cirrose, e tomografia ou ressonância magnética em casos de nódulos hepáticos suspeitos.
  - **Biópsia hepática**, se realizada: Enviar resultados da biópsia, especialmente em casos de hepatite autoimune ou diagnóstico de cirrose.
- **Uso de medicações atuais**: Listar medicamentos em uso, especialmente aqueles com potencial hepatotóxico, como anti-inflamatórios, anticonvulsivantes ou quimioterápicos.
- **Comorbidades**: Outras condições, como diabetes, hipertensão, obesidade ou doenças autoimunes, que possam influenciar o manejo da hepatopatia.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas hepáticos, presença de complicações (ascite, varizes esofágicas, encefalopatia) e histórico de doenças hepáticas.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames laboratoriais e de imagem para confirmar o diagnóstico e determinar o estágio da doença hepática.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **hepatite crônica** (viral ou autoimune) devem ser acompanhados com tratamento antiviral ou imunossupressor, dependendo da etiologia.

- Pacientes com **esteatose hepática** devem ser orientados a mudar o estilo de vida, com perda de peso e controle de comorbidades, como diabetes e dislipidemia.
- Pacientes com **cirrose descompensada** ou **hipertensão portal** necessitam de monitoramento rigoroso para prevenção de complicações (ascite, varizes, encefalopatia).
- Pacientes com **hepatocarcinoma** ou nódulos hepáticos suspeitos devem ser avaliados para ressecção cirúrgica ou tratamento ablativo.
- Pacientes com hepatopatias graves, como cirrose descompensada, insuficiência hepática, hepatites crônicas com fibrose avançada ou tumores hepáticos**,** serão encaminhados para regulação**o** para avaliação e manejo especializado, incluindo a consideração de transplante hepático ou intervenções cirúrgicas.

9.3.1.40. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) ocorre quando o conteúdo gástrico volta para o esôfago, causando sintomas como azia e regurgitação. A DRGE pode levar a complicações, como esofagite erosiva, estenose esofágica, e esôfago de Barrett, que aumenta o risco de câncer esofágico. O manejo envolve mudanças no estilo de vida, tratamento farmacológico com inibidores de bomba de prótons (IBPs) e, em casos graves, intervenções cirúrgicas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- Sintomas **Clássicos Persistentes**:
  - **Azia e regurgitação crônica**: Pacientes com sintomas de azia (sensação de queimação retroesternal) e regurgitação ácida persistente, especialmente se refratários ao tratamento com IBPs por 8 semanas.
  - **Sintomas noturnos**: Pacientes com piora dos sintomas à noite, que prejudicam o sono ou causam desconforto significativo.
- **Sintomas Atípicos ou Extraesofágicos**:
  - **Sintomas extraesofágicos**: Tosse crônica, rouquidão, laringite, asma, ou dor torácica não cardíaca que podem estar associados ao refluxo gastroesofágico.
  - **Sintomas que sugerem complicações**: Disfagia (dificuldade para engolir), odinofagia (dor ao engolir), perda de peso involuntária, anemia inexplicada, ou

hematoquezia/melena, que podem sugerir esofagite grave, estenose ou malignidade.

- **Resistência ao Tratamento Clínico**:
  - **Refratariedade ao tratamento com IBPs**: Pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento padrão com inibidores de bomba de prótons (omeprazol, esomeprazol, pantoprazol) após 8 semanas.
  - **Recorrência dos sintomas após interrupção de IBPs**: Pacientes com sintomas recorrentes e persistentes após interrupção do tratamento farmacológico.
- **Suspeita de Complicações da DRGE**:
  - **Esofagite erosiva**: Pacientes com esofagite grave ou recorrente, diagnosticada por endoscopia.
  - **Estreitamento esofágico (estenose)**: Pacientes que desenvolvem estenoses esofágicas, levando à disfagia progressiva.
  - **Esôfago de Barrett**: Pacientes com diagnóstico de esôfago de Barrett (substituição do epitélio esofágico normal por epitélio colunar) ou com história de refluxo crônico, necessitando de vigilância regular para displasia e prevenção de câncer de esôfago.
- **Indicação Cirúrgica**:
  - **Indicação para fundoplicatura**: Pacientes que são candidatos à cirurgia antirrefluxo (fundoplicatura de Nissen) devido à falha do tratamento clínico, recidiva frequente dos sintomas, ou presença de grandes hérnias de hiato associadas.
  - **Pacientes com contraindicação ao uso prolongado de IBPs**: Pacientes que não podem usar IBPs a longo prazo devido a efeitos colaterais ou contraindicações.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição dos sintomas típicos (azia, regurgitação) e atípicos (tosse, rouquidão, dor torácica), sua frequência, duração, e fatores de agravamento (como alimentação, posição deitada).
- Tratamentos anteriores com IBPs, doses e tempo de uso, e resposta ao tratamento.

- Presença de sintomas de alarme, como disfagia, odinofagia, perda de peso, anemia ou sangramento.
- **Exames realizados**:
    - **Endoscopia digestiva alta**: Descrição de achados como esofagite erosiva, estenose, presença de esôfago de Barrett ou hérnia de hiato.
    - **pHmetria esofágica de 24 horas**: Se realizada, resultados que confirmem o refluxo ácido significativo.
    - **Manometria esofágica**: Avaliação da motilidade esofágica, se indicada.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de IBPs, antiácidos, ou procinéticos, além de qualquer ajuste recente na medicação.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas que possam influenciar o manejo da DRGE, como asma, obesidade ou distúrbios neuromusculares.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade dos sintomas e resposta ao tratamento clínico com IBPs, presença de complicações e necessidade de exames complementares, como endoscopia.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará o histórico clínico e exames endoscópicos e de pHmetria, ajustando o tratamento conforme necessário. Pode ser indicado o aumento da dose dos IBPs ou considerar alternativas terapêuticas, como cirurgia antirrefluxo.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **DRGE leve a moderada** podem continuar o tratamento clínico com IBPs e orientações de mudanças no estilo de vida (elevação da cabeceira da cama, perda de peso, evitar alimentos irritantes).
    - Pacientes com **DRGE grave ou refratária** ou **complicações** (esofagite erosiva, estenose esofágica, esôfago de Barrett) devem ser avaliados para intervenções cirúrgicas ou endoscópicas.
    - Pacientes com **esôfago de Barrett** devem ser monitorados com endoscopias periódicas para detecção de displasia ou malignidade.
    - Pacientes com DRGE refratária, complicações graves, ou indicação cirúrgica (fundoplicatura) serão encaminhados para regulação para avaliação especializada e, se necessário, intervenção cirúrgica ou endoscópica para controle dos sintomas e prevenção de complicações.

9.3.1.41. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Constipação Crônica**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Constipação crônica é caracterizada pela dificuldade persistente para evacuar, com fezes endurecidas, esforço excessivo, sensação de evacuação incompleta ou frequência reduzida (menos de três evacuações por semana). Pode estar associada a causas funcionais, como o **intestino irritável**, ou orgânicas, como doenças metabólicas, neurológicas ou obstruções. O manejo envolve diagnóstico preciso, identificação de possíveis causas subjacentes e tratamento individualizado.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Constipação Crônica Refratária ao Tratamento Inicial**:
  - **Resistência ao tratamento clínico**: Pacientes que não respondem a mudanças no estilo de vida (dieta rica em fibras, aumento da ingestão de líquidos) e ao uso de laxantes convencionais, como agentes osmóticos (lactulose, macrogol) ou estimulantes (bisacodil, senna) após 6 meses.
  - **Constipação crônica funcional**: Pacientes com constipação persistente e sem causas estruturais identificáveis que necessitam de avaliação especializada para diagnóstico diferencial (síndrome do intestino irritável com predomínio de constipação, trânsito intestinal lento ou disfunção do assoalho pélvico).
- **Sintomas de Alarme**:
  - **Perda de peso inexplicada**: Pacientes com constipação associada a perda de peso involuntária.
  - **Sangramento retal ou anemia**: Presença de sangue nas fezes ou anemia inexplicada, sugerindo possível lesão neoplásica ou doença inflamatória.
  - **Mudança recente nos hábitos intestinais**: Pacientes com alteração súbita no padrão intestinal (especialmente em pacientes com mais de 50 anos), que pode ser indicativo de câncer colorretal.
  - **Dor abdominal significativa**: Constipação acompanhada de dor abdominal severa, distensão ou náuseas frequentes, que pode sugerir obstrução intestinal, doenças inflamatórias ou distúrbios funcionais graves.
- **Investigação de Causas Orgânicas**:

- **Suspeita de doenças metabólicas ou endócrinas**: Pacientes com constipação associada a doenças como hipotireoidismo, diabetes mellitus, hipercalcemia ou doenças neurológicas (como Parkinson ou esclerose múltipla).
- **Uso prolongado de medicamentos constipantes**: Pacientes que fazem uso crônico de opioides, anticolinérgicos, antidepressivos ou outros medicamentos que afetam a motilidade intestinal.

- **Complicações da Constipação Crônica**:
  - **Fissura anal ou hemorroidas**: Pacientes que desenvolvem fissuras anais ou hemorroidas dolorosas como complicações da constipação crônica.
  - **Impactação fecal ou megacólon**: Pacientes com história de impactação fecal frequente, com necessidade de intervenções para desobstrução, ou suspeita de megacólon.
- **Disfunção do Assoalho Pélvico**:
  - **Dificuldade persistente para evacuar**: Pacientes que apresentam sensação de evacuação incompleta, esforço excessivo ou necessidade de manobras digitais para facilitar a evacuação, sugerindo dissinergia do assoalho pélvico ou obstrução do trânsito intestinal.
  - **Prolapso retal**: Pacientes com sintomas de prolapso retal ou sensação de bloqueio anal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Frequência das evacuações, consistência das fezes (escala de fezes de Bristol), esforço para evacuar, e sensação de evacuação incompleta.
  - Mudanças recentes no hábito intestinal, presença de sintomas de alarme (sangue nas fezes, perda de peso, dor abdominal).
  - História de doenças metabólicas, uso de medicamentos que podem induzir constipação, e histórico de tratamentos anteriores.
  - Sintomas associados, como dor abdominal, distensão, náuseas, ou sintomas do trato urinário ou genital (em caso de suspeita de disfunção do assoalho pélvico).
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma, função renal, eletrólitos, cálcio sérico, TSH (para excluir hipotireoidismo), e glicemia de jejum.

- **Exames de imagem**: Se realizados, exames como tomografia computadorizada (TC) do abdome ou colonoscopia para investigar causas orgânicas de constipação (lesões obstrutivas, câncer colorretal).
- **Exames funcionais**, se aplicáveis: Testes como tempo de trânsito colônico, defecografia ou manometria anorretal para avaliação de distúrbios de motilidade ou disfunção do assoalho pélvico.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar se o paciente está em uso de laxantes, medicamentos constipantes (opioides, anticolinérgicos, antidepressivos), ou outros tratamentos relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como doenças metabólicas, neurológicas ou distúrbios psiquiátricos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da história de constipação, incluindo frequência das evacuações, consistência das fezes e resposta ao tratamento inicial com mudanças no estilo de vida e laxantes.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, além de considerar testes funcionais para investigar disfunções de motilidade ou obstruções anatômicas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **constipação funcional** podem ser tratados com ajustes dietéticos, uso de laxantes osmóticos ou estimulantes, e orientação comportamental (biofeedback para dissinergia do assoalho pélvico).
  - Pacientes com **complicações**, como fissuras, hemorroidas ou prolapso retal, podem necessitar de intervenção cirúrgica ou tratamento específico para o alívio dos sintomas.
  - Pacientes com **suspeita de causas orgânicas** devem ser submetidos a exames adicionais, como colonoscopia ou estudos de motilidade, para diagnóstico e manejo específico.
  - Pacientes com constipação crônica refratária, sintomas de alarme, complicações graves, ou suspeita de distúrbios orgânicos ou funcionais serão encaminhados para regulação para avaliação especializada e exames complementares, como estudos de trânsito colônico, manometria anorretal, ou defecografia.

9.3.1.42. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Suspeita de Cirrose ou Alteração Laboratorial Hepática**

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **cirrose hepática** é uma condição crônica caracterizada por fibrose progressiva do fígado, resultando em disfunção hepática. É causada por uma variedade de fatores, como abuso crônico de álcool, hepatites virais, doenças autoimunes e doenças metabólicas. A identificação precoce de cirrose ou alterações laboratoriais hepáticas é crucial para evitar complicações graves, como insuficiência hepática, hipertensão portal e carcinoma hepatocelular.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Suspeita Clínica de Cirrose**:
  - **Sintomas e sinais de cirrose**: Pacientes com fadiga, icterícia, prurido, edema, ascite, ou sinais de hipertensão portal, como varizes esofágicas, esplenomegalia ou encefalopatia hepática.
  - **Alterações na função hepática**: Presença de alterações laboratoriais que indicam disfunção hepática, como elevações persistentes das enzimas hepáticas (TGO, TGP), bilirrubinas, INR prolongado, ou hipoalbuminemia.
- **Alterações Laboratoriais Hepáticas Persistentes**:
  - **Elevação prolongada de transaminases**: Pacientes com aumento persistente de AST (TGO), ALT (TGP), fosfatase alcalina ou GGT, sem explicação clara, mesmo após exclusão de causas agudas, como hepatites virais.
  - **Alteração isolada de bilirrubinas**: Elevação inexplicada de bilirrubina direta, que pode sugerir colestase intra-hepática ou doença hepática avançada.
  - **Anormalidades em testes de coagulação**: Pacientes com tempo de protrombina (TP) ou INR prolongados, sugerindo disfunção hepática significativa.
- **Alterações Hepáticas em Pacientes com Fatores de Risco**:
  - **História de consumo crônico de álcool**: Pacientes com uso crônico de álcool, mesmo sem sintomas evidentes de cirrose, mas com alterações laboratoriais hepáticas sugestivas.
  - **História de hepatite viral**: Pacientes com hepatite B ou C crônica, mesmo em fase assintomática, que apresentam alterações na função hepática ou fibrose avançada em exames de imagem.

- **Doenças autoimunes ou metabólicas**: Pacientes com doenças hepáticas autoimunes (hepatite autoimune, cirrose biliar primária) ou metabólicas (hemocromatose, doença de Wilson), com alterações laboratoriais persistentes.

- **Exames de Imagem Suspeitos de Cirrose**:
  - **Achados de fibrose hepática**: Exames de imagem, como ultrassonografia ou elastografia (FibroScan), que mostram sinais de fibrose hepática ou alterações estruturais do fígado, como nodularidade hepática, esplenomegalia ou ascite.
  - **Nódulos hepáticos**: Presença de nódulos hepáticos em exames de imagem, especialmente em pacientes com fatores de risco para cirrose ou carcinoma hepatocelular.
- **Complicações Relacionadas à Cirrose**:
  - **Hipertensão portal**: Pacientes com esplenomegalia, varizes esofágicas ou ascite, indicando complicações associadas à hipertensão portal.
  - **Encefalopatia hepática**: Pacientes com confusão mental, sonolência excessiva, ou comportamento alterado, sugerindo encefalopatia hepática.
  - **Ascite**: Acúmulo de líquido na cavidade abdominal, indicando descompensação da função hepática.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas associados (fadiga, icterícia, ascite, prurido, confusão mental, sangramentos).
  - História de doenças hepáticas prévias (hepatite B, C, uso crônico de álcool, doenças autoimunes).
  - História familiar de doenças hepáticas, doenças metabólicas ou autoimunes.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Função hepática completa (TGO, TGP, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubinas), INR, albumina, hemograma, função renal.
  - **Marcadores virais**: Se houver suspeita de hepatite viral, testes como HBsAg, anti-HCV e carga viral devem ser incluídos.
  - **Exames de imagem**: Resultados de ultrassonografia, elastografia hepática (FibroScan), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), especialmente se houver sinais de fibrose, nódulos hepáticos ou ascite.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam ter hepatotoxicidade, como estatinas, anti-inflamatórios ou antiepilépticos.
- **Comorbidades**: Descrever outras condições clínicas relevantes, como hipertensão, diabetes, obesidade ou doenças autoimunes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas de disfunção hepática, presença de complicações, e análise das alterações laboratoriais e de imagem para avaliar o estágio da doença hepática.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo solicitar exames adicionais, como biópsia hepática ou exames de imagem mais detalhados (TC/RM), para confirmar o diagnóstico de cirrose e determinar o grau de fibrose.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **cirrose compensada** podem ser acompanhados com controle regular da função hepática, dieta adequada e monitoramento para evitar complicações.
    - Pacientes com **cirrose descompensada** (ascite, encefalopatia, hipertensão portal) devem ser tratados com medicamentos específicos e monitoramento rigoroso.
    - Pacientes com **fibrose hepática avançada** ou **nódulos hepáticos** devem ser avaliados para o risco de carcinoma hepatocelular e incluídos em programas de vigilância por imagem (ultrassonografia e alfa-fetoproteína).
    - Pacientes com suspeita de cirrose, alterações laboratoriais hepáticas persistentes ou complicações graves, como ascite, encefalopatia ou hipertensão portal**,** serão encaminhados para regulação para avaliação especializada, realização de exames adicionais e definição do tratamento adequado, incluindo possível inclusão em listas de transplante hepático em casos graves.

9.3.1.43. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Alteração em Exames de Imagem Hepática**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Alterações em exames de imagem hepática podem ser incidentais ou indicativas de doenças hepáticas significativas, como esteatose hepática, hepatite, cirrose, nódulos hepáticos benignos

ou malignos, e outras condições hepáticas estruturais. A interpretação correta dessas alterações é fundamental para o diagnóstico precoce e o manejo adequado, que pode envolver desde vigilância até intervenções terapêuticas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Esteatose Hepática (Fígado Gorduroso)**:
  - **Esteatose hepática não alcoólica (NAFLD)**: Pacientes com diagnóstico de esteatose hepática detectada por ultrassonografia ou tomografia, especialmente em indivíduos com obesidade, diabetes ou dislipidemia.
  - **Esteato-hepatite não alcoólica (NASH)**: Pacientes com sinais de inflamação hepática (elevação das transaminases) associada à esteatose hepática em exames de imagem, sugerindo progressão para fibrose.
  - **Esteatose hepática alcoólica**: Pacientes com histórico de consumo crônico de álcool e sinais de esteatose em exames de imagem, associados a elevação de enzimas hepáticas.
- **Fibrose Hepática ou Cirrose**:
  - **Fibrose hepática**: Achados de fibrose hepática ou sinais de cirrose incipiente em exames de imagem, como ultrassonografia ou elastografia (FibroScan), que indicam necessidade de monitoramento ou tratamento.
  - **Cirrose avançada**: Presença de sinais radiológicos de cirrose, como nodularidade hepática, atrofia do fígado, esplenomegalia, varizes esofágicas, ou ascite, requer avaliação para complicações.
- **Nódulos Hepáticos**:
  - **Nódulos hepáticos benignos**: Presença de nódulos hepáticos como hemangiomas, adenomas ou hiperplasia nodular focal (HNF), que necessitam de monitoramento periódico ou avaliação de ressecção.
  - **Nódulos hepáticos suspeitos de malignidade**: Pacientes com nódulos hepáticos indeterminados, especialmente em pacientes com fatores de risco para carcinoma hepatocelular (cirrose, hepatite B ou C), que necessitam de avaliação mais detalhada, como tomografia ou ressonância magnética com contraste.
- **Alterações Vasculares Hepáticas**:
  - **Trombose de veia porta**: Pacientes com trombose venosa portal ou outras alterações vasculares hepáticas detectadas por exames de imagem.

- **Hipertensão portal**: Sinais radiológicos de hipertensão portal, como esplenomegalia, varizes esofágicas, ou ascite.

- **Lesões Císticas**:
  - **Cistos hepáticos simples**: Pacientes com cistos hepáticos simples detectados por ultrassonografia, que geralmente são benignos, mas podem necessitar de acompanhamento se forem grandes ou causarem sintomas.
  - **Cistoadenomas ou cistoadenocarcinomas**: Lesões císticas complexas ou com septações, que podem indicar risco de malignidade e exigem avaliação mais detalhada.
- **Tumores Hepáticos Malignos**:
  - **Carcinoma hepatocelular**: Nódulos hepáticos em pacientes com cirrose ou hepatite crônica, sugerindo carcinoma hepatocelular, que exigem avaliação detalhada para confirmação e estadiamento.
  - **Metástases hepáticas**: Pacientes com achados de metástases hepáticas em exames de imagem, principalmente em casos de histórico conhecido de câncer primário (colorretal, mama, pulmão, etc.).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas associados, como fadiga, icterícia, perda de peso, dor abdominal ou outros sinais sistêmicos.
  - Histórico de doenças hepáticas (hepatite B ou C, esteatose hepática, cirrose) ou fatores de risco (consumo de álcool, obesidade, diabetes).
  - Histórico familiar de doenças hepáticas ou câncer.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Função hepática completa (TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina, GGT), albumina, INR, hemograma e testes de marcadores virais (HBsAg, anti-HCV).
  - **Exames de imagem**: Relatórios de ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), ou elastografia hepática, detalhando as características das lesões encontradas (tamanho, localização, vascularização, presença de septações ou calcificações).
  - **Biópsia hepática**, se realizada: Resultados histológicos em casos de biópsia, especialmente em nódulos indeterminados ou suspeitos.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos hepatotóxicos ou outros que possam influenciar o estado hepático.
- **Comorbidades**: Outras condições que possam impactar o fígado, como diabetes, dislipidemia, hipertensão ou doenças metabólicas.

Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da história clínica e exames de imagem, com atenção a achados radiológicos que sugerem complicações ou necessidade de intervenção.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames de imagem e laboratoriais para determinar a natureza das alterações hepáticas e recomendar tratamentos ou investigações adicionais, como biópsias ou exames de imagem avançados.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **esteatose hepática** devem ser orientados quanto à modificação do estilo de vida e acompanhamento regular da função hepática e risco de progressão para NASH ou cirrose.
    - Pacientes com **nódulos hepáticos** devem ser avaliados quanto à necessidade de vigilância ou ressecção, dependendo do risco de malignidade.
    - Pacientes com **alterações estruturais graves**, como cirrose, fibrose avançada, ou sinais de hipertensão portal, necessitam de manejo rigoroso para prevenir complicações como hemorragias ou encefalopatia hepática.
    - Pacientes com **alterações hepáticas significativas em exames de imagem**, como **nódulos hepáticos, fibrose avançada, sinais de cirrose ou tumores hepáticos suspeitos**, serão **encaminhados para regulação** para avaliação e acompanhamento especializado, incluindo possível biópsia hepática, vigilância ou tratamento cirúrgico.

9.3.1.44. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Esteatose Hepática**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Esteatose hepática, também conhecida como **fígado gorduroso**, ocorre quando há acúmulo excessivo de gordura no fígado. Pode ser classificada em **esteatose hepática não alcoólica (NAFLD)**, associada a fatores metabólicos, e **esteatose hepática alcoólica**, ligada ao consumo crônico de álcool. A progressão da esteatose pode levar à **esteato-hepatite (NASH),**

fibrose, cirrose e, em casos raros, carcinoma hepatocelular. O manejo envolve mudança no estilo de vida, controle de comorbidades e, em casos avançados, vigilância para complicações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Esteatose Hepática Não Alcoólica (NAFLD)**:
  - **Diagnóstico de esteatose hepática**: Pacientes com esteatose detectada em exames de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada, ou ressonância magnética), especialmente em indivíduos com fatores de risco metabólicos, como obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão, ou dislipidemia.
  - **Elevação das enzimas hepáticas**: Pacientes com aumento persistente de transaminases (TGO e TGP), com suspeita de esteato-hepatite (NASH).
  - **Progressão para fibrose**: Suspeita ou confirmação de fibrose hepática em elastografia (FibroScan) ou outros exames de imagem.
- **Esteato-Hepatite Não Alcoólica (NASH)**:
  - **Sinais de inflamação hepática**: Pacientes com NAFLD e sinais de inflamação hepática em exames laboratoriais ou de imagem, indicando progressão para esteato-hepatite.
  - **Fatores de risco para progressão**: Presença de fatores de risco como obesidade central, resistência à insulina, dislipidemia e síndrome metabólica, que aumentam a probabilidade de evolução para NASH, fibrose ou cirrose.
- **Esteatose Hepática Alcoólica**:
  - **Histórico de consumo crônico de álcool**: Pacientes com uso crônico de álcool e diagnóstico de esteatose hepática, mesmo na ausência de sintomas.
  - **Sinais de lesão hepática induzida por álcool**: Pacientes com elevações nas enzimas hepáticas e histórico de uso crônico de álcool.
- **Complicações Potenciais**:
  - **Fibrose hepática avançada ou cirrose**: Pacientes com sinais de fibrose avançada ou cirrose em exames de imagem ou elastografia hepática.
  - **Elevação persistente de enzimas hepáticas**: Pacientes com elevação prolongada das enzimas hepáticas, mesmo após intervenção com mudanças no estilo de vida.
  - **Risco de carcinoma hepatocelular**: Pacientes com sinais de progressão para cirrose, que necessitam de vigilância para carcinoma hepatocelular (nódulos hepáticos ou achados suspeitos em exames de imagem).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas associados (fadiga, desconforto abdominal, perda de peso) e fatores de risco, como obesidade, diabetes, dislipidemia e uso crônico de álcool.
  - História de alterações laboratoriais, como elevações de TGO, TGP, GGT ou fosfatase alcalina.
  - Mudanças no estilo de vida já adotadas (perda de peso, controle glicêmico, dieta) e resposta ao tratamento inicial.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Função hepática (TGO, TGP, GGT, bilirrubinas), glicemia de jejum, perfil lipídico, HbA1c (para avaliação do controle do diabetes) e função renal.
  - **Exames de imagem**: Ultrassonografia de abdome, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, com descrição da gravidade da esteatose e presença de fibrose ou sinais de cirrose.
  - **Elastografia hepática (FibroScan)**, se realizada: Relatório dos achados de fibrose hepática, com grau de rigidez hepática.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos para controle de diabetes, hipertensão, dislipidemia, ou outras condições associadas.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemia, ou histórico de uso crônico de álcool.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos fatores de risco metabólicos e da gravidade da esteatose hepática com base em exames laboratoriais e de imagem.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames laboratoriais e de imagem para confirmar o diagnóstico de esteatose hepática ou esteato-hepatite, determinar o grau de fibrose e definir o risco de progressão para cirrose ou carcinoma hepatocelular.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **esteatose hepática leve a moderada** devem ser orientados sobre mudanças no estilo de vida, com foco na perda de peso, controle glicêmico e melhora dos fatores de risco metabólicos.

- Pacientes com **esteato-hepatite (NASH)** ou **fibrose avançada** necessitam de acompanhamento rigoroso, com foco no controle das comorbidades e monitoramento regular da função hepática.
- Pacientes com **cirrose ou risco aumentado de carcinoma hepatocelular** devem ser incluídos em programas de vigilância, com exames de imagem periódicos e dosagem de alfa-fetoproteína (AFP).
- Pacientes com **esteatose hepática complicada por esteato-hepatite (NASH), fibrose avançada, ou suspeita de progressão para cirrose**, serão **encaminhados para regulação** para avaliação especializada e acompanhamento rigoroso, incluindo vigilância para carcinoma hepatocelular e manejo das complicações hepáticas.

9.3.1.45. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Hepatite B**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hepatite B é uma infecção viral que afeta o fígado e pode ser aguda ou crônica. A hepatite B crônica pode evoluir para fibrose, cirrose e carcinoma hepatocelular (câncer de fígado). O manejo adequado envolve o monitoramento dos marcadores virais, função hepática e, em casos indicados, tratamento antiviral. Pacientes com hepatite B crônica precisam de acompanhamento regular para evitar complicações e reduzir a progressão da doença.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Diagnóstico de Hepatite B Crônica**:
  - **HBsAg positivo por mais de 6 meses**: Pacientes com infecção crônica confirmada pelo teste de HBsAg positivo.
  - **Carga viral detectável (HBV-DNA)**: Pacientes com replicação viral ativa, evidenciada pela presença de DNA do HBV detectado em exames de laboratório.
  - **Elevação das Enzimas Hepáticas**:
  - **Transaminases elevadas**: Pacientes com elevação persistente de ALT e AST, sugerindo inflamação hepática ativa.
  - **Flutuações nas enzimas hepáticas**: Pacientes que apresentam elevações intermitentes ou flutuações nas enzimas hepáticas, sugerindo atividade viral.
- **Progressão para Fibrose ou Cirrose**:

- **Sinais de fibrose ou cirrose**: Pacientes com hepatite B crônica e evidência de fibrose hepática em elastografia (FibroScan) ou biópsia hepática, ou com sinais radiológicos de cirrose (nodularidade hepática, esplenomegalia, ascite).
- **Complicações da cirrose**: Pacientes com complicações como ascite, encefalopatia hepática, varizes esofágicas ou hipertensão portal.

- **Indicação para Tratamento Antiviral**:
  - **Necessidade de tratamento antiviral**: Pacientes com alta carga viral (HBV-DNA), inflamação hepática persistente (elevação de ALT/AST), ou fibrose significativa, que necessitam de terapia antiviral com tenofovir, entecavir ou outros antivirais orais.
  - **Imunossupressão ou quimioterapia**: Pacientes com hepatite B que precisam iniciar tratamentos imunossupressores ou quimioterápicos (como para câncer ou transplante), exigindo profilaxia com antivirais para evitar reativação viral.
- **Carcinoma Hepatocelular (CHC) e Vigilância**:
  - **Risco aumentado de carcinoma hepatocelular (CHC)**: Pacientes com hepatite B crônica e alto risco de desenvolver CHC (cirrose, histórico familiar de CHC, co-infecção com hepatite C ou HIV) devem ser monitorados regularmente com ultrassonografia e dosagem de alfa-fetoproteína (AFP).
  - **Nódulos hepáticos suspeitos**: Pacientes com nódulos hepáticos detectados em exames de imagem que sugerem CHC.
- **Gravidez e Hepatite B**: Pacientes grávidas com HBsAg positivo que necessitam de avaliação para profilaxia perinatal para reduzir o risco de transmissão vertical do vírus para o bebê.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Tempo de infecção (quando identificado), sintomas associados (fadiga, icterícia, dor abdominal), e fatores de risco para progressão (álcool, obesidade, diabetes).
  - Exposição prévia a tratamentos antivirais ou imunossupressores.
  - História familiar de hepatite B ou câncer de fígado.
- **Exames realizados**:
  - **Marcadores virais**: HBsAg, HBeAg, anti-HBe, e HBV-DNA (carga viral).
  - **Exames laboratoriais**: Função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina, GGT), albumina, INR, hemograma completo.

- **Exames de imagem**: Ultrassonografia, elastografia hepática (FibroScan) ou tomografia computadorizada (TC) para avaliar o grau de fibrose ou presença de complicações como ascite ou varizes.
- **Biópsia hepática**, se realizada: Relatórios de biópsia para avaliar a gravidade da inflamação e fibrose hepática.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antivirais (se o paciente já iniciou tratamento) e outras medicações relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas, como coinfecções (hepatite C, HIV), doenças metabólicas ou uso de medicamentos imunossupressores.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos marcadores virais, carga viral, função hepática e complicações associadas à hepatite B, como cirrose ou carcinoma hepatocelular.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames laboratoriais e de imagem para determinar o estágio da infecção e se o paciente precisa de tratamento antiviral. Pode ser necessário o ajuste de antivirais, vigilância regular para carcinoma hepatocelular ou tratamento das complicações hepáticas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **infecção crônica inativa** (HBV-DNA indetectável, transaminases normais) podem ser monitorados com exames periódicos sem necessidade imediata de tratamento.
  - Pacientes com **hepatite crônica ativa** (alta carga viral, inflamação hepática ou fibrose) devem ser tratados com antivirais orais, como tenofovir ou entecavir, para controlar a replicação viral e prevenir complicações.
  - Pacientes com **cirrose ou alto risco de carcinoma hepatocelular** devem ser incluídos em programas de vigilância com exames de imagem regulares e testes de AFP.
  - Pacientes com **hepatite B crônica com inflamação ativa, fibrose hepática significativa, complicações como cirrose, ou risco elevado de carcinoma hepatocelular**, serão **encaminhados para regulação** para acompanhamento especializado e possível início de tratamento antiviral, vigilância e manejo das complicações hepáticas.

9.3.1.46. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Hepatite C**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hepatite C é uma infecção viral que pode causar inflamação crônica no fígado, levando a fibrose, cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC). A maioria dos pacientes com hepatite C crônica são assintomáticos por muitos anos, o que torna o diagnóstico precoce essencial. O manejo envolve avaliação da carga viral, função hepática e tratamento com antivirais de ação direta (DAA), que têm altas taxas de cura.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Diagnóstico Confirmado de Hepatite C Crônica**:
  - **Anticorpo anti-HCV positivo e HCV-RNA detectável**: Pacientes com infecção crônica confirmada por testes sorológicos e moleculares, com presença de RNA do HCV detectável.
  - **Carga viral detectável**: Pacientes com carga viral ativa (HCV-RNA positivo) que necessitam de tratamento antiviral.
- **Elevação das Enzimas Hepáticas**:
  - **Elevação persistente de transaminases**: Pacientes com elevações de AST e ALT, sugerindo inflamação hepática ativa.
  - **Flutuações nas enzimas hepáticas**: Pacientes com flutuações nos níveis de transaminases, que podem indicar atividade intermitente do vírus.
- **Progressão para Fibrose ou Cirrose**:
  - **Fibrose ou cirrose**: Pacientes com hepatite C crônica e evidência de fibrose avançada ou cirrose confirmada por elastografia (FibroScan), ultrassonografia, ou biópsia hepática.
  - **Complicações da cirrose**: Pacientes com complicações como ascite, encefalopatia hepática, varizes esofágicas, ou hipertensão portal.
- **Indicação para Tratamento Antiviral de Ação Direta (DAA)**:
  - **Necessidade de tratamento antiviral**: Pacientes com carga viral ativa e inflamação hepática ou fibrose significativa, que necessitam de terapia antiviral com DAA (como sofosbuvir, ledipasvir, glecaprevir, pibrentasvir, entre outros).
  - **Pacientes coinfectados com HIV ou hepatite B**: Necessidade de tratamento antiviral, ajustado para evitar interações medicamentosas e potencial reativação de outros vírus.
- **Carcinoma Hepatocelular (CHC) e Vigilância**:

- **Risco aumentado de carcinoma hepatocelular (CHC)**: Pacientes com hepatite C crônica e cirrose, ou histórico familiar de CHC, devem ser monitorados regularmente com ultrassonografia e dosagem de alfa-fetoproteína (AFP) para detecção precoce de CHC.
- **Nódulos hepáticos suspeitos**: Pacientes com achados de nódulos hepáticos que exigem investigação detalhada para carcinoma hepatocelular.

- **História de Tratamento Prévio Sem Sucesso**:
  - **Falha de tratamento antiviral anterior**: Pacientes que já receberam tratamento com antivirais (interferon ou DAA) e não obtiveram resposta virológica sustentada (cura).
- **Gravidez e Hepatite C**: Pacientes grávidas que necessitam de avaliação e manejo cuidadoso, apesar de o tratamento antiviral geralmente não ser indicado durante a gravidez.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Data de diagnóstico da hepatite C, sintomas associados (fadiga, icterícia, perda de peso), e exposição a fatores de risco (uso de drogas injetáveis, transfusões de sangue, histórico familiar de hepatite).
  - Histórico de tratamento anterior (se houver), com detalhes sobre a resposta virológica e complicações associadas.
- **Exames realizados**:
  - **Marcadores virais**: Anti-HCV positivo, HCV-RNA (carga viral detectável) e genótipo do HCV (se disponível).
  - **Exames laboratoriais**: Função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina, GGT), albumina, INR, hemograma completo, função renal.
  - **Exames de imagem**: Ultrassonografia, elastografia hepática (FibroScan), ou tomografia computadorizada (TC) para avaliar fibrose ou cirrose, além de ultrassonografia abdominal com dosagem de alfa-fetoproteína (AFP) para vigilância de carcinoma hepatocelular.
  - **Biópsia hepática**, se realizada: Relatório da biópsia hepática para avaliar o grau de inflamação e fibrose.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antivirais, imunossupressores ou medicamentos que possam influenciar o estado hepático ou viral.

- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como coinfecção com HIV ou hepatite B, doenças metabólicas ou uso de medicamentos imunossupressores.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos marcadores virais, carga viral, função hepática e complicações associadas à hepatite C, como cirrose ou carcinoma hepatocelular.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, e iniciará o tratamento antiviral de ação direta (DAA), considerando o genótipo do vírus e a gravidade da fibrose. Pode ser necessário monitorar complicações hepáticas e ajustar o tratamento conforme a resposta.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **hepatite C crônica sem fibrose significativa** podem ser tratados com antivirais de ação direta, com altas taxas de cura (RVS).
    - Pacientes com **fibrose avançada ou cirrose** devem ser monitorados para complicações e tratados com antivirais, com vigilância rigorosa para carcinoma hepatocelular.
    - Pacientes com **cirrose descompensada** ou complicações graves devem ser considerados para inclusão em programas de vigilância e, em alguns casos, para transplante hepático.
    - Pacientes com **hepatite C crônica, fibrose avançada, cirrose ou complicações hepáticas, como carcinoma hepatocelular**, serão **encaminhados para regulação** para acompanhamento especializado, tratamento antiviral e vigilância para complicações hepáticas.

9.3.1.47. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Alteração em Endoscopia Digestiva Alta**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Alterações em endoscopia digestiva alta podem indicar diversas patologias do esôfago, estômago e duodeno, como esofagite, gastrite, úlceras pépticas, varizes esofágicas, estenoses, tumores e doenças inflamatórias. O manejo adequado dessas alterações depende do diagnóstico e do potencial de complicações, que podem variar desde o controle clínico até a necessidade de intervenção cirúrgica ou endoscópica.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Doenças Esofágicas**:
  - **Esofagite erosiva**: Presença de erosões no esôfago, frequentemente associada à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), que necessita de tratamento com inibidores de bomba de prótons (IBP) e acompanhamento.
  - **Estenoses esofágicas**: Estreitamento do esôfago visualizado na endoscopia, levando a disfagia progressiva, que pode necessitar de dilatação endoscópica ou tratamento cirúrgico.
  - **Varizes esofágicas**: Pacientes com varizes esofágicas identificadas, que requerem tratamento endoscópico ou farmacológico para prevenir sangramento, especialmente em pacientes com cirrose hepática.
  - **Esôfago de Barrett**: Alteração do epitélio esofágico (metaplasia intestinal) identificada em endoscopia, com biópsia confirmatória, necessitando de vigilância endoscópica regular para prevenção de adenocarcinoma esofágico.
- **Doenças Gástricas**:
  - **Gastrite erosiva**: Presença de erosões na mucosa gástrica, frequentemente associada ao uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), álcool ou infecção por Helicobacter pylori.
  - **Úlcera gástrica**: Identificação de úlcera no estômago, que pode necessitar de tratamento para erradicação de H. pylori, uso de IBP e acompanhamento para garantir cicatrização, com vigilância para malignidade.
  - **Tumores gástricos**: Detecção de lesões tumorais no estômago, que necessitam de biópsia para diagnóstico histopatológico e estadiamento, com encaminhamento para tratamento cirúrgico ou oncológico, dependendo do caso.
- **Doenças Duodenais**:
  - **Úlcera duodenal**: Presença de úlcera no duodeno, associada frequentemente a infecção por H. pylori, que necessita de tratamento para erradicação do patógeno e uso de IBP.
  - **Doença celíaca**: Atrofia das vilosidades duodenais identificada em endoscopia, sugestiva de doença celíaca, que requer confirmação com biópsia e tratamento com dieta isenta de glúten.
- **Complicações de Sangramento Gastrointestinal**:
  - **Sangramento ativo**: Identificação de fonte de sangramento, como úlceras, varizes ou lesões vasculares, requer tratamento endoscópico imediato (hemostasia endoscópica) e manejo clínico intensivo.

- **Lesões vasculares (ectasias, angiodisplasias)**: Lesões que podem causar sangramentos crônicos ou agudos, necessitando de tratamento endoscópico ou acompanhamento.

- **Alterações Relacionadas a Infecção por H. pylori**: Pacientes com diagnóstico de úlcera ou gastrite crônica associada à infecção por Helicobacter pylori, que necessitam de tratamento para erradicação do patógeno com antibióticos e IBP, seguido de acompanhamento para confirmação de cura.
- **Lesões Tumorais Suspeitas**: Identificação de massas, pólipos ou ulcerações suspeitas de neoplasias no trato gastrointestinal superior, que necessitam de biópsia, estadiamento e encaminhamento para tratamento oncológico ou cirúrgico.
- **Alterações Pós-Cirúrgicas ou Relacionadas ao Tratamento**:
  - **Estenoses anastomóticas**: Pacientes com estreitamentos em áreas de anastomose após cirurgias gástricas ou esofágicas, necessitando de dilatação endoscópica ou reintervenção cirúrgica.
  - **Gastrite pós-cirúrgica**: Alterações na mucosa gástrica decorrentes de cirurgias bariátricas ou ressecções gástricas anteriores, que podem necessitar de acompanhamento e tratamento específico.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas associados (disfagia, azia, dor abdominal, perda de peso, sangramento gastrointestinal) e tempo de evolução.
  - História de doenças gastrointestinais prévias, uso de medicamentos (AINEs, IBPs), consumo de álcool ou tabagismo.
  - Intervenções ou tratamentos prévios relacionados à alteração endoscópica.
- **Exames realizados**:
  - **Relatório de endoscopia digestiva alta**: Detalhes sobre as alterações encontradas (esofagite, gastrite, úlceras, varizes, estenoses, tumores) e eventuais biópsias realizadas, com seus respectivos resultados histopatológicos.
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma, testes de coagulação (se houver sangramento), função hepática (em caso de varizes esofágicas) e testes para H. pylori (se indicado).

- **Exames de imagem**, se aplicável: Resultados de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), especialmente se há suspeita de complicações ou lesões tumorais.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar uso de IBPs, antiácidos, antibióticos para H. pylori, ou outros tratamentos em curso.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas, como cirrose hepática, doenças autoimunes, diabetes, ou histórico de câncer.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas e do relatório endoscópico, com foco nas alterações diagnosticadas e em suas potenciais complicações, como estenoses, sangramento, ou risco de malignidade.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará o relatório de endoscopia e os exames complementares, podendo indicar tratamentos específicos, como erradicação de H. pylori, uso de IBPs, dilatação endoscópica de estenoses ou vigilância endoscópica regular para lesões de alto risco.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)** ou **esofagite erosiva** devem continuar o tratamento com IBPs e, em casos de complicações, considerar cirurgia antirrefluxo.
  - Pacientes com **úlcera gástrica ou duodenal** devem ser tratados com IBPs e antibióticos para H. pylori, com endoscopias de controle para garantir a cicatrização.
  - Pacientes com **varizes esofágicas** ou **sangramento ativo** devem ser tratados com hemostasia endoscópica imediata, com posterior monitoramento para evitar recidivas.
  - Pacientes com **lesões tumorais suspeitas** devem ser encaminhados para tratamento oncológico ou cirúrgico conforme o estadiamento.
  - Pacientes com **alterações endoscópicas significativas**, como **varizes esofágicas, úlceras gástricas, lesões tumorais, esôfago de Barrett ou complicações pós-cirúrgicas**, serão **encaminhados para regulação** para acompanhamento especializado e, se necessário, intervenção endoscópica ou cirúrgica adicional.

9.3.1.48. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Dispepsia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dispepsia é caracterizada por desconforto ou dor abdominal localizada na região epigástrica, frequentemente associada a sensação de plenitude pós-prandial, saciedade precoce, inchaço abdominal, náuseas ou eructações. Pode ser funcional (sem lesão estrutural identificada) ou orgânica, sendo secundária a doenças como úlcera péptica, refluxo gastroesofágico, gastrite ou neoplasias. O manejo envolve diagnóstico diferencial adequado e, em casos necessários, endoscopia digestiva alta.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Dispepsia com Sintomas de Alarme**:
  - **Perda de peso inexplicada**: Pacientes com perda de peso significativa (>10% do peso corporal em 6 meses) associada a dispepsia.
  - **Sangramento gastrointestinal**: Pacientes com sinais de sangramento, como melena, hematêmese ou anemia inexplicada, sugerindo possível úlcera ou neoplasia.
  - **Disfagia ou odinofagia**: Dificuldade ou dor ao engolir alimentos, sugerindo doença esofágica ou lesão estrutural.
  - **Vômitos recorrentes**: Pacientes com vômitos frequentes ou prolongados, sugerindo obstrução ou gastroparesia.
  - **Histórico familiar de câncer gastrointestinal**: Pacientes com história familiar significativa de neoplasias gastrointestinais em parentes de primeiro grau.
- **Dispepsia Refratária ao Tratamento Inicial**:
  - **Resistência ao tratamento com IBPs**: Pacientes que não respondem a uma terapia empírica com inibidores de bomba de prótons (IBPs) por 4 a 8 semanas.
  - **Recorrência dos sintomas após o tratamento**: Pacientes cujos sintomas retornam rapidamente após interrupção do tratamento com IBPs ou antiácidos.
- **Dispepsia Secundária a Condições Orgânicas**:
  - **Doença ulcerosa péptica**: Pacientes com suspeita ou confirmação de úlcera gástrica ou duodenal, especialmente se associada a infecção por Helicobacter pylori.
  - **Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)**: Pacientes com sintomas dispepticos recorrentes e sinais de DRGE que não respondem adequadamente ao tratamento clínico.

- **Neoplasias gastrointestinais**: Presença de massas palpáveis, achados endoscópicos suspeitos de malignidade, ou outros sinais sugestivos de neoplasia gástrica.

- **Suspeita de Infecção por Helicobacter pylori**: Pacientes com sintomas persistentes e fatores de risco para infecção por H. pylori, necessitando de diagnóstico e possível tratamento para erradicação do patógeno.
- **Dispepsia Funcional**: Pacientes sem lesão estrutural identificada, com sintomas crônicos de dispepsia, necessitando de abordagem terapêutica direcionada para sintomas funcionais, incluindo ajuste dietético, uso de procinéticos, e estratégias comportamentais.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas de dispepsia (dor epigástrica, saciedade precoce, inchaço, náuseas) e sua evolução no tempo.
  - Presença de sintomas de alarme (perda de peso, sangramento, vômitos, disfagia) e fatores de risco, como consumo de álcool, uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou histórico familiar de câncer gastrointestinal.
  - Histórico de tratamentos prévios, como o uso de IBPs, antiácidos ou antibióticos para H. pylori, e sua resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo (para identificar anemia), testes de função hepática e renal, e dosagem de anticorpos ou testes de antígeno fecal para Helicobacter pylori.
  - **Exames de imagem**, se aplicável: Ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), em casos de suspeita de condições estruturais.
  - **Relatório de endoscopia digestiva alta**, se realizada: Resultados de endoscopia prévia que podem incluir gastrite, úlcera péptica, esofagite ou achados normais.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos como IBPs, procinéticos, antiácidos, ou outros tratamentos relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas que possam contribuir para a dispepsia, como diabetes, distúrbios do esvaziamento gástrico ou doenças psiquiátricas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade dos sintomas dispepticos e presença de sintomas de alarme, com foco no diagnóstico diferencial de dispepsia orgânica ou funcional.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará o histórico clínico e exames complementares, podendo indicar exames adicionais, como endoscopia digestiva alta, para descartar doenças estruturais, como úlcera, câncer gástrico ou refluxo.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **dispepsia funcional** podem ser tratados com modificação do estilo de vida, controle do estresse, uso de procinéticos e ajuste dietético.
    - Pacientes com **dispepsia orgânica**, como úlceras ou DRGE, devem receber tratamento direcionado com IBPs, antiácidos ou, em caso de H. pylori, antibióticos para erradicação do patógeno.
    - Pacientes com **sinais de alarme** (perda de peso, sangramento, disfagia) devem ser submetidos a investigação adicional imediata, incluindo endoscopia e biópsia, se necessário.
    - Pacientes com **dispepsia associada a sintomas de alarme, resistência ao tratamento inicial, suspeita de úlcera ou H. pylori, ou alterações estruturais no trato gastrointestinal**, serão **encaminhados para regulação** para avaliação especializada, exames complementares e acompanhamento adequado.

9.3.1.49. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica em que o conteúdo gástrico retorna ao esôfago, causando sintomas como azia e regurgitação. A DRGE pode levar a complicações como esofagite erosiva, estenose esofágica e esôfago de Barrett, o que aumenta o risco de adenocarcinoma esofágico. O manejo envolve tratamento com inibidores de bomba de prótons (IBPs), mudanças no estilo de vida e, em casos graves, intervenções cirúrgicas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Sintomas Clássicos de DRGE Refratários ao Tratamento**:

- **Azia e regurgitação persistentes**: Pacientes com sintomas típicos de DRGE que persistem apesar do tratamento com IBPs por pelo menos 8 semanas.
- **Sintomas noturnos**: Piora dos sintomas à noite, interrompendo o sono, apesar de tratamento adequado com IBPs.

- **Sintomas Atípicos ou Extraesofágicos**:
  - **Tosse crônica, rouquidão ou laringite**: Sintomas extraesofágicos associados ao refluxo, como tosse persistente, rouquidão, ou laringite, que não respondem a tratamentos convencionais.
  - **Dor torácica não cardíaca**: Dor torácica que imita angina, mas sem causa cardíaca aparente, que pode estar associada ao refluxo.
- **Resistência ao Tratamento Clínico**:
  - **Falha ao tratamento com IBPs**: Pacientes que não respondem ao tratamento convencional com IBPs em dose plena por 8 semanas, sugerindo necessidade de investigação adicional.
  - **Recorrência de sintomas após interrupção do tratamento**: Pacientes cujos sintomas retornam após a descontinuação do uso de IBPs, sugerindo a necessidade de estratégias alternativas de manejo ou intervenções mais agressivas.
- **Complicações da DRGE**:
  - **Esofagite erosiva**: Pacientes com esofagite diagnosticada por endoscopia, que não responde ao tratamento clínico ou que apresenta recorrência frequente.
  - **Esôfago de Barrett**: Presença de metaplasia intestinal no esôfago confirmada por biópsia, o que requer vigilância regular devido ao risco aumentado de câncer esofágico.
  - **Estenose esofágica**: Estreitamento esofágico associado a DRGE crônica, causando disfagia progressiva e necessitando de dilatação endoscópica.
- **Indicação Cirúrgica**:
  - **Indicação para fundoplicatura**: Pacientes candidatos à cirurgia antirrefluxo (fundoplicatura de Nissen), devido à falha do tratamento clínico ou presença de grandes hérnias de hiato.
  - **Pacientes com contraindicações ao uso prolongado de IBPs**: Pacientes que não podem usar IBPs a longo prazo devido a efeitos colaterais ou contraindicações, como osteoporose ou insuficiência renal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (azia, regurgitação, dor torácica) e sua frequência, duração e fatores de agravamento (alimentos, posição deitada, etc.).
  - Histórico de uso de IBPs, dose e duração, e resposta ao tratamento.
  - Presença de sintomas de alarme, como disfagia, perda de peso, anemia, ou sangramento gastrointestinal.
- **Exames realizados**:
  - **Endoscopia digestiva alta**: Relatório de endoscopia mostrando esofagite, esôfago de Barrett, estenose ou hérnia de hiato.
  - **pHmetria de 24 horas**, se disponível: Teste para medir a acidez esofágica e confirmar o diagnóstico de DRGE.
  - **Manometria esofágica**, se realizada: Avaliação da motilidade esofágica, especialmente em casos de disfagia ou antes de cirurgia antirrefluxo.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar uso de IBPs, antiácidos, procinéticos, e outros medicamentos relacionados ao manejo da DRGE.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como obesidade, apneia do sono, ou distúrbios gastrointestinais.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade dos sintomas e resposta ao tratamento clínico, com ênfase na presença de complicações ou sintomas atípicos.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames de imagem e laboratoriais para confirmar o diagnóstico de DRGE e determinar o tratamento mais adequado, que pode incluir aumento da dose dos IBPs, ajuste do estilo de vida ou cirurgia antirrefluxo.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **DRGE leve a moderada** podem continuar o tratamento com IBPs e seguir orientações dietéticas e de estilo de vida.
  - Pacientes com **DRGE grave ou refratária** podem ser encaminhados para cirurgia antirrefluxo ou tratamento endoscópico.
  - Pacientes com **esôfago de Barrett** ou **estenoses** devem ser monitorados regularmente para prevenção de complicações graves, como adenocarcinoma esofágico.

- Pacientes com **DRGE refratária ao tratamento clínico, complicações graves, como esôfago de Barrett, ou indicação cirúrgica** serão **encaminhados para regulação** para avaliação especializada, intervenções endoscópicas ou cirurgia

9.3.1.50. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Suspeita de Neoplasia Gastrointestinal**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Neoplasia gastrointestinal refere-se a tumores malignos que podem ocorrer ao longo do trato gastrointestinal, incluindo esôfago, estômago, intestinos (delgado e grosso), pâncreas e reto. A detecção precoce é essencial para melhorar o prognóstico, e sintomas de alerta ou achados de exames sugestivos de neoplasia devem ser investigados imediatamente. O manejo envolve diagnóstico por imagem, biópsias e, em alguns casos, cirurgia, quimioterapia ou radioterapia.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Sintomas de Alarme Associados a Neoplasia Gastrointestinal**:
  - **Perda de peso inexplicada**: Emagrecimento significativo e não intencional, sem outra causa aparente.
  - **Sangramento gastrointestinal**: Hematoquezia (sangue nas fezes), melena (fezes enegrecidas) ou hematêmese (vômito com sangue), sugerindo sangramento ativo do trato gastrointestinal.
  - **Anemia ferropriva**: Anemia inexplicada com deficiência de ferro, frequentemente associada à perda crônica de sangue gastrointestinal.
  - **Disfagia ou odinofagia**: Dificuldade ou dor ao engolir, especialmente associada à perda de peso ou histórico de tabagismo e alcoolismo, sugerindo neoplasia esofágica.
  - **Massa palpável abdominal**: Presença de massas detectáveis durante o exame físico, sugerindo lesão tumoral.
  - **Vômitos recorrentes ou obstrução**: Vômitos persistentes, especialmente associados à obstrução intestinal ou estenose gástrica.
  - **Alterações persistentes no hábito intestinal**: Mudança abrupta e duradoura no padrão de evacuações, como diarreia ou constipação, especialmente em pacientes acima de 50 anos.
- **Achados Endoscópicos ou Radiológicos Sugestivos de Neoplasia**:

- **Lesões tumorais visíveis**: Identificação de massas, ulcerações, ou pólipos grandes no esôfago, estômago, cólon ou reto durante endoscopias ou colonoscopias.
- **Pólipos grandes ou com características suspeitas**: Pólipos maiores que 1 cm ou com aparência vilosa ou displásica em exames endoscópicos.
- **Imagens suspeitas em exames de imagem**: Achados de massas ou linfadenopatia em tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia, especialmente quando associados a sintomas de alarme.

- **Histórico Familiar de Neoplasia Gastrointestinal**:
  - **Histórico familiar de câncer gastrointestinal**: Pacientes com familiares de primeiro grau com história de câncer colorretal, gástrico ou pancreático, especialmente se diagnosticado em idade jovem.
  - **Síndromes hereditárias**: Pacientes com história de síndromes genéticas associadas a neoplasias gastrointestinais, como síndrome de Lynch ou polipose adenomatosa familiar (PAF).
- **História de Condições de Alto Risco**:
  - **Doenças inflamatórias intestinais de longa data**: Pacientes com colite ulcerativa ou doença de Crohn com mais de 8-10 anos de duração, que têm maior risco de câncer colorretal.
  - **Esôfago de Barrett**: Pacientes com esôfago de Barrett confirmado por biópsia, uma condição precursora de adenocarcinoma esofágico.
  - **Cirrose hepática**: Pacientes com cirrose hepática, especialmente associada a hepatite B ou C, que apresentam maior risco de carcinoma hepatocelular.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas de alarme (perda de peso, sangramento, anemia, disfagia, vômitos, alteração nos hábitos intestinais) e sua evolução.
  - Fatores de risco, como histórico familiar de câncer gastrointestinal, tabagismo, alcoolismo, ou doenças gastrointestinais prévias (doença inflamatória intestinal, cirrose).
  - Tratamentos prévios, como cirurgia ou quimioterapia, e sua resposta.
- **Exames realizados**:

- **Exames laboratoriais**: Hemograma completo (com foco na presença de anemia), ferritina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, bilirrubinas, e função renal.
- **Marcadores tumorais**, se aplicáveis: Testes como antígeno carcinoembrionário (CEA) para câncer colorretal, CA 19-9 para câncer pancreático ou AFP (alfa-fetoproteína) para carcinoma hepatocelular.
- **Exames de imagem**: Relatórios de ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM), ou endoscopia mostrando lesões suspeitas, massas, linfadenopatia, ou sinais de metástases.

- **Relatório de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia**, se realizada: Descrição de pólipos, massas, ulcerações, ou lesões suspeitas, e biópsias associadas.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar se o paciente faz uso de medicamentos oncológicos, anti-inflamatórios ou outros tratamentos relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas que possam influenciar o manejo, como diabetes, hipertensão ou doenças hepáticas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade dos sintomas e da presença de fatores de risco ou histórico familiar de neoplasia, com foco nos achados de exames e sintomas de alarme.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames de imagem e endoscópicos, podendo indicar exames adicionais (biópsias, ressonância magnética ou tomografia), e solicitar exames laboratoriais complementares.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **neoplasias gastrointestinais confirmadas** devem ser encaminhados para tratamento oncológico ou cirúrgico, com base no estadiamento da doença.
  - Pacientes com **lesões suspeitas** ou pólipos grandes devem ser submetidos a biópsias e monitoramento regular, com encaminhamento para ressecção endoscópica ou cirúrgica, se indicado.
  - Pacientes com **fatores de risco elevados**, mas sem neoplasia confirmada, devem ser monitorados de acordo com protocolos de rastreamento e vigilância.
  - Pacientes com **suspeita de neoplasia gastrointestinal, achados de lesões endoscópicas suspeitas, sintomas de alarme ou histórico familiar significativo** serão **encaminhados para regulação** para investigação

diagnóstica adicional, biópsias e, quando necessário, tratamento oncológico ou cirúrgico.

9.3.1.51. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Alteração de Hábito Intestinal**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Alteração do hábito intestinal refere-se a mudanças na frequência, consistência ou forma das evacuações que persistem por semanas ou meses. Pode incluir constipação, diarreia, alternância entre os dois, e/ou fezes com sangue. Alterações persistentes no hábito intestinal podem estar associadas a uma variedade de condições, como **síndrome do intestino irritável (SII), doenças inflamatórias intestinais, câncer colorretal,** ou **infecções gastrointestinais.** O encaminhamento é necessário quando essas alterações são persistentes, refratárias ao tratamento inicial, ou acompanhadas por sintomas de alarme.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Alterações de Hábito Intestinal com Sintomas de Alarme**:
  - **Perda de peso inexplicada**: Pacientes que apresentam perda de peso significativa associada à mudança no padrão das evacuações.
  - **Sangue nas fezes**: Presença de sangue visível nas fezes (hematoquezia), ou teste positivo para sangue oculto nas fezes, que pode sugerir doença inflamatória, neoplasia ou hemorroidas graves.
  - **Anemia inexplicada**: Anemia ferropriva, frequentemente associada a sangramento gastrointestinal oculto.
  - **Dor abdominal persistente**: Pacientes com dor abdominal recorrente ou persistente, especialmente se associada a alterações do hábito intestinal e sintomas sistêmicos, como febre ou perda de apetite.
  - **Febre inexplicada**: Presença de febre crônica associada a alterações intestinais, que pode sugerir infecção, doença inflamatória intestinal ou abscesso abdominal.
- **Alterações Persistentes no Hábito Intestinal**:
  - **Constipação crônica**: Pacientes com constipação persistente que não respondem a mudanças no estilo de vida e uso de laxantes convencionais.

- **Diarreia crônica**: Diarreia contínua por mais de quatro semanas, sem causa infecciosa clara, podendo estar associada a doença inflamatória intestinal, síndrome do intestino irritável, ou má absorção.
- **Alternância entre constipação e diarreia**: Padrão irregular de evacuações, com alternância entre constipação e diarreia, sugerindo condições como síndrome do intestino irritável (SII) ou distúrbios inflamatórios.

- **História Familiar de Câncer Colorretal ou Doenças Inflamatórias**:
  - **Histórico familiar de câncer colorretal**: Pacientes com parentes de primeiro grau diagnosticados com câncer colorretal em idade jovem (<50 anos) ou histórico de síndromes hereditárias associadas ao câncer, como síndrome de Lynch.
  - **História familiar de doenças inflamatórias intestinais**: Pacientes com parentes próximos diagnosticados com doença de Crohn ou colite ulcerativa.
- **Outras Condições de Risco**:
  - **Doenças inflamatórias intestinais conhecidas**: Pacientes com diagnóstico prévio de doença inflamatória intestinal (colite ulcerativa ou doença de Crohn), com alterações recentes no padrão de evacuações que podem indicar atividade da doença ou complicações.
  - **Uso crônico de medicações constipantes**: Pacientes que fazem uso prolongado de medicamentos que podem alterar o hábito intestinal, como opioides, antidepressivos ou anticolinérgicos, e que não respondem ao manejo clínico convencional.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das alterações do hábito intestinal (frequência, consistência, presença de muco ou sangue), sua evolução e tempo de duração.
  - Presença de sintomas de alarme, como dor abdominal, perda de peso, sangue nas fezes ou febre.
  - Histórico de doenças gastrointestinais prévias, como síndrome do intestino irritável, doenças inflamatórias intestinais ou câncer colorretal.
  - Histórico familiar de câncer gastrointestinal ou doenças inflamatórias.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo (para detectar anemia), eletrólitos, função renal e hepática, proteína C-reativa (PCR), velocidade de

hemossedimentação (VHS), e exame de fezes para pesquisa de parasitas e sangue oculto.
    - **Exames de imagem**, se aplicáveis: Ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada (TC) ou colonoscopia para investigar causas estruturais de alteração no hábito intestinal, como obstruções, tumores ou inflamação.
    - **Teste de calprotectina fecal**, se disponível: Indicado em casos de suspeita de doença inflamatória intestinal.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de laxantes, opioides, anti-inflamatórios, antibióticos, ou outros medicamentos relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas que possam influenciar o hábito intestinal, como diabetes, doenças neurológicas ou psiquiátricas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas associados à alteração do hábito intestinal, com foco na identificação de sintomas de alarme e fatores de risco.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará o histórico clínico e exames complementares, podendo solicitar colonoscopia ou exames laboratoriais adicionais para confirmar o diagnóstico e excluir causas graves.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **constipação funcional** ou **diarreia funcional** podem ser tratados com ajustes dietéticos, uso de laxantes ou antidiarreicos, e, em casos de SII, medidas para controle de sintomas.
    - Pacientes com **doenças inflamatórias** ou **neoplasias** confirmadas devem ser encaminhados para tratamento específico, incluindo medicações anti-inflamatórias, imunossupressores, cirurgia ou vigilância regular.
    - Pacientes com **fatores de risco elevados** (história familiar de câncer, alterações com sintomas de alarme) devem ser monitorados com exames periódicos, como colonoscopia e exames laboratoriais.
    - Pacientes com **alteração persistente no hábito intestinal associada a sintomas de alarme, histórico familiar significativo, ou risco elevado de doenças inflamatórias ou neoplasias**, serão **encaminhados para regulação** para avaliação especializada, exames complementares e acompanhamento adequado.

9.3.1.52. Protocolo para Consulta em Gastroenterologia: **Dor Abdominal**

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **dor abdominal** é um sintoma comum que pode estar associado a várias condições, desde doenças gastrointestinais funcionais até neoplasias malignas. A dor pode ser aguda ou crônica, localizada ou difusa, e frequentemente requer avaliação detalhada para determinar sua causa. O manejo envolve a identificação de sinais de alarme, como perda de peso, sangramento gastrointestinal e febre, que podem indicar condições mais graves.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em gastroenterologia nas seguintes situações:

- **Dor Abdominal com Sintomas de Alarme**:
  - **Perda de peso inexplicada**: Dor abdominal associada à perda de peso significativa e não intencional.
  - **Sangramento gastrointestinal**: Presença de melena, hematêmese, ou sangue nas fezes (hematoquezia).
  - **Anemia ferropriva**: Anemia inexplicada com deficiência de ferro, sugerindo possível sangramento crônico.
  - **Febre inexplicada**: Febre prolongada ou recorrente associada à dor abdominal, sugerindo infecção ou inflamação grave.
  - **Vômitos recorrentes ou obstrução**: Vômitos persistentes, especialmente associados à dor abdominal intensa e sinais de obstrução intestinal.
- **Dor Abdominal Crônica**:
  - **Dor abdominal persistente (>4 semanas)**: Pacientes com dor abdominal contínua ou recorrente que não responde ao tratamento inicial e persiste por mais de quatro semanas.
  - **História de doenças gastrointestinais**: Pacientes com diagnóstico prévio de condições como doença inflamatória intestinal (colite ulcerativa ou doença de Crohn), pancreatite crônica ou neoplasias gastrointestinais.
  - **História de cirurgia abdominal**: Pacientes com história de cirurgia abdominal anterior, que apresentam dor abdominal persistente, sugerindo possíveis aderências ou complicações pós-operatórias.
- **Alterações Gastrointestinais Associadas**:

- **Alteração do hábito intestinal**: Diarreia crônica, constipação persistente ou alternância entre constipação e diarreia, associada à dor abdominal.
- **Dificuldade para evacuar ou distensão abdominal**: Sensação de evacuação incompleta, inchaço abdominal ou dor associada a distensão, que pode sugerir disfunção do intestino grosso ou síndrome do intestino irritável.
- **Sensação de plenitude pós-prandial**: Pacientes que apresentam saciedade precoce ou desconforto significativo após as refeições, associado à dor.

- **História Familiar de Neoplasias Gastrointestinais**:
  - **Histórico familiar de câncer colorretal, gástrico ou pancreático**: Pacientes com parentes de primeiro grau diagnosticados com câncer gastrointestinal, especialmente se diagnosticado em idade jovem.
- **Suspeita de Condições Específicas**:
  - **Doenças inflamatórias intestinais**: Dor abdominal associada a diarreia crônica, perda de peso e febre, sugerindo doença inflamatória intestinal.
  - **Úlcera péptica**: Dor epigástrica que piora com a alimentação ou que desperta o paciente à noite, associada a azia ou sensação de queimação.
  - **Pancreatite**: Dor abdominal em faixa, irradiando para as costas, com náuseas e vômitos, que pode estar associada a consumo de álcool ou litíase biliar.
  - **Colelitíase ou colecistite**: Dor no quadrante superior direito, especialmente após refeições gordurosas, acompanhada de náuseas ou febre.
  - **Câncer de pâncreas ou gástrico**: Dor abdominal associada à perda de peso, icterícia ou massa palpável.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação gastroenterológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor abdominal (localização, intensidade, duração, irradiação), fatores de alívio ou piora (alimentação, posição), e sintomas associados (vômitos, febre, alterações intestinais).
  - Presença de sintomas de alarme, como perda de peso, sangramento gastrointestinal, febre ou distensão abdominal significativa.
  - Histórico de doenças gastrointestinais anteriores, uso de medicamentos (AINEs, IBPs) ou história familiar de doenças gastrointestinais graves.
- **Exames realizados**:

- **Exames laboratoriais**: Hemograma completo (para detectar anemia), função hepática (TGO, TGP, bilirrubinas), amilase/lipase (para pancreatite), eletrólitos, função renal, e testes inflamatórios (PCR, VHS).
- **Exames de imagem**, se aplicáveis: Ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada (TC), ou ressonância magnética (RM) para investigar possíveis causas estruturais de dor abdominal, como cálculos biliares, tumores ou inflamação.
- **Endoscopia digestiva alta ou colonoscopia**, se realizada: Relatório de exames endoscópicos, especialmente em casos de suspeita de úlcera péptica, gastrite ou neoplasias.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos relacionados à dor abdominal, como analgésicos, antiácidos, antibióticos ou anti-inflamatórios.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como diabetes, doenças hepáticas, pancreatite crônica ou uso crônico de álcool.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade da dor abdominal, presença de fatores de risco, sintomas de alarme, e possíveis diagnósticos diferenciais com base no histórico clínico.
- **Avaliação gastroenterológica**: O gastroenterologista revisará os exames laboratoriais e de imagem para determinar a causa da dor abdominal e poderá indicar exames complementares, como endoscopia, colonoscopia ou exames de imagem avançados.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **causas funcionais** de dor abdominal, como síndrome do intestino irritável, podem ser tratados com ajustes dietéticos, controle do estresse e, em alguns casos, uso de medicamentos como antiespasmódicos ou procinéticos.
  - Pacientes com **doenças inflamatórias**, como doença de Crohn ou colite ulcerativa, devem receber tratamento direcionado, incluindo imunossupressores ou biológicos.
  - Pacientes com **condições agudas**, como úlceras pépticas, pancreatite ou colecistite, devem ser tratados com medicamentos específicos (IBPs, antibióticos) ou encaminhados para cirurgia, se necessário.
  - Pacientes com **dor abdominal persistente associada a sintomas de alarme, histórico familiar significativo ou condições de risco elevadas**, serão **encaminhados para regulação** para avaliação especializada e tratamento

adequado, que pode incluir exames diagnósticos adicionais ou intervenção cirúrgica.

9.3.1.53. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Alterações no Resultado de Exame Preventivo do Câncer Cervicouterino (Papanicolau)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **exame preventivo do câncer cervicouterino** (Papanicolau) tem o objetivo de detectar alterações celulares no colo do útero que podem ser indicativas de infecção pelo **HPV** (Papilomavírus Humano), lesões pré-cancerígenas ou câncer invasivo. As alterações nos resultados do exame preventivo precisam ser avaliadas por um ginecologista para definir a conduta adequada, que pode incluir acompanhamento, tratamento ou encaminhamento para exames complementares, como colposcopia e biópsia.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Lesões Intraepiteliais de Baixo Grau (LSIL)**:
  - **Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL)**: Alteração celular associada à infecção pelo HPV, que geralmente é transitória. Pode requerer acompanhamento com novo Papanicolau em 6 meses a 1 ano, ou colposcopia em alguns casos específicos, especialmente em mulheres com fatores de risco.
  - **ASC-US (Atipias em células escamosas de significado indeterminado)**: Células escamosas anormais, mas que não podem ser classificadas como lesão de alto grau. Pode requerer acompanhamento com Papanicolau repetido em 6 meses ou colposcopia, conforme o caso.
- **Lesões Intraepiteliais de Alto Grau (HSIL)**:
  - **Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL)**: Alteração celular que indica um risco significativo de progressão para câncer. Requer investigação imediata com colposcopia e, se necessário, biópsia.
  - **ASC-H (Atipias em células escamosas que não podem excluir lesão de alto grau)**: Alteração celular que sugere uma possível lesão de alto grau, necessitando de avaliação com colposcopia e biópsia para diagnóstico definitivo.
- **Adenocarcinoma In Situ (AIS) ou Câncer Invasivo**:

- **Adenocarcinoma in situ (AIS)**: Lesão glandular pré-cancerígena que requer investigação imediata com colposcopia, biópsia e, em muitos casos, tratamento cirúrgico para prevenir a progressão para câncer invasivo.
- **Carcinoma escamoso ou adenocarcinoma invasivo**: Presença de células malignas indicativas de câncer cervicouterino. O manejo inclui encaminhamento urgente para ginecologista-oncologista, colposcopia, biópsia e tratamento oncológico multidisciplinar.

- **Atipias de Células Glandulares (AGC)**:
  - **Atipias de células glandulares (AGC)**: Alterações em células glandulares que podem estar associadas a lesões cervicais, endometriais ou adenocarcinoma. Requer colposcopia, investigação endometrial (em mulheres acima de 35 anos) e, em alguns casos, biópsia.
- **Infecção pelo HPV de Alto Risco**:
  - **Infecção pelo HPV de alto risco**: Teste positivo para cepas de HPV associadas ao risco elevado de câncer (como HPV 16 ou 18), mesmo na ausência de alterações celulares significativas no Papanicolau. Pode requerer colposcopia e acompanhamento regular.
- **Outras Anormalidades Celulares**:
  - **Células escamosas atípicas com possibilidade de neoplasia**: Alterações celulares sugestivas de lesão mais avançada, que requerem colposcopia imediata.
  - **Inflamação ou infecção significativa**: Achados de inflamação acentuada ou infecção que necessitam de tratamento específico, como cervicites causadas por Chlamydia ou Neisseria gonorrhoeae.

Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Informações sobre sintomas associados, como sangramento vaginal anormal, dor pélvica ou corrimento vaginal.
  - Histórico de infecções por HPV ou lesões cervicais prévias.
  - Histórico de vacinação contra HPV, se aplicável.
  - Histórico familiar de câncer cervicouterino ou outras neoplasias ginecológicas.
  - **Resultado do exame preventivo (Papanicolau)**:
  - Relatório detalhado do exame, especificando a classificação da lesão (LSIL, HSIL, ASC-US, ASC-H, AGC, etc.).

- Informações sobre testes complementares realizados, como **tipagem de HPV**.

- **Exames realizados**:
  - **Testes laboratoriais complementares**, como tipagem de HPV, se disponível.
  - **Resultados de colposcopia e biópsia**, se já realizadas.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar se a paciente está em uso de medicações como contraceptivos hormonais ou imunossupressores.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas que possam influenciar a resposta imunológica, como HIV ou diabetes.

III. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade das alterações celulares e do risco associado à progressão para neoplasias invasivas.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os resultados do Papanicolau e, conforme necessário, solicitará exames complementares, como colposcopia, biópsia ou conização.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **LSIL ou ASC-US** podem ser acompanhadas com repetição do Papanicolau em 6 a 12 meses, ou colposcopia se houver fatores de risco.
  - Pacientes com **HSIL, AIS ou câncer invasivo** necessitam de colposcopia, biópsia e, em alguns casos, tratamento cirúrgico imediato.
  - Pacientes com **AGC** ou **infecção por HPV de alto risco** devem ser acompanhadas com colposcopia e avaliação endometrial, conforme a idade e o risco.
  - Pacientes com **alterações significativas no exame Papanicolau**, como **HSIL, AIS, câncer invasivo, ou infecção por HPV de alto risco**, serão **encaminhadas para regulação** para avaliação especializada, colposcopia, biópsia e tratamento adequado, que pode incluir procedimentos cirúrgicos ou oncológicos.

9.3.1.54. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Sangramento Uterino Anormal (SUA)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **sangramento uterino anormal (SUA)** refere-se a qualquer sangramento vaginal que difere em quantidade, regularidade, frequência ou duração do ciclo menstrual normal. Pode ser

causado por distúrbios hormonais, patologias uterinas, como miomas e pólipos, condições malignas ou pré-malignas, e problemas sistêmicos. O manejo inclui a identificação da causa subjacente e pode envolver exames laboratoriais, ultrassonografia, histeroscopia, e, em alguns casos, biópsia endometrial.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Sangramento Uterino Anormal em Mulheres em Idade Reprodutiva**:
  - **Menorragia**: Sangramento menstrual excessivo ou prolongado, com fluxo abundante, que interfere nas atividades diárias e pode levar a anemia.
  - **Metrorragia**: Sangramento uterino irregular, ocorrendo fora do ciclo menstrual, sem padrão claro de periodicidade.
  - **Sangramento pós-coital**: Sangramento que ocorre após a relação sexual, sugerindo possíveis lesões cervicais ou infecções.
  - **Sangramento intermenstrual**: Pequenos sangramentos entre os ciclos menstruais, que podem ser causados por alterações hormonais, uso de contraceptivos ou patologias endometriais.
- **Sangramento Uterino Anormal em Mulheres na Perimenopausa**:
  - **Sangramento irregular**: Alterações no padrão menstrual comum durante a transição para a menopausa, mas que necessitam de avaliação para excluir patologias endometriais.
  - **Sangramento prolongado ou abundante**: Menstruações muito longas ou com volume excessivo, especialmente em mulheres na perimenopausa.
  - **Sangramento pós-menopausa**: Qualquer sangramento vaginal após 12 meses de amenorreia (ausência de menstruação) em uma mulher pós-menopausa é considerado anormal e deve ser investigado.
- **Causas Estruturais de Sangramento Uterino**:
  - **Miomas uterinos**: Sangramento uterino associado à presença de miomas, que podem causar menorragia ou metrorragia.
  - **Pólipos endometriais ou cervicais**: Lesões benignas que podem causar sangramento intermenstrual ou pós-coital.
  - **Adenomiose**: Crescimento de tecido endometrial dentro da parede muscular do útero, associado a menorragia e dor pélvica.

- **Hiperplasia endometrial**: Crescimento excessivo do revestimento do útero, especialmente em mulheres com ciclos anovulatórios, que pode progredir para câncer endometrial.

- **Causas Endócrinas ou Sistêmicas de Sangramento Uterino**:
  - **Distúrbios hormonais**: Ciclos anovulatórios em mulheres jovens, problemas na função da tireoide (hipo/hipertireoidismo), ou distúrbios da coagulação (como doença de Von Willebrand), que podem causar sangramento anormal.
  - **Uso de contraceptivos hormonais**: Sangramento irregular causado pelo uso de contraceptivos hormonais, especialmente no início ou após a mudança de método.
  - **Anticoagulantes ou outras medicações**: Pacientes em uso de anticoagulantes (como varfarina) ou outros medicamentos que afetam a coagulação sanguínea.
- **Câncer ou Condições Pré-Cancerígenas**:
  - **Câncer de endométrio**: Sangramento pós-menopausa ou sangramento anormal em mulheres com fatores de risco para câncer endometrial (obesidade, diabetes, hipertensão, história de infertilidade).
  - **Câncer cervical**: Sangramento pós-coital ou intermenstrual, associado a alterações celulares no exame preventivo (Papanicolau).
  - **Neoplasia intraepitelial endometrial**: Sangramento em mulheres com hiperplasia endometrial com atipia ou outras condições pré-cancerígenas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Padrão do sangramento (duração, volume, frequência), se está relacionado ao ciclo menstrual ou ocorre de forma irregular.
  - Presença de sintomas associados, como dor pélvica, febre, secreção vaginal anormal, ou alterações urinárias ou intestinais.
  - Histórico menstrual, incluindo a idade da menarca, regularidade dos ciclos anteriores, e características do fluxo menstrual ao longo do tempo.
  - Histórico de uso de contraceptivos hormonais, dispositivos intrauterinos (DIU), ou medicamentos que afetam a coagulação sanguínea.
  - Fatores de risco, como obesidade, hipertensão, diabetes, e histórico familiar de câncer endometrial ou cervical.
- **Exames realizados**:

- **Exames laboratoriais**: Hemograma completo (para detectar anemia), dosagem de hormônios (TSH, prolactina, FSH, LH), e testes de função hepática e renal, se aplicável.
- **Ultrassonografia transvaginal**, se realizada: Avaliação da espessura endometrial, presença de miomas, pólipos, ou adenomiose.
- **Histeroscopia** ou **biópsia endometrial**, se realizadas: Resultados de exames endoscópicos ou biópsias anteriores, especialmente em casos de suspeita de hiperplasia ou câncer endometrial.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de contraceptivos, anticoagulantes, hormônios ou outras medicações relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como distúrbios da tireoide, doenças hepáticas ou problemas de coagulação.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade do sangramento e identificação de sintomas de alarme, como dor pélvica, febre, ou sinais de malignidade.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames de imagem e laboratoriais, podendo solicitar exames adicionais, como histeroscopia, biópsia endometrial, ou ressonância magnética (RM) pélvica, conforme a necessidade.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **distúrbios hormonais** podem ser tratados com terapia hormonal ou ajuste no uso de contraceptivos.
  - Pacientes com **causas estruturais**, como miomas ou pólipos, podem necessitar de ressecção cirúrgica ou ablação endometrial.
  - Pacientes com **suspeita de câncer endometrial ou cervical** devem ser submetidas a biópsia e acompanhamento oncológico imediato.
  - Pacientes com **sangramento uterino anormal associado a sintomas de alarme, suspeita de malignidade, ou falha no tratamento inicial** serão **encaminhadas para regulação** para investigação diagnóstica adicional, que pode incluir ultrassonografia transvaginal, histeroscopia, biópsia endometrial e tratamento especializado.

9.3.1.55. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Massa Anexial**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Massa anexial refere-se a qualquer aumento de volume que surge nas estruturas anexas ao útero, como ovários, trompas de Falópio ou ligamentos adjacentes. As massas anexiais podem ser benignas, como cistos ovarianos funcionais, ou malignas, como câncer de ovário. O manejo adequado depende da avaliação clínica, exames de imagem e, em alguns casos, exames laboratoriais ou biópsias.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Achado de Massa Anexial em Exames de Imagem**:
  - **Cisto ovariano simples maior que 5 cm**: Cistos ovarianos simples maiores que 5 cm, principalmente em mulheres na pré-menopausa, podem exigir acompanhamento regular com ultrassonografia ou intervenção, se sintomáticos ou persistentes.
  - **Cisto complexo ou septado**: Massas com áreas sólidas ou septações, com risco de neoplasia ovariana, requerem avaliação urgente com exames complementares, como ultrassonografia transvaginal e marcadores tumorais.
  - **Massa anexial sólida**: Presença de massas sólidas, com características sugestivas de neoplasia, especialmente se associadas a sintomas como dor pélvica, distensão abdominal, ou ascite.
  - **Presença de ascite**: Achado de líquido livre no abdome associado a uma massa anexial pode indicar malignidade, como câncer de ovário, e requer investigação imediata.
- **Sintomas Associados a Massa Anexial**:
  - **Dor pélvica aguda ou crônica**: Dor pélvica associada a uma massa anexial, que pode estar relacionada a torção ovariana, ruptura de cisto ou endometriose.
  - **Distensão abdominal ou plenitude**: Sensação de distensão abdominal, inchaço ou plenitude pélvica, frequentemente associada a grandes massas ovarianas.
  - **Sangramento uterino anormal**: Sangramento irregular, especialmente em mulheres na pós-menopausa, associado a massa anexial, pode ser um sinal de malignidade.
  - **Sintomas de compressão**: Sintomas como dificuldade para urinar ou evacuar, associados a massas grandes que podem comprimir estruturas adjacentes.
- **Suspeita de Neoplasia Ovariana**:

- **Alterações nos marcadores tumorais**: Elevação de marcadores como CA-125, HE4 ou outros, associado a achados de massa anexial, pode sugerir neoplasia ovariana e requer avaliação detalhada.
- **Histórico familiar de câncer de ovário ou mama**: Pacientes com histórico familiar de câncer de ovário, mama ou mutações genéticas (BRCA1/BRCA2) têm maior risco de neoplasias malignas e precisam de investigação precoce.
- **Presença de ascite ou linfadenopatia**: Massa anexial associada a ascite, linfadenopatia pélvica ou peritoneal sugere malignidade avançada.

- **Massa Anexial em Gestantes**: Cistos ovarianos grandes ou complexos detectados durante a gestação devem ser avaliados e monitorados, especialmente se causarem sintomas ou apresentarem risco de complicações, como torção ou ruptura.
- **Massa Anexial em Mulheres na Pós-Menopausa**: Qualquer massa anexial em mulheres na pós-menopausa, especialmente se associada a elevação de CA-125, requer investigação rigorosa devido ao maior risco de malignidade.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas, como dor pélvica, distensão abdominal, sangramento anormal ou sensação de massa palpável.
  - Informações sobre a duração e evolução dos sintomas, fatores de alívio ou piora, e presença de sintomas sistêmicos (febre, perda de peso, anorexia).
  - Histórico familiar de câncer de ovário, mama ou síndromes genéticas, como mutações em BRCA1/BRCA2.
  - Histórico menstrual e reprodutivo, uso de contraceptivos hormonais, e antecedentes cirúrgicos ginecológicos ou abdominais.
- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia transvaginal**: Descrição detalhada da massa anexial, incluindo tamanho, características (cisto simples, cisto complexo, massa sólida), presença de septações, áreas sólidas ou líquidas, e presença de ascite ou linfadenopatia.
  - **Marcadores tumorais**, se aplicáveis: Resultados de marcadores como **CA-125**, **HE4**, e outros, especialmente em casos de suspeita de neoplasia ovariana.
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, função renal, hepática e eletrólitos, se houver indicação clínica.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de contraceptivos, medicamentos hormonais ou anticoagulantes, se aplicável.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como doenças autoimunes, problemas hematológicos, ou uso crônico de medicações.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas, exame físico, e exames de imagem para determinar a natureza da massa anexial (benigna ou maligna) e a necessidade de investigação adicional.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames de imagem e laboratoriais, podendo solicitar exames complementares, como tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), além de colheita de biópsia, se necessário.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **cistos simples menores de 5 cm** podem ser acompanhados com ultrassonografias seriadas para verificar resolução espontânea.
    - Pacientes com **massas anexiais complexas ou sólidas** devem ser submetidas a biópsia ou cirurgia exploratória, dependendo dos achados de imagem e dos níveis de marcadores tumorais.
    - Pacientes com **neoplasia maligna suspeita** deve ser encaminhadas para avaliação oncológica e planejamento cirúrgico ou quimioterápico.
    - Pacientes com **massa anexial suspeita de malignidade, massas grandes ou sintomáticas, ou achados de exames que indicam neoplasia**, serão **encaminhadas para regulação** para avaliação especializada e definição do tratamento, que pode incluir cirurgia, biópsia ou vigilância oncológica.

9.3.1.56. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Miomatose Uterina (Leiomiomas)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Miomatose uterina, também conhecida como **leiomiomatose**, é a presença de múltiplos miomas (tumores benignos do músculo liso do útero). Miomas podem ser assintomáticos ou causar sintomas como sangramento uterino anormal, dor pélvica, compressão de órgãos vizinhos, infertilidade, ou complicações na gravidez. O manejo clínico depende dos sintomas, do tamanho e da localização dos miomas, e pode incluir acompanhamento, tratamento medicamentoso, ou cirurgia.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Sangramento Uterino Anormal Associado a Miomas**:
  - **Menorragia**: Sangramento menstrual excessivo e prolongado, com perda significativa de sangue que pode levar à anemia. Frequentemente associado a miomas submucosos ou intramurais.
  - **Metrorragia**: Sangramento irregular, fora do ciclo menstrual, que pode ocorrer em mulheres com miomas que alteram a anatomia do endométrio.
  - **Sangramento pós-menopausa**: Qualquer sangramento uterino após a menopausa associado à presença de miomas requer avaliação imediata para excluir malignidade.
- **Sintomas Compressivos**:
  - **Compressão da bexiga**: Miomas grandes podem causar sintomas urinários, como frequência urinária aumentada, dificuldade para esvaziar a bexiga completamente ou incontinência.
  - **Compressão retal**: Miomas podem causar constipação, sensação de pressão retal ou dificuldade para evacuar.
  - **Distensão abdominal ou sensação de massa pélvica**: Mulheres podem relatar aumento do volume abdominal, sensação de inchaço ou presença de massa palpável no abdômen.
- **Dor Pélvica ou Desconforto**:
  - **Dor pélvica crônica**: Dor abdominal inferior persistente, frequentemente relacionada a miomas grandes ou degenerados.
  - **Dispareunia**: Dor durante a relação sexual, associada a miomas que distorcem a anatomia pélvica.
  - **Dor aguda**: Miomas podem sofrer degeneração ou torção, causando dor abdominal aguda que pode requerer intervenção urgente.
- **Infertilidade e Problemas Reprodutivos**:
  - **Infertilidade**: Mulheres que apresentam dificuldade para engravidar e foram diagnosticadas com miomas que comprometem a cavidade uterina, bloqueiam as trompas de Falópio ou causam alterações hormonais.
  - **Abortos espontâneos recorrentes**: Miomas submucosos ou intramurais que distorcem a cavidade uterina podem estar associados a perdas gestacionais recorrentes.

- **Complicações na gravidez**: Miomas grandes podem aumentar o risco de complicações na gravidez, como parto prematuro, dor pélvica grave ou cesárea.

- **Miomas com Suspeita de Malignidade**:
  - **Aumento rápido do tamanho do mioma**: Crescimento acelerado de um mioma, especialmente em mulheres na pós-menopausa, pode indicar transformação maligna (sarcoma uterino), que é rara, mas grave.
  - **Sintomas sistêmicos**: Miomas acompanhados de sintomas como perda de peso inexplicada, febre persistente, ou fadiga, podem exigir investigação mais detalhada para excluir malignidade.
- **Miomas Sintomáticos na Pós-Menopausa**:
  - **Miomas persistentes após a menopausa**: Miomas que causam sintomas como sangramento ou dor pélvica em mulheres pós-menopáusicas, apesar da diminuição hormonal natural, devem ser avaliados para descartar malignidade.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas relacionados aos miomas (sangramento uterino, dor pélvica, compressão urinária ou intestinal) e sua duração.
  - Histórico menstrual, incluindo a regularidade e volume do fluxo menstrual.
  - Histórico obstétrico e reprodutivo, incluindo infertilidade, abortos espontâneos ou complicações na gravidez.
  - Histórico de uso de contraceptivos hormonais ou tratamento anterior para miomas.
  - Fatores de risco, como obesidade, histórico familiar de miomas, e menopausa.
- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia transvaginal**: Relatório detalhado da ultrassonografia, descrevendo o tamanho, número, localização e tipo de miomas (submucoso, intramural, subseroso).
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, especialmente para detectar anemia em mulheres com menorragia, e função renal se houver suspeita de compressão ureteral.
  - **Resonância Magnética (RM)**, se disponível: Em casos de massas complexas ou suspeita de degeneração miomatosa, uma RM pélvica pode ser indicada.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de contraceptivos hormonais, tratamentos com agonistas de GnRH ou outros medicamentos para manejo de miomas.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como hipertensão, obesidade, ou distúrbios de coagulação.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade dos sintomas e presença de sinais de complicações, como compressão de órgãos, sangramento excessivo ou dor aguda.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames de imagem e laboratoriais para definir a abordagem mais adequada, que pode variar de tratamento clínico (como agonistas de GnRH) a procedimentos cirúrgicos (miomectomia, histerectomia ou ablação endometrial).
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **miomas assintomáticos** ou com sintomas leves podem ser acompanhadas clinicamente, com monitoramento periódico.
    - Pacientes com **sintomas significativos** ou miomas grandes podem necessitar de tratamento hormonal, embolização uterina ou cirurgia.
    - Pacientes com **suspeita de malignidade** ou crescimento acelerado de miomas devem ser submetidas a biópsia ou intervenção cirúrgica para diagnóstico e tratamento.
    - Pacientes com **miomas sintomáticos, complicações associadas, ou suspeita de malignidade** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação ginecológica especializada e definição do tratamento adequado, que pode incluir abordagem medicamentosa, cirúrgica ou manejo conservador com vigilância.

9.3.1.57. Protocolo para Consulta em Ginecologia: Anormalidades da Estática Pélvica (Prolapso de Órgãos Pélvicos)

I. Condições Clínicas para Atendimento

As **anormalidades da estática pélvica**, como o **prolapso de órgãos pélvicos** (POP), ocorrem quando as estruturas de suporte dos órgãos pélvicos enfraquecem, permitindo que órgãos como a bexiga, útero, intestino ou reto se projetem para a vagina. Esses prolapsos podem causar desconforto, disfunções urinárias, intestinais ou sexuais, e impactar a qualidade de vida da mulher. O tratamento varia desde manejo conservador até cirurgia.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Prolapso de Órgãos Pélvicos Sintomático**:
  - **Sensação de peso ou pressão vaginal**: Descrição de sensação de "algo caindo" ou "peso" na região pélvica, geralmente após atividades físicas ou ao final do dia.
  - **Protrusão visível ou palpável na vagina**: Identificação de massa ou abaulamento na abertura vaginal, que pode ser percebida durante a higiene pessoal.
  - **Dor pélvica ou lombar**: Dor ou desconforto na região pélvica ou lombar, que pode estar associada ao prolapso e à sobrecarga nas estruturas de suporte.
  - **Prolapso uterino**: Quando o útero desce e se projeta para o canal vaginal ou para fora da abertura vaginal.
- **Disfunções Urinárias Associadas ao Prolapso**:
  - **Incontinência urinária**: Perda involuntária de urina, especialmente durante atividades como tosse, espirro ou exercício, que pode estar associada a um prolapso da bexiga (cistocele).
  - **Dificuldade em esvaziar a bexiga**: Dificuldade em urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, frequentemente associada à cistocele.
  - **Urgência ou frequência urinária**: Necessidade frequente ou urgente de urinar, que pode estar relacionada ao deslocamento da bexiga.
- **Disfunções Intestinais Associadas ao Prolapso**:
  - **Constipação ou evacuação incompleta**: Sensação de evacuação incompleta ou necessidade de aplicar pressão na vagina para facilitar a evacuação (retocele).
  - **Incontinência fecal**: Perda involuntária de fezes ou gases, geralmente associada a prolapsos avançados ou combinados.
  - **Dificuldade em evacuar**: Problema ao evacuar, que pode ser relacionado à presença de retocele ou enterocele (prolapso do intestino delgado para o canal vaginal).
- **Disfunções Sexuais Associadas ao Prolapso**:
  - **Dispareunia (dor durante a relação sexual)**: Dor ou desconforto durante o sexo, frequentemente associada à sensação de pressão ou abaulamento vaginal.
  - **Alteração da sensibilidade ou prazer**: Prolapso avançado pode causar desconforto ou dificuldade durante a relação sexual, devido ao abaulamento ou deslocamento dos órgãos pélvicos.
- **Complicações ou Prolapso Avançado**:

- **Úlceras ou abrasões**: Em casos de prolapso avançado, o tecido vaginal exposto pode desenvolver úlceras ou lesões devido ao atrito ou pressão constante.
- **Infecções urinárias recorrentes**: Prolapso da bexiga pode predispor a infecções urinárias recorrentes devido ao esvaziamento incompleto da bexiga.
- **Necessidade de redução manual do prolapso**: Prolapso que exige que a paciente ou profissional de saúde reposicione manualmente os órgãos prolapsados dentro da vagina.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas relacionados ao prolapso (pressão, abaulamento, disfunções urinárias e intestinais) e há quanto tempo os sintomas estão presentes.
  - Histórico obstétrico, incluindo número de partos vaginais, partos com uso de fórceps, gestações múltiplas ou macrossômicas (bebês grandes), que são fatores de risco.
  - Histórico de cirurgias ginecológicas, incluindo histerectomia, ou outras cirurgias pélvicas.
  - Presença de condições predisponentes, como obesidade, tosse crônica (tabagismo), ou atividades que aumentam a pressão intra-abdominal (levantamento de peso).
- **Exames realizados**:
  - **Exame físico**: Relatório de exame pélvico que identifique o tipo de prolapso (cistocele, retocele, prolapso uterino, ou enterocelo) e o estágio de progressão.
  - **Estudo urodinâmico**, se disponível: Para avaliar a função da bexiga em casos de incontinência urinária associada ao prolapso.
  - **Ultrassonografia pélvica ou ressonância magnética**, se aplicável: Em casos mais complexos, podem ser realizados exames de imagem para avaliar a extensão do prolapso ou outras condições associadas.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de tratamentos para incontinência urinária ou outras condições pélvicas.
- **Comorbidades**: Outras condições que podem agravar o prolapso, como doenças respiratórias crônicas, constipação crônica ou problemas neuromusculares.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas, presença de complicações e o impacto do prolapso na qualidade de vida da paciente. Identificação do tipo de prolapso e estágio, conforme o exame clínico.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará o histórico clínico, exames físicos e laboratoriais, e poderá solicitar exames complementares para melhor avaliação do prolapso. Com base na gravidade e nos sintomas, será decidida a abordagem mais apropriada.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **prolapso leve** ou assintomático podem ser manejadas conservadoramente, com orientações sobre exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico (fisioterapia pélvica).
    - Pacientes com **prolapso moderado a grave** ou com **sintomas significativos** podem ser tratadas com uso de pessários vaginais (dispositivos de suporte) ou cirurgia reparadora.
    - Pacientes com **complicações** (úlceras, infecções recorrentes ou prolapso irreparável) podem necessitar de intervenção cirúrgica urgente.
    - Pacientes com **anormalidades da estática pélvica sintomáticas, prolapsos avançados, ou complicações** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação ginecológica especializada e possível indicação de fisioterapia pélvica, uso de dispositivos de suporte (pessários) ou cirurgia corretiva.

9.3.1.58. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Incontinência Urinária**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina que afeta a qualidade de vida das mulheres e pode ser causada por diferentes fatores, incluindo fraqueza do assoalho pélvico, alterações hormonais, envelhecimento, ou condições neurológicas. Os tipos mais comuns são a **incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista** (combinação de esforço e urgência). O tratamento pode variar de terapias conservadoras a cirurgias.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Incontinência Urinária de Esforço (IUE)**:

- **Perda de urina ao tossir, espirrar ou rir**: Incontinência associada ao aumento da pressão intra-abdominal durante atividades físicas.
- **Perda de urina ao levantar peso ou ao realizar atividades físicas**: Episódios de perda urinária durante esforços físicos que aumentam a pressão sobre a bexiga.
- **Desconforto ou sensação de peso pélvico**: Em casos avançados, pode estar associada à fraqueza do assoalho pélvico ou prolapso de órgãos pélvicos.

- **Incontinência Urinária de Urgência (IUU)**:
  - **Necessidade súbita e intensa de urinar**: Incontinência associada à urgência miccional, com ou sem capacidade de chegar ao banheiro a tempo.
  - **Frequência urinária aumentada**: Necessidade de urinar muitas vezes ao longo do dia, com ou sem grandes volumes urinários.
  - **Noctúria**: Necessidade de urinar durante a noite, frequentemente associada à incontinência urinária de urgência.
- **Incontinência Urinária Mista**:
  - **Combinação de perda urinária de esforço e urgência**: Presença de sintomas de ambos os tipos de incontinência, com perda de urina tanto em situações de esforço físico quanto em momentos de urgência.
- **Incontinência Urinária Pós-Parto ou Pós-Menopausa**:
  - **Incontinência associada ao pós-parto**: Episódios de incontinência urinária que surgem após o parto vaginal, especialmente em mulheres com partos múltiplos ou uso de fórceps.
  - **Incontinência relacionada à menopausa**: Perda urinária associada a alterações hormonais após a menopausa, com afinamento dos tecidos urogenitais e redução da força muscular do assoalho pélvico.
- **Complicações Associadas à Incontinência Urinária**:
  - **Infecções urinárias recorrentes**: Incontinência associada a episódios frequentes de infecção urinária, que podem ser causadas por esvaziamento incompleto da bexiga ou retenção urinária.
  - **Impacto na qualidade de vida**: Incontinência que afeta significativamente a rotina diária, atividades físicas, sociais e profissionais.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Descrição dos episódios de incontinência urinária (esforço, urgência, mista) e sua frequência, bem como fatores de agravamento (exercício físico, ingestão de líquidos).
- Histórico obstétrico, incluindo número de partos vaginais, uso de fórceps ou lesões perineais.
- Histórico de cirurgias ginecológicas ou urológicas, como histerectomia ou correção de prolapso pélvico.
- Presença de fatores de risco, como obesidade, doenças neurológicas, menopausa, ou uso de medicações que afetam a função da bexiga.

- **Exames realizados**:
  - **Exame físico**: Avaliação de possíveis prolapsos pélvicos associados, fraqueza do assoalho pélvico ou distúrbios neurológicos que afetam a função vesical.
  - **Exames laboratoriais**: Uroanálise (exame de urina), cultura de urina e, em casos mais complexos, exame de urina de 24 horas para avaliar a função renal.
  - **Estudo urodinâmico**, se disponível: Avaliação da função vesical, fluxo urinário e pressões da bexiga, útil para diferenciar os tipos de incontinência e planejar o tratamento.
  - **Ultrassonografia de bexiga**: Em casos de retenção urinária ou suspeita de causas anatômicas, a ultrassonografia pode ser útil para avaliar o esvaziamento vesical.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que podem influenciar a função urinária, como diuréticos, antidepressivos ou medicamentos para controle de sintomas urinários.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como diabetes, doenças neurológicas ou uso crônico de medicações que possam interferir na função vesical.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do tipo de incontinência (esforço, urgência ou mista), a gravidade dos sintomas e o impacto na qualidade de vida.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames e, com base na avaliação, poderá indicar fisioterapia para o assoalho pélvico, mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos ou cirurgia. Exames complementares, como estudo urodinâmico ou cistoscopia, podem ser necessários para melhor caracterização da condição.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **incontinência leve** podem ser tratadas com fisioterapia pélvica, exercícios de Kegel, orientação sobre controle da ingestão de líquidos e reeducação vesical.
- Pacientes com **incontinência moderada a grave**, especialmente com impacto na qualidade de vida, podem ser candidatas ao uso de medicamentos (anticolinérgicos, agonistas beta-3) ou à cirurgia, como a colocação de sling (faixa para suporte da uretra).
- Pacientes com **complicações**, como infecções urinárias recorrentes ou falha no tratamento conservador, podem necessitar de avaliação cirúrgica ou terapia combinada.
- Pacientes com **incontinência urinária persistente, sintomas severos, falha no tratamento inicial ou complicações**, serão **encaminhadas para regulação** para avaliação ginecológica especializada, incluindo exames complementares, fisioterapia pélvica ou indicação de cirurgia.

9.3.1.59. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Dor Pélvica Crônica e Endometriose**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dor pélvica crônica é uma condição definida como dor na região pélvica que dura seis meses ou mais e que pode estar relacionada a várias causas ginecológicas, como a **endometriose**. A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora do útero, causando dor significativa e, em alguns casos, infertilidade. O manejo clínico da dor pélvica crônica requer diagnóstico preciso e pode envolver tratamento médico ou cirúrgico.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Dor Pélvica Crônica Associada à Endometriose**:
  - **Dor cíclica**: Dor pélvica que ocorre de forma cíclica, geralmente relacionada ao ciclo menstrual, e que pode piorar com a menstruação (dismenorreia).
  - **Dor não cíclica**: Dor pélvica persistente ou constante, independentemente do ciclo menstrual.
  - **Dor profunda durante a relação sexual (dispareunia)**: Dor que ocorre durante ou após o ato sexual, muitas vezes associada a endometriose infiltrativa.

- **Dor ao evacuar ou urinar**: Dor que ocorre durante a evacuação ou micção, especialmente durante a menstruação, sugerindo envolvimento do intestino ou bexiga pela endometriose.

- **Endometriose Diagnóstica ou Suspeita**:
  - **Diagnóstico de endometriose**: Pacientes com diagnóstico confirmado de endometriose por laparoscopia ou exames de imagem, como ressonância magnética (RM), com sintomas persistentes ou agravamento da dor.
  - **Suspeita de endometriose**: Mulheres com sintomas típicos (dismenorreia severa, dispareunia, dor pélvica crônica) e fatores de risco para endometriose (histórico familiar, infertilidade, menarca precoce) que não têm diagnóstico confirmado, mas que requerem avaliação especializada.
- **Sintomas Ginecológicos Associados**:
  - **Infertilidade associada à endometriose**: Mulheres com dificuldade para engravidar e história de dor pélvica ou diagnóstico de endometriose.
  - **Sangramento uterino anormal**: Menstruações muito intensas (menorragia) ou sangramento irregular, especialmente em mulheres com suspeita de endometriose.
- **Complicações Relacionadas à Endometriose**:
  - **Formação de aderências**: Pacientes com dor pélvica crônica e suspeita de aderências pélvicas causadas por endometriose ou cirurgias prévias.
  - **Endometriomas (cistos ovarianos endometrióticos)**: Presença de cistos ovarianos causados por endometriose, que podem ser visualizados em exames de imagem e estão associados a dor ou disfunção ovariana.
  - **Sintomas intestinais ou urinários significativos**: Endometriose que envolve o trato gastrointestinal ou urinário, causando sintomas como obstrução intestinal parcial, constipação severa ou dor ao urinar.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição da dor pélvica (localização, intensidade, duração, periodicidade) e sua relação com o ciclo menstrual e atividades diárias (trabalho, relações sexuais, evacuações).
- Histórico menstrual e reprodutivo, incluindo a presença de dismenorreia severa, sangramento anormal, e tentativas de concepção.

- Fatores de risco para endometriose, como histórico familiar, menarca precoce, ciclos menstruais curtos, ou ausência de gravidez.
- História de tratamentos prévios para dor pélvica ou endometriose, como uso de contraceptivos hormonais, agonistas de GnRH, ou cirurgias laparoscópicas.
- **Exames realizados**:
- **Ultrassonografia pélvica transvaginal**: Para identificar a presença de cistos ovarianos (endometriomas) ou outras anormalidades, como aderências.
- **Ressonância magnética pélvica (RM)**: Em casos mais complexos, pode ser indicada para avaliação detalhada da extensão da endometriose.
- **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Hemograma completo, função renal e hepática, e marcadores de inflamação, como PCR, para monitorar a gravidade dos sintomas e complicações.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de analgésicos, anti-inflamatórios, contraceptivos hormonais ou tratamentos hormonais específicos para endometriose.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas que possam agravar os sintomas, como doenças gastrointestinais, distúrbios neurológicos ou problemas urinários.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas da paciente, sua gravidade e a duração da dor pélvica, além da relação com o ciclo menstrual e atividades diárias. Exame físico pode sugerir a presença de endometriose profunda ou endometriomas.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames e decidirá sobre o manejo clínico, podendo sugerir tratamento conservador, como analgésicos ou hormonais, ou intervenção cirúrgica, como laparoscopia, para diagnóstico e tratamento da endometriose.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **sintomas leves ou moderados** podem ser tratadas com terapias hormonais (contraceptivos orais, agonistas de GnRH) e analgésicos.
    - Pacientes com **sintomas graves, infertilidade ou complicações**, como endometriomas grandes, aderências ou envolvimento intestinal/vesical, podem necessitar de tratamento cirúrgico por laparoscopia.
    - Pacientes com **dor crônica refratária ao tratamento clínico** podem ser avaliadas para terapias combinadas ou procedimentos cirúrgicos mais agressivos.
    - Pacientes com **dor pélvica crônica associada a endometriose, falha no tratamento clínico, complicações ou infertilidade** serão **encaminhadas**

para regulação para avaliação ginecológica especializada e possível indicação de tratamento cirúrgico ou terapias hormonais avançadas.

9.3.1.60. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Climatério**

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **climatério** é a fase de transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo da mulher, marcada por alterações hormonais que precedem e sucedem a menopausa. A menopausa, definida como a cessação permanente da menstruação por 12 meses consecutivos, geralmente ocorre entre 45 e 55 anos. O climatério pode gerar uma variedade de sintomas, desde irregulares menstruais até manifestações como ondas de calor, alterações do humor, e disfunções urogenitais. O manejo clínico envolve a identificação de sintomas e possíveis complicações, como osteoporose e doenças cardiovasculares, e pode incluir tratamento hormonal ou não hormonal.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Sintomas Vasomotores Graves**:
  - **Ondas de calor (fogachos) intensos**: Sensação súbita de calor, geralmente acompanhada de sudorese, rubor facial e palpitações, que afeta a qualidade de vida e ocorre com alta frequência.
  - **Sudorese noturna**: Suores noturnos intensos que interferem no sono e podem estar associados a insônia ou cansaço crônico.
- **Alterações Menstruais**:
  - **Irregularidade menstrual**: Ciclos menstruais irregulares, com intervalos variáveis e fluxos alterados, especialmente em mulheres com sintomas associados, como ondas de calor e alterações do humor.
  - **Menorragia**: Sangramento menstrual excessivo durante o climatério, que pode ser causado por flutuações hormonais e requer avaliação para descartar patologias subjacentes, como miomas ou hiperplasia endometrial.
- **Sintomas Urogenitais**:
  - **Secura vaginal**: Atrofia vaginal associada à diminuição dos níveis de estrogênio, causando desconforto, secura vaginal, prurido e dor durante a relação sexual (dispareunia).
  - **Sintomas urinários**: Sintomas como incontinência urinária, disúria (dor ao urinar) e urgência miccional, associados ao enfraquecimento do assoalho pélvico e alterações hormonais.

- **Alterações Psicológicas e Cognitivas**:
    - **Alterações do humor**: Mudanças no humor, como irritabilidade, ansiedade, depressão, ou sensação de desânimo, frequentemente associadas ao climatério.
    - **Dificuldade de concentração e memória**: Relatos de perda de memória de curto prazo, dificuldade de concentração ou esquecimento, sintomas comuns no período do climatério.
- **Riscos Associados ao Climatério**:
    - **Osteoporose**: Mulheres no climatério, especialmente pós-menopausa, têm risco aumentado de osteoporose devido à redução dos níveis de estrogênio. Devem ser avaliadas para prevenção e tratamento, incluindo suplementação de cálcio e vitamina D, e terapias medicamentosas.
    - **Doenças cardiovasculares**: A queda nos níveis de estrogênio pode aumentar o risco de doenças cardiovasculares, como hipertensão, aterosclerose e doença coronariana. Avaliação de fatores de risco cardiovascular, como colesterol, pressão arterial e diabetes, é essencial.
- **Infertilidade Relacionada ao Climatério**: Mulheres em idade reprodutiva avançada (acima de 40 anos) com sintomas de climatério podem apresentar dificuldades de concepção, que exigem avaliação de reserva ovariana e opções de tratamento de fertilidade.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Sintomas vasomotores, como ondas de calor, sudorese noturna, e frequência e gravidade dos sintomas.
    - Alterações menstruais, como irregularidade ou menorragia, e data da última menstruação.
    - Sintomas urogenitais, incluindo secura vaginal, dispareunia, e incontinência urinária.
    - Alterações psicológicas, como depressão, ansiedade ou dificuldade de concentração.
    - História familiar de osteoporose, doenças cardiovasculares ou câncer hormonodependente (como câncer de mama ou endométrio).
- **Exames realizados**:

- **Exames laboratoriais**: Dosagens hormonais (FSH, estradiol), função tireoidiana (TSH), perfil lipídico, e glicemia em jejum, especialmente para avaliação de risco cardiovascular e metabólico.
- **Densitometria óssea**: Para avaliação de osteopenia ou osteoporose, especialmente em mulheres pós-menopáusicas ou com fatores de risco.
- **Exames de imagem**, se aplicáveis: Ultrassonografia pélvica para avaliação de anormalidades uterinas (miomas, hiperplasia endometrial) em mulheres com sangramento anormal.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de tratamentos hormonais (terapia de reposição hormonal - TRH), antidepressivos, ou outros medicamentos relacionados ao manejo dos sintomas do climatério.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como hipertensão, diabetes, ou problemas de saúde mental.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas do climatério, sua intensidade e o impacto na qualidade de vida da paciente, incluindo riscos de osteoporose e doenças cardiovasculares.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames e poderá sugerir opções de tratamento, incluindo terapia de reposição hormonal (TRH), terapias não hormonais, e intervenções para controle de sintomas vasomotores, urogenitais e psicológicos.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **sintomas leves** podem ser manejadas com terapias não hormonais, como mudanças no estilo de vida, controle dietético e exercícios.
  - Pacientes com **sintomas moderados a graves**, como ondas de calor intensas, dispareunia ou distúrbios psicológicos, podem ser tratadas com **terapia de reposição hormonal** (TRH) após avaliação dos riscos e benefícios.
  - Pacientes com **risco elevado de osteoporose** ou **doenças cardiovasculares** devem ser acompanhadas com suplementação adequada (cálcio e vitamina D) e, se necessário, tratamentos farmacológicos para prevenção de fraturas e controle de fatores de risco cardiovascular.
  - Pacientes com **sintomas graves do climatério, falha no manejo inicial, ou complicações** como osteoporose ou risco cardiovascular elevado serão **encaminhadas para regulação** para avaliação ginecológica especializada e

possível indicação de terapia de reposição hormonal ou outras intervenções terapêuticas.

9.3.1.61. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Suspeita de Neoplasia de Endométrio**

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **neoplasia de endométrio** é o câncer que afeta o revestimento interno do útero (endométrio). O principal sintoma associado é o sangramento uterino anormal, especialmente em mulheres pós-menopausa. Outros fatores de risco incluem obesidade, hipertensão, diabetes, uso prolongado de estrogênio sem oposição, histórico de hiperplasia endometrial ou terapia hormonal prolongada. A avaliação envolve exames clínicos, de imagem e, frequentemente, biópsia endometrial.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Sangramento Uterino Anormal em Mulheres Pós-Menopausa**:
  - **Sangramento pós-menopausa**: Qualquer sangramento vaginal após 12 meses de amenorreia (ausência de menstruação) em mulheres na pós-menopausa é um sintoma de alerta que requer investigação para descartar malignidade.
  - **Sangramento irregular ou excessivo em mulheres perimenopáusicas**: Em mulheres na transição para a menopausa (climatério), o sangramento irregular ou excessivo pode ser um sinal de neoplasia ou hiperplasia endometrial.
- **Espessamento Endometrial em Exames de Imagem**:
  - **Espessamento endometrial (>5 mm) em ultrassonografia transvaginal**: Em mulheres pós-menopausa, espessura endometrial acima de 5 mm é um critério para investigação. Em mulheres na pré-menopausa, deve-se considerar a fase do ciclo menstrual ao interpretar a espessura do endométrio.
  - **Presença de pólipos ou massas endometriais**: Achados de pólipos endometriais ou massas sugerem a necessidade de histeroscopia ou biópsia endometrial para confirmar a natureza da lesão.
- **Fatores de Risco para Neoplasia de Endométrio**:
  - **Obesidade**: Mulheres obesas têm maior risco de câncer de endométrio devido ao excesso de estrogênio produzido pelo tecido adiposo.

- **Terapia hormonal sem oposição (estrogênio isolado)**: Mulheres que fazem uso de estrogênio sem progesterona (especialmente na terapia de reposição hormonal) têm maior risco de hiperplasia endometrial e câncer.
- **História de hiperplasia endometrial**: Pacientes com histórico de hiperplasia endometrial, especialmente com atipia, têm risco aumentado de progressão para neoplasia.
- **História familiar de câncer endometrial ou cânceres relacionados**: Mulheres com histórico familiar de neoplasias hormonodependentes, como câncer de ovário ou câncer de mama, ou síndromes genéticas como a síndrome de Lynch, têm risco elevado de câncer de endométrio.

- **Outros Sintomas Associados**:
  - **Dor pélvica**: Dor pélvica persistente ou progressiva pode estar associada a neoplasia avançada.
  - **Perda de peso inexplicada**: Perda de peso significativa e não intencional pode ser um sinal de malignidade avançada.
  - **Sintomas urinários ou intestinais**: Alterações no hábito urinário ou intestinal, especialmente em casos de invasão local da neoplasia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do sangramento uterino anormal (duração, quantidade, frequência) e sintomas associados, como dor pélvica, perda de peso, ou alterações urinárias e intestinais.
  - Histórico reprodutivo, como idade da menarca, menopausa, uso de terapia hormonal ou contraceptivos, e número de gestações.
  - Fatores de risco, incluindo obesidade, hipertensão, diabetes, histórico familiar de neoplasias e terapia hormonal.
  - Histórico de hiperplasia endometrial ou outros tratamentos ginecológicos prévios.
- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia transvaginal**: Relatório de ultrassonografia descrevendo a espessura endometrial e a presença de pólipos ou massas endometriais.
  - **Histeroscopia**, se realizada: Achados da visualização endometrial direta e biópsia endometrial, se disponível.

- **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, especialmente para detectar anemia em mulheres com sangramento prolongado ou abundante.
- **Resultados de biópsia endometrial**, se já realizados: Relatório histopatológico que identifique hiperplasia simples, complexa, com ou sem atipia, ou presença de células malignas.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de estrogênios, terapia hormonal, tamoxifeno ou outras medicações relacionadas a condições hormonais.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão, diabetes, síndrome metabólica, ou distúrbios relacionados à obesidade.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do sangramento uterino anormal, sintomas de alerta e fatores de risco para neoplasia endometrial. Exame clínico inicial e encaminhamento para exames complementares, como biópsia endometrial.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames de imagem e histopatológicos e poderá solicitar exames adicionais, como histeroscopia diagnóstica, ressonância magnética (RM) pélvica, ou cirurgia diagnóstica para coleta de amostras endometriais.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **hiperplasia endometrial sem atipia** podem ser tratadas com terapia hormonal (progesterona) e acompanhamento regular com ultrassonografia e biópsias.
  - Pacientes com **hiperplasia com atipia** ou **câncer de endométrio confirmado** podem necessitar de histerectomia (remoção do útero), além de tratamentos complementares, como radioterapia ou quimioterapia, dependendo do estadiamento da doença.
  - Pacientes com **suspeita de malignidade avançada** serão encaminhadas para avaliação oncológica e planejamento de tratamento multidisciplinar.
  - Pacientes com **sintomas de alerta, fatores de risco para câncer endometrial, espessamento endometrial significativo ou diagnóstico de hiperplasia/câncer endometrial** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação especializada, biópsia endometrial, histeroscopia e, se necessário, tratamento cirúrgico ou oncológico.

9.3.1.62. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Suspeita de Neoplasia do Colo do Útero**

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **neoplasia do colo do útero**, mais comumente associada ao câncer cervical, é tipicamente causada por infecção persistente com o **Papilomavírus Humano (HPV)**, especialmente os tipos de alto risco, como HPV 16 e 18. O diagnóstico precoce é fundamental e frequentemente envolve exames preventivos, como o **Papanicolau** (citologia cervical) e testes para detecção do HPV. Sangramento vaginal anormal, especialmente pós-coital, e dor pélvica são sinais que requerem avaliação adicional.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Achados Anormais no Exame Papanicolau**:
  - **Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)**: Alterações celulares no Papanicolau que indicam uma infecção ativa por HPV, geralmente transitória, mas que requer monitoramento.
  - **Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)**: Alterações celulares que indicam uma probabilidade maior de progressão para câncer cervical, necessitando de colposcopia e biópsia para confirmação.
  - **ASC-H (Atipias em células escamosas, não podendo excluir lesão de alto grau)**: Alterações celulares que requerem investigação imediata por colposcopia.
  - **Adenocarcinoma in situ ou carcinoma escamoso**: Presença de células cancerosas no exame Papanicolau, que indicam câncer invasivo e requerem avaliação oncológica urgente.
- **Sinais Clínicos de Alerta**:
  - **Sangramento pós-coital**: Sangramento vaginal após relações sexuais é um sinal de alerta importante e pode estar associado a neoplasias ou lesões pré-cancerosas no colo do útero.
  - **Sangramento vaginal anormal**: Qualquer sangramento fora do ciclo menstrual, especialmente em mulheres na menopausa, requer investigação para descartar câncer cervical.
  - **Corrimento vaginal anormal**: Corrimento vaginal aquoso, sanguinolento ou com odor desagradável, que pode ser um sinal de câncer cervical avançado.

- **Dor pélvica ou lombar persistente**: Dor contínua na região pélvica ou lombar pode ser um sintoma de invasão local de uma neoplasia cervical.

- **História de Exposição a Fatores de Risco**:
  - **Infecção por HPV de alto risco**: Mulheres com teste positivo para HPV de alto risco (especialmente tipos 16 e 18), que são responsáveis pela maioria dos casos de câncer cervical.
  - **Histórico de lesões cervicais prévias**: Pacientes com histórico de lesões cervicais de alto grau (HSIL) ou tratamento para lesões pré-cancerosas têm maior risco de recidiva ou progressão para neoplasia.
  - **Exposição ao dietilestilbestrol (DES)**: Mulheres expostas ao DES (medicamento usado na década de 1950 para prevenir abortos) têm risco aumentado de neoplasias cervicais e vaginais.
- **Sintomas Sistêmicos em Estágios Avançados**:
  - **Perda de peso inexplicada**: Em estágios avançados de câncer cervical, pode haver perda de peso significativa.
  - **Sintomas urinários ou intestinais**: Alterações nos hábitos urinários ou intestinais (como sangramento, dor ao urinar ou obstrução) sugerem invasão local da neoplasia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Presença de sintomas como sangramento pós-coital, sangramento vaginal anormal, dor pélvica, corrimento anormal ou outros sintomas.
  - Histórico de infecção por HPV, lesões cervicais prévias, ou tratamentos anteriores como conização ou biópsias cervicais.
  - Fatores de risco, como múltiplos parceiros sexuais, início precoce da atividade sexual, tabagismo e histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
  - Informações sobre o uso de contraceptivos, histórico menstrual e histórico familiar de neoplasias ginecológicas.
- **Exames realizados**:
  - **Papanicolau**: Relatório do exame citológico, descrevendo alterações celulares e a presença de lesões de baixo ou alto grau.
  - **Teste de HPV**, se realizado: Resultado do teste de HPV, com destaque para a presença de tipos de alto risco (HPV 16, HPV 18).

- **Colposcopia**, se realizada: Achados colposcópicos (como áreas de epitélio acetobranco, pontilhado ou mosaico) e resultados de biópsias cervicais.
- **Biópsia de colo uterino**, se realizada: Relatórios histopatológicos que identifiquem lesões pré-cancerosas (neoplasia intraepitelial cervical) ou carcinoma invasivo.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de contraceptivos hormonais, terapias de reposição hormonal ou medicamentos relacionados.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como doenças autoimunes, HIV, ou uso crônico de imunossupressores, que podem aumentar o risco de progressão da infecção por HPV para neoplasia.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas, histórico de infecção por HPV e achados de exames preventivos, como o Papanicolau e o teste de HPV. Exame físico, com atenção a sinais de sangramento ou lesões visíveis no colo do útero.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames e poderá solicitar exames complementares, como colposcopia com biópsia dirigida, para confirmar o diagnóstico e determinar a extensão da lesão.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **lesões de baixo grau (LSIL)** podem ser acompanhadas com citologia repetida e colposcopia, dependendo da evolução dos achados.
  - Pacientes com **lesões de alto grau (HSIL)** ou **câncer invasivo** serão encaminhadas para tratamento especializado, que pode incluir conização (remoção da lesão), histerectomia e/ou radioterapia.
  - Pacientes com **câncer cervical avançado** necessitarão de tratamento oncológico multidisciplinar, que pode incluir cirurgia radical, quimioterapia e radioterapia.
  - Pacientes com **suspeita de neoplasia cervical, achados de lesões de alto grau, ou câncer cervical confirmado** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação especializada, colposcopia, biópsia, e tratamento adequado, que pode incluir intervenções cirúrgicas ou oncológicas.

9.3.1.63. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Amenorreia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Amenorreia é a ausência de menstruação em mulheres em idade reprodutiva. Pode ser classificada como **primária**, quando a menstruação nunca ocorreu até os 16 anos, ou **secundária**, quando uma mulher que já menstruava apresenta ausência de menstruação por 3 ciclos consecutivos ou mais de 6 meses. A amenorreia pode ser causada por alterações hormonais, condições anatômicas ou fatores de estilo de vida, como estresse ou exercício físico excessivo.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Amenorreia Primária**:
- **Ausência de menarca aos 16 anos**: Em adolescentes que ainda não menstruaram até os 16 anos, com ou sem desenvolvimento das características sexuais secundárias (como crescimento das mamas e pelos pubianos).
- **Ausência de desenvolvimento das características sexuais secundárias até os 14 anos**: Meninas sem sinais de puberdade (como desenvolvimento mamário ou crescimento de pelos) devem ser avaliadas precocemente para investigar distúrbios hormonais ou anatômicos.
- **Amenorreia Secundária**:
    - **Ausência de menstruação por mais de 3 ciclos ou 6 meses**: Mulheres que anteriormente tinham ciclos menstruais regulares ou irregulares e que pararam de menstruar devem ser investigadas para condições hormonais, como síndrome dos ovários policísticos (SOP), insuficiência ovariana precoce, distúrbios da tireoide, ou gravidez.
    - **Alterações menstruais associadas a ganho ou perda de peso**: Alterações significativas no peso corporal, como ganho ou perda extrema, podem levar à amenorreia por disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-ovário.
    - **Exercício físico excessivo ou estresse**: Mulheres com amenorreia relacionada ao exercício intenso ou estresse emocional devem ser investigadas para possíveis distúrbios hormonais.
- **Suspeita de Alterações Hormonais**:
    - **Síndrome dos ovários policísticos (SOP)**: Mulheres com amenorreia associada a sinais de hiperandrogenismo (excesso de pelos, acne) ou presença de ovários policísticos na ultrassonografia.

- **Insuficiência ovariana precoce (falência ovariana prematura)**: Mulheres abaixo de 40 anos com amenorreia secundária e níveis elevados de hormônio folículo-estimulante (FSH), sugerindo falência ovariana precoce.
- **Distúrbios da tireoide**: Alterações na função tireoidiana (hipotireoidismo ou hipertireoidismo) podem causar amenorreia secundária, juntamente com outros sintomas como fadiga, ganho ou perda de peso, e alterações na pele e cabelo.
- **Hiperprolactinemia**: Níveis elevados de prolactina, muitas vezes associados a tumores hipofisários (prolactinomas), podem causar amenorreia e galactorreia (produção de leite fora do período de amamentação).

- **Suspeita de Alterações Anatômicas**:
  - **Síndrome de Asherman**: Presença de aderências uterinas internas, geralmente causadas por curetagens anteriores, que resultam na ausência de menstruação.
  - **Anormalidades congênitas**: Pacientes com amenorreia primária podem ter anormalidades anatômicas, como agenesia de útero, septos vaginais ou imperfuração do hímen.
  - **Amenorreia por contraceptivos**: Mulheres que usam métodos contraceptivos hormonais, como injeções de progestágeno ou dispositivos intrauterinos com hormônio (DIU hormonal), podem apresentar amenorreia temporária.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Idade de início da menarca (se aplicável) e características do ciclo menstrual anterior à amenorreia.
  - Fatores associados à amenorreia, como alterações de peso, nível de atividade física, estresse, e uso de medicamentos (contraceptivos hormonais, antidepressivos).
  - Sintomas associados, como galactorreia, dor pélvica, sinais de hiperandrogenismo (acne, alopecia, hirsutismo), ou sintomas de tireoide (fadiga, ganho ou perda de peso).
  - Histórico familiar de distúrbios hormonais ou ginecológicos, como síndrome dos ovários policísticos ou insuficiência ovariana precoce.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Níveis hormonais de FSH, LH, estradiol, prolactina, TSH, T4 livre e testosterona, para avaliar a função hormonal.

- **Exame de imagem**: Ultrassonografia pélvica para verificar a presença de ovários policísticos, anormalidades uterinas ou avaliar o desenvolvimento anatômico nas pacientes com amenorreia primária.
- **Testes de gravidez**: Para excluir gravidez em todas as mulheres com amenorreia secundária.
- **Teste de progesterona**: Pode ser solicitado para determinar se a ausência de menstruação é causada por anovulação ou por falta de estímulo estrogênico no endométrio.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de contraceptivos hormonais, antidepressivos, antipsicóticos ou outros medicamentos que possam interferir na função hormonal.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como distúrbios alimentares (anorexia, bulimia), doenças crônicas (diabetes, doenças renais) ou condições psiquiátricas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do histórico menstrual, presença de sintomas associados e identificação de possíveis causas anatômicas, hormonais ou relacionadas ao estilo de vida. Exame físico com atenção ao desenvolvimento sexual secundário e sinais de distúrbios hormonais.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os exames laboratoriais e de imagem e determinará a causa da amenorreia. A abordagem pode incluir tratamento hormonal, correção de fatores de estilo de vida, ou avaliação para condições anatômicas que necessitem de cirurgia.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **causas funcionais** de amenorreia (estresse, exercício excessivo, alterações de peso) podem ser tratadas com mudanças no estilo de vida e, se necessário, terapia hormonal.
  - Pacientes com **causas hormonais**, como SOP, insuficiência ovariana precoce ou hiperprolactinemia, serão tratadas com terapia hormonal apropriada (contraceptivos orais, indutores de ovulação, tratamento para prolactinomas) ou manejo clínico da condição.
  - Pacientes com **causas anatômicas**, como anormalidades congênitas ou síndrome de Asherman, podem necessitar de intervenção cirúrgica para correção.
  - Pacientes com **amenorreia primária ou secundária persistente, alterações hormonais significativas, ou suspeita de anormalidades anatômicas** serão

encaminhadas para regulação para avaliação ginecológica especializada, exames hormonais e de imagem mais detalhados, e possível tratamento cirúrgico ou terapias hormonais.

9.3.1.64. Protocolo para Consulta em Ginecologia: **Condiloma Acuminado / Verrugas Virais (HPV)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Condiloma acuminado é causado pelo **Papilomavírus Humano (HPV),** especialmente pelos tipos 6 e 11, responsáveis por verrugas genitais benignas. Essas lesões aparecem na região anogenital e podem ser assintomáticas ou causar desconforto. O manejo clínico envolve a remoção das lesões, tratamento antiviral e educação sobre prevenção. Em casos de lesões extensas ou refratárias ao tratamento, pode ser necessário encaminhamento para avaliação especializada.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em ginecologia nas seguintes situações:

- **Presença de Verrugas Genitais (Condiloma Acuminado)**:
  - **Verrugas visíveis na região anogenital**: Lesões elevadas, de superfície rugosa, que podem ser pequenas, discretas ou formar aglomerados, causando desconforto.
  - **Lesões perianais ou intravaginais**: Verrugas que afetam a mucosa vaginal, cervical ou anal, frequentemente associadas a infecção por HPV de baixo risco.
  - **Verrugas persistentes ou recorrentes**: Lesões que não respondem ao tratamento inicial com métodos tópicos ou removíveis (ácidos, crioterapia, laser) ou que recorrem frequentemente.
- **Sintomas Associados a Condiloma Acuminado**:
  - **Prurido**: Coceira na região genital ou anal, frequentemente associada à presença de verrugas.
  - **Dor ou desconforto durante a relação sexual**: Verrugas podem causar dor ou desconforto durante o ato sexual (dispareunia), especialmente se localizadas no intróito vaginal ou no colo do útero.
  - **Sangramento**: Verrugas podem sangrar devido ao atrito ou lesões acidentais, especialmente durante a relação sexual.

- **História de Exposição a Fatores de Risco**:
    - **História de infecção por HPV**: Pacientes com diagnóstico prévio de infecção por HPV, especialmente tipos de alto risco, devem ser acompanhadas de perto para monitoramento de lesões associadas.
    - **História de múltiplos parceiros sexuais**: Pacientes com história de múltiplos parceiros sexuais têm maior risco de adquirir e propagar o HPV.
    - **Imunossupressão**: Pacientes imunossuprimidos, como aquelas em tratamento com imunossupressores, HIV positivo ou submetidas a transplantes, estão em maior risco de desenvolver lesões mais extensas e persistentes.
    - **Suspeita de Lesões de Alto Risco (Neoplasia Intraepitelial Cervical)**:
    - **Achados anormais no Papanicolau**: Presença de alterações celulares no exame citopatológico (Papanicolau) que sugerem infecção por HPV de alto risco, com possível progressão para neoplasia intraepitelial cervical.
    - **Lesões acetobrancas na colposcopia**: Lesões que aparecem como áreas esbranquiçadas após a aplicação de ácido acético durante a colposcopia, sugerindo infecção por HPV e a presença de displasia cervical.
- **Lesões Extensas ou Refratárias**:
    - **Verrugas extensas ou múltiplas**: Lesões que envolvem grandes áreas da região anogenital ou que são múltiplas e de difícil manejo com tratamento local.
    - **Falha no tratamento inicial**: Verrugas que não respondem a métodos de remoção tópica, crioterapia ou cauterização, exigindo avaliação para outros tratamentos, como laserterapia ou cirurgia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação ginecológica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Presença de verrugas genitais (localização, número, tamanho), duração dos sintomas, e histórico de tratamentos anteriores (crioterapia, ácido tricloroacético, laser).
    - Sintomas associados, como prurido, dor ou sangramento, e impacto nas atividades diárias ou vida sexual.
    - Histórico de infecção por HPV, exames preventivos (Papanicolau) anteriores e qualquer diagnóstico de lesões cervicais ou anais.
    - Fatores de risco, como múltiplos parceiros sexuais, imunossupressão ou histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis (DSTs).

- **Exames realizados**:
    - **Teste de HPV**, se realizado: Resultados do teste de detecção de HPV e tipagem, especialmente para tipos de alto risco (HPV 16, 18).
    - **Colposcopia**, se realizada: Achados da colposcopia em mulheres com lesões cervicais ou vaginais, descrevendo a presença de lesões acetobrancas ou áreas suspeitas.
    - **Biópsia**, se realizada: Resultados de biópsia para descartar neoplasias ou displasias de alto grau, especialmente em casos de lesões cervicais ou anais.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de tratamentos tópicos para verrugas genitais (podofilotoxina, imiquimode) ou qualquer outro medicamento relacionado.
- **Comorbidades**: Outras condições clínicas relevantes, como HIV ou doenças autoimunes, que podem aumentar o risco de infecção persistente e complicações.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação das lesões genitais e sua gravidade, com foco na identificação de lesões extensas, persistentes ou associadas a displasia cervical ou anal. Exame físico para descartar complicações como sangramento ou infecções secundárias.
- **Avaliação ginecológica**: O ginecologista revisará os achados clínicos, colposcópicos e laboratoriais e poderá indicar tratamentos como crioterapia, laserterapia, excisão cirúrgica ou tratamentos tópicos, dependendo da extensão e refratariedade das lesões.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **verrugas pequenas e discretas** podem ser tratadas com terapias tópicas, como podofilotoxina, imiquimode ou ácido tricloroacético.
    - Pacientes com **verrugas extensas ou refratárias** podem necessitar de tratamento com laserterapia, excisão cirúrgica ou eletrocauterização.
    - Pacientes com **lesões cervicais ou anais associadas** devem ser acompanhadas com colposcopia e, se necessário, tratamento para neoplasia intraepitelial ou displasia.
    - Pacientes com **condiloma acuminado extenso, verrugas genitais persistentes, lesões associadas a displasia cervical ou anal, ou falha no tratamento inicial** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação ginecológica especializada, colposcopia, tratamento avançado ou excisão cirúrgica.

9.3.1.65. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Citopenias (Bicitopenia / Pancitopenia)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Citopenias referem-se à redução no número de células sanguíneas. A **bicitopenia** é a redução de duas das três principais linhagens celulares do sangue (hemácias, leucócitos, plaquetas), enquanto a **pancitopenia** envolve a redução das três. Essas condições podem ser causadas por distúrbios da medula óssea, como aplasia medular, infiltração por neoplasias, uso de medicações ou doenças autoimunes. O manejo clínico requer avaliação detalhada para identificar a causa subjacente, sendo a hematologia a especialidade mais indicada para esse acompanhamento.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Bicitopenia (Redução de Duas Linhagens Celulares)**:
  - **Anemia e trombocitopenia**: Presença de anemia e plaquetas baixas pode estar associada a distúrbios da medula óssea, infiltração por neoplasias ou doenças autoimunes, como lúpus.
  - **Leucopenia e trombocitopenia**: A diminuição de leucócitos e plaquetas pode sugerir doenças infecciosas graves, insuficiência medular ou uso de medicações citotóxicas.
  - **Leucopenia e anemia**: A redução de leucócitos e hemácias pode ser associada a aplasia medular, doenças hematológicas, ou infiltração por neoplasias hematológicas, como leucemia.
- **Pancitopenia (Redução de Três Linhagens Celulares)**:
  - **Anemia, leucopenia e trombocitopenia**: Pancitopenia frequentemente é causada por doenças da medula óssea, como aplasia medular, leucemia, mielodisplasia ou infiltração medular por linfomas. Necessita de avaliação urgente para investigação.
  - **Esplenomegalia**: Pancitopenia associada ao aumento do baço pode sugerir hiperesplenismo, infiltrados malignos ou doenças mieloproliferativas.
- **Sintomas Associados a Citopenias**:
  - **Fadiga, fraqueza e palidez**: Sinais de anemia significativa, com hemoglobina abaixo do esperado para a faixa etária e sexo.

- **Facilidade de sangramento ou petéquias**: Sangramentos espontâneos, equimoses ou petéquias podem indicar trombocitopenia severa (plaquetas abaixo de 50.000/mm³).
- **Infecções recorrentes ou febre**: Leucopenia grave pode predispor a infecções recorrentes, febre e aumento da suscetibilidade a infecções bacterianas e virais.

- **História de Exposição a Fatores de Risco**:
  - **Uso de medicações mielossupressoras**: Pacientes em uso de quimioterápicos, medicamentos imunossupressores ou anticonvulsivantes podem desenvolver citopenias.
  - **Exposição a toxinas ou radiação**: Exposição prévia a substâncias tóxicas (benzeno, radiação) pode ser um fator de risco para insuficiência medular e citopenias.
  - **Doenças autoimunes ou infecciosas**: Lúpus eritematoso sistêmico (LES), infecção por HIV, hepatites virais ou outras condições autoimunes podem estar associadas a citopenias.
- **Investigação de Doenças Malignas**:
  - **Suspeita de leucemias ou linfomas**: Presença de sintomas sistêmicos, como febre persistente, perda de peso não intencional, suores noturnos, ou esplenomegalia/hepatomegalia, em conjunto com citopenias, pode sugerir doenças hematológicas malignas.
  - **História de neoplasias hematológicas**: Pacientes com histórico de leucemia, linfoma ou mieloma múltiplo têm risco aumentado de desenvolver citopenias secundárias a tratamentos ou recidivas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição dos sintomas associados às citopenias, como fadiga, infecções recorrentes, sangramentos ou febre.
- Histórico de doenças autoimunes, malignidades hematológicas ou doenças infecciosas que possam estar relacionadas à pancitopenia.
- Uso de medicamentos que podem causar mielossupressão, como quimioterápicos, antirretrovirais, imunossupressores ou anticonvulsivantes.
- Exposição a toxinas, radiação ou tratamentos prévios que possam prejudicar a função medular.

- **Exames realizados**:
- **Hemograma completo**: Relatório do hemograma com detalhamento das três linhagens celulares (hemácias, leucócitos, plaquetas), descrevendo a gravidade das citopenias.
- **Exames de imagem**, se realizados: Ultrassonografia abdominal para avaliação de esplenomegalia ou infiltrados medulares, tomografia ou ressonância magnética em casos de suspeita de infiltração medular.
- **Testes laboratoriais adicionais**: Função hepática, renal, dosagem de vitamina B12, folato e ferro para excluir causas secundárias de anemia ou pancitopenia.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de quimioterápicos, imunossupressores, anticonvulsivantes ou qualquer outro medicamento relacionado ao quadro.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças autoimunes (LES), infecção por HIV, hepatite viral ou histórico de câncer.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da gravidade da citopenia, sintomas associados e fatores de risco. Exame físico com foco na presença de esplenomegalia, hepatomegalia ou linfadenopatia.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará o hemograma, exames laboratoriais e de imagem. Dependendo dos achados, pode solicitar exames adicionais, como biópsia de medula óssea, mielograma ou testes de função imunológica.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **causas secundárias reversíveis**, como deficiência de vitamina B12, folato ou medicações mielossupressoras, devem ser tratados com suplementação ou ajuste das medicações.
    - Pacientes com **distúrbios hematológicos graves**, como aplasia medular, leucemias ou síndromes mielodisplásicas, podem necessitar de tratamento específico, como quimioterapia, imunossupressores ou transplante de medula óssea.
    - Pacientes com **doenças autoimunes** que causam citopenias podem ser tratados com imunossupressores, como corticosteroides ou terapias biológicas.
    - Pacientes com **bicitopenia ou pancitopenia não explicada, sintomas graves ou refratários, ou suspeita de doenças hematológicas malignas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, biópsia de medula óssea e exames diagnósticos complementares.

I. Condições Clínicas para Atendimento

Anemia é definida como a redução da concentração de hemoglobina no sangue, resultando em uma diminuição da capacidade de transporte de oxigênio. Pode ser causada por deficiências nutricionais (ferro, vitamina B12, folato), doenças crônicas, distúrbios hematológicos, sangramentos ou doenças hereditárias, como talassemias. O manejo da anemia depende da identificação da causa subjacente e da gravidade, sendo que alguns casos requerem encaminhamento para um hematologista.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Anemia Ferropênica Grave ou Refratária ao Tratamento**:
  - **Hemoglobina abaixo de 8 g/dL**: Anemia severa, que pode causar fadiga extrema, tontura, e palpitações, e requer investigação urgente.
  - **Falta de resposta à suplementação de ferro oral**: Pacientes que não respondem ao tratamento com ferro oral, após um período adequado de tratamento (geralmente 2 a 3 meses), necessitam de investigação mais detalhada.
  - **Suspeita de perda sanguínea oculta**: Anemia ferropênica sem causa aparente de sangramento visível, sugerindo possíveis sangramentos ocultos, como úlceras gástricas, câncer gastrointestinal ou menorragia.
- **Anemia Megaloblástica (Deficiência de Vitamina B12 ou Folato)**:
  - **Anemia com macrocitose**: Anemia com aumento no tamanho das hemácias (VCM > 100 fL) e suspeita de deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, que pode ser causada por má absorção, dietas restritivas, ou uso de medicamentos.
  - **Sintomas neurológicos associados à deficiência de vitamina B12**: Pacientes com formigamento nas extremidades, dificuldade de caminhar, ou perda de memória, que sugerem neuropatia por deficiência de vitamina B12.
- **Anemia de Doença Crônica**:
  - **Anemia associada a doenças crônicas**: Anemia em pacientes com doenças inflamatórias crônicas, como doenças autoimunes, infecções crônicas (como tuberculose), ou doenças renais crônicas.
  - **Anemia da insuficiência renal**: Pacientes com doença renal crônica que apresentam anemia resistente ao tratamento com eritropoetina.

- **Anemias Hemolíticas**:
    - **Evidências de hemólise**: Anemia com sinais de destruição de hemácias, como aumento de bilirrubina indireta, haptoglobina baixa e reticulócitos elevados. Pacientes com icterícia, urina escura, ou esplenomegalia podem necessitar de investigação de doenças hemolíticas.
    - **Anemia hemolítica autoimune**: Pacientes com anemia associada à presença de autoanticorpos contra hemácias (teste de Coombs positivo) necessitam de avaliação hematológica para manejo adequado.
- **Anemias Hereditárias**:
    - **Anemia falciforme**: Pacientes com diagnóstico de anemia falciforme ou traço falciforme, que necessitam de acompanhamento especializado para prevenir crises vaso-oclusivas e outras complicações.
    - **Talassemias**: Anemia microcítica com características sugestivas de talassemia, especialmente em pacientes com história familiar da doença ou de origem étnica de regiões endêmicas (Mediterrâneo, Sudeste Asiático, África).
- **Anemia Aplástica**:
    - **Anemia severa com pancitopenia**: Pacientes com anemia associada à redução das outras linhagens celulares (leucócitos e plaquetas) podem ter insuficiência medular, como aplasia medular, e necessitam de avaliação urgente.
- **Anemia de Origem Indeterminada**:
    - **Anemia sem causa definida**: Pacientes com anemia persistente que não têm uma causa clara após avaliação inicial (exames de ferro, B12, folato, função renal e hepática), que necessitam de investigação mais aprofundada para excluir condições hematológicas malignas, como síndromes mielodisplásicas ou leucemias.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Presença de sintomas como fadiga, fraqueza, palidez, falta de ar, palpitações, ou sinais neurológicos associados à anemia (no caso de deficiência de vitamina B12).
- Histórico dietético, presença de doenças crônicas (doenças renais, doenças autoimunes, infecções crônicas) ou história familiar de anemias hereditárias.
- Exposição a medicamentos ou toxinas que possam causar anemia.
- **Exames realizados**:

- **Hemograma completo**: Relatório de hemoglobina, volume corpuscular médio (VCM), contagem de reticulócitos e descrição das características morfológicas das hemácias.
- **Exames de ferro**: Ferritina, saturação de transferrina, ferro sérico e capacidade total de ligação de ferro (TIBC), para avaliação de anemia ferropênica.
- **Dosagem de vitamina B12 e folato**: Em casos de anemia megaloblástica.
- **Testes adicionais**, se realizados: Bilirrubina, LDH, haptoglobina, e teste de Coombs, para investigar causas de anemia hemolítica. Avaliação da função renal e hepática em pacientes com doenças crônicas.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de suplementos de ferro, vitamina B12, folato ou qualquer outro tratamento em andamento.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças renais crônicas, doenças autoimunes, infecções crônicas ou histórico de neoplasias hematológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas e gravidade da anemia, com identificação de sinais de alerta, como hemoglobina abaixo de 8 g/dL, sintomas neurológicos ou sinais de hemólise. Exame físico detalhado, com atenção para esplenomegalia, icterícia ou sinais de sangramento.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais e de imagem para definir a causa subjacente da anemia. Dependendo da etiologia, podem ser solicitados exames adicionais, como biópsia de medula óssea, eletroforese de hemoglobina ou testes genéticos para doenças hereditárias.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **anemia ferropênica** serão tratados com reposição de ferro oral ou intravenoso, dependendo da gravidade e da resposta ao tratamento.
    - Pacientes com **anemia megaloblástica** receberão suplementação de vitamina B12 ou folato, conforme o déficit identificado.
    - Pacientes com **anemia hemolítica** necessitam de tratamento específico, como corticoides, imunossupressores ou, em casos graves, esplenectomia.
    - Pacientes com **anemias hereditárias** serão acompanhados para manejo das complicações, como crises vaso-oclusivas na anemia falciforme ou sobrecarga de ferro na talassemia.
    - Pacientes com **anemia grave, refratária ao tratamento, anemias hemolíticas, hereditárias ou de origem indeterminada** serão

encaminhados para regulação para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica mais aprofundada e tratamento específico.

9.3.1.67. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Policitemia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Policitemia é o aumento do número de hemácias no sangue, resultando em elevação dos níveis de hemoglobina e hematócrito acima dos valores normais. Pode ser **primária**, devido a distúrbios na produção de células sanguíneas, como na **policitemia vera** (um distúrbio mieloproliferativo), ou **secundária**, causada por condições que levam à hipóxia ou aumento da produção de eritropoetina. O manejo depende da identificação da causa subjacente e da prevenção de complicações, como trombose.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Policitemia Vera (Primária)**:
  - **Hemoglobina e hematócrito persistentemente elevados**: Níveis de hemoglobina >16,5 g/dL em mulheres e >18,5 g/dL em homens, ou hematócrito >48% em mulheres e >52% em homens.
  - **Sintomas de hipercoagulabilidade**: Pacientes com histórico de trombose, rubor facial, prurido (especialmente após o banho), dor de cabeça ou tontura.
  - **Esplenomegalia**: Aumento do baço é comum na policitemia vera, causado pela hiperprodução de células sanguíneas.
  - **Sintomas gerais**: Fadiga, fraqueza, desconforto abdominal, distúrbios visuais, ou dor torácica.
- **Policitemia Secundária**:
  - **Condições associadas à hipóxia crônica**: Policitemia secundária a hipóxia ocorre em pacientes com doenças pulmonares crônicas (DPOC, apneia do sono), doenças cardíacas congênitas ou que vivem em altitudes elevadas.
  - **Aumento da produção de eritropoetina**: Policitemia associada ao aumento de eritropoetina pode ser causada por tumores produtores de eritropoetina, como tumores renais, hepatocarcinoma ou hemangioblastoma.
  - **Uso de doping eritropoético**: Suspeita de uso de eritropoietina exógena em atletas ou indivíduos para melhorar o desempenho físico.
- **Sintomas Associados à Policitemia**:

- **Cefaleia e tontura**: Aumento na viscosidade do sangue pode causar sintomas neurológicos, como dor de cabeça, tontura e distúrbios visuais.
- **Prurido aquagênico**: Coceira intensa após contato com água, especialmente após banhos quentes, é um sintoma característico da policitemia vera.
- **Trombose ou eventos isquêmicos**: Histórico de trombose venosa profunda, embolia pulmonar, ou eventos isquêmicos cerebrais ou cardíacos deve levantar a suspeita de policitemia.

- **Achados de Exames Complementares**:
  - **Eritropoetina sérica baixa ou normal**: Níveis baixos de eritropoetina em pacientes com policitemia sugerem a presença de policitemia vera, enquanto níveis elevados podem indicar policitemia secundária.
  - **Mutação JAK2 V617F positiva**: A presença da mutação JAK2 é altamente sugestiva de policitemia vera e deve ser investigada em todos os pacientes com suspeita de distúrbio mieloproliferativo.
- **Investigação de Doenças Malignas**:
  - **Tumores produtores de eritropoetina**: A policitemia secundária a tumores pode estar associada a sintomas sistêmicos, como perda de peso inexplicada, febre e dor abdominal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas associados à policitemia, como cefaleia, tontura, prurido, fadiga, dor abdominal, ou sintomas sugestivos de trombose.
  - Histórico de doenças pulmonares crônicas, doenças cardíacas, ou exposição a altitudes elevadas.
  - História de uso de eritropoietina exógena ou anabolizantes, especialmente em atletas.
- **Exames realizados**:
  - **Hemograma completo**: Níveis elevados de hemoglobina, hematócrito, contagem de hemácias, e presença de leucocitose ou trombocitose associada (frequente na policitemia vera).
  - **Eritropoetina sérica**: Níveis de eritropoetina para diferenciar policitemia vera (eritropoetina baixa) de policitemia secundária (eritropoetina alta).

- **Teste de mutação JAK2**, se realizado: Pesquisa da mutação JAK2 V617F, presente em mais de 95% dos casos de policitemia vera.
- **Exames de imagem**, se aplicáveis: Ultrassonografia abdominal para avaliar esplenomegalia ou presença de tumores renais.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de eritropoietina, esteroides anabolizantes ou qualquer medicação que possa estar relacionada ao aumento da massa eritrocitária.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças respiratórias, doenças cardíacas ou histórico de neoplasias.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas associados à policitemia, exame físico com foco na presença de esplenomegalia, sinais de trombose ou sintomas de hipóxia crônica.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais, como hemograma, eritropoetina e mutação JAK2, e poderá solicitar exames adicionais, como biópsia de medula óssea, estudos de imagem para investigar tumores produtores de eritropoetina ou outras condições que causam policitemia.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **policitemia vera** podem ser tratados com flebotomias periódicas para reduzir o hematócrito, além de medicamentos como hidroxiureia ou interferon, para controle da produção celular.
  - Pacientes com **policitemia secundária** devem ser tratados de acordo com a causa subjacente, como correção de hipóxia crônica, controle de doenças pulmonares ou cardíacas, ou remoção de tumores produtores de eritropoetina.
  - Pacientes com **complicações trombóticas** devem receber anticoagulação e acompanhamento contínuo para prevenção de novos eventos.
  - Pacientes com **policitemia vera, suspeita de policitemia secundária de origem tumoral, ou complicações trombóticas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica aprofundada e tratamento adequado, incluindo manejo de fatores de risco para trombose.

9.3.1.68. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Trombocitopenia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Trombocitopenia é a diminuição do número de plaquetas no sangue abaixo dos níveis normais (geralmente <150.000/mm³). Pode ser causada por diversas condições, incluindo doenças autoimunes, infecções, distúrbios da medula óssea, uso de medicamentos ou condições hereditárias. O manejo clínico depende da causa subjacente e da gravidade da trombocitopenia, sendo que casos graves ou refratários ao tratamento requerem encaminhamento para hematologia.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Trombocitopenia Grave (Plaquetas <50.000/mm³)**:
  - **Plaquetas persistentemente abaixo de 50.000/mm³**: Pacientes com níveis de plaquetas muito baixos estão em risco de sangramentos espontâneos graves, como hemorragias intracranianas ou gastrointestinais.
  - **Plaquetas <20.000/mm³**: Trombocitopenia severa que requer atenção imediata, devido ao alto risco de sangramentos espontâneos significativos, mesmo sem trauma.
  - **Trombocitopenia Autoimune (Púrpura Trombocitopênica Imune - PTI)**:
  - **Presença de petéquias, equimoses ou sangramentos mucosos**: Pacientes com PTI geralmente apresentam sangramentos cutâneos ou mucosos (gengivas, nariz), apesar de não haver anormalidades nos outros componentes do hemograma.
  - **História de trombocitopenia idiopática**: Trombocitopenia isolada sem causa aparente que persiste por mais de 6 meses, especialmente em pacientes sem histórico de outras doenças hematológicas.
- **Trombocitopenia Induzida por Medicamentos**:
  - **Uso recente de medicamentos conhecidos por causar trombocitopenia**: Pacientes em uso de heparina (trombocitopenia induzida por heparina - TIH), quinina, anticonvulsivantes, antibióticos (como sulfonamidas) ou outros medicamentos que podem induzir trombocitopenia devem ser investigados.
  - **Trombocitopenia pós-transfusional**: Queda significativa nas plaquetas após transfusões sanguíneas, sugerindo reações imunomediadas contra as plaquetas.
- **Trombocitopenia Associada a Infecções ou Doenças Autoimunes**:
  - **Infecções virais ou bacterianas**: Pacientes com infecções graves, como hepatite, HIV, dengue ou sepses podem desenvolver trombocitopenia associada à ativação do sistema imunológico ou destruição das plaquetas.

- **Doenças autoimunes**: Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome antifosfolipídica ou outras doenças autoimunes frequentemente desenvolvem trombocitopenia como parte do processo imunológico subjacente.

- **Trombocitopenia Associada a Distúrbios da Medula Óssea**:
  - **Anormalidades no hemograma associadas a pancitopenia**: Pacientes com trombocitopenia associada a leucopenia e anemia devem ser investigados para distúrbios da medula óssea, como aplasia medular, mielodisplasia ou leucemias.
  - **Esplenomegalia**: Pacientes com esplenomegalia (aumento do baço) podem ter trombocitopenia por hiperesplenismo, causado por aumento na destruição de plaquetas pelo baço.
- **Trombocitopenia Hereditária**:
  - **História familiar de trombocitopenia**: Pacientes com histórico familiar de trombocitopenia podem ter condições hereditárias, como síndrome de Wiskott-Aldrich ou trombocitopenia amegacariocítica congênita, que requerem acompanhamento especializado.
- **Trombocitopenia Secundária a Neoplasias ou Quimioterapia**:
  - **Pacientes com câncer ou submetidos a quimioterapia**: Trombocitopenia em pacientes oncológicos pode ocorrer devido à quimioterapia ou infiltração da medula óssea por células malignas, como linfomas ou leucemias.
  - **Síndromes mielodisplásicas**: Trombocitopenia associada à displasia de células da medula óssea pode sugerir uma síndrome mielodisplásica, que requer acompanhamento em hematologia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas associados, como sangramentos, petéquias, equimoses, ou sinais de infecções recentes.
  - Histórico de uso de medicamentos que podem causar trombocitopenia, como heparina, quinina, anticonvulsivantes ou antibióticos.
  - Histórico de doenças autoimunes, infecções virais (como HIV, hepatite) ou neoplasias hematológicas.
  - História familiar de trombocitopenia ou condições hereditárias associadas.
- **Exames realizados**:

- **Hemograma completo**: Relatório do hemograma com contagem de plaquetas e avaliação das outras linhagens celulares (leucócitos e hemácias).
- **Testes imunológicos**, se aplicáveis: Teste de Coombs direto, pesquisa de anticorpos antiplaquetários ou avaliação de fatores de coagulação em casos de suspeita de trombocitopenia imunomediada.
- **Função hepática e renal**: Para descartar causas secundárias de trombocitopenia, como doenças hepáticas ou renais.
- **Exames adicionais**, se realizados: Exames para diagnóstico de doenças autoimunes, como anticorpos antinucleares (ANA), perfil antifosfolipídeos, ou testes de função imunológica.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que podem estar associados à trombocitopenia.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças autoimunes, infecções crônicas ou neoplasias hematológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas e gravidade da trombocitopenia, com identificação de sinais de alerta, como plaquetas <20.000/mm³ ou sangramentos graves. Exame físico com foco na presença de esplenomegalia, petéquias, equimoses ou sinais de infecções.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais e determinará a causa subjacente da trombocitopenia. Exames adicionais, como biópsia de medula óssea, podem ser necessários para investigar distúrbios hematológicos primários, como aplasia medular, síndromes mielodisplásicas ou leucemias.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **PTI leve** podem ser acompanhados com monitoramento das plaquetas e tratamento conservador. Em casos graves, pode ser necessário o uso de corticoides, imunoglobulinas intravenosas (IVIG) ou esplenectomia.
  - Pacientes com **trombocitopenia secundária a medicamentos** devem interromper o uso dos medicamentos suspeitos e podem necessitar de tratamento de suporte.
  - Pacientes com **distúrbios hematológicos graves**, como leucemias ou síndromes mielodisplásicas, podem necessitar de tratamento específico, como quimioterapia ou transplante de medula óssea.

- Pacientes com **trombocitopenia grave, persistente, de origem indeterminada, ou associada a doenças hematológicas malignas ou autoimunes** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.69. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Trombocitose**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Trombocitose é o aumento do número de plaquetas no sangue acima de 450.000/mm³. Pode ser **primária**, como em distúrbios mieloproliferativos, como a **trombocitemia essencial**, ou **secundária**, devido a condições reativas como infecções, inflamações, cirurgias recentes, ou deficiências de ferro. A trombocitose primária tem maior risco de complicações trombóticas e hemorrágicas, enquanto a trombocitose reativa geralmente se resolve com o tratamento da condição subjacente.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Trombocitose Primária (Trombocitemia Essencial)**:
  - **Contagem de plaquetas persistentemente elevada (>450.000/mm³)**: Trombocitose sem causa reativa aparente, com valores de plaquetas consistentemente elevados em exames seriados.
  - **Presença da mutação JAK2, CALR ou MPL**: Testes genéticos positivos para mutações associadas a distúrbios mieloproliferativos, como trombocitemia essencial ou policitemia vera.
  - **Complicações trombóticas ou hemorrágicas**: História de trombose (venosa ou arterial), como trombose venosa profunda, acidente vascular cerebral (AVC), ou embolia pulmonar, ou sangramentos anormais, como epistaxe ou hematomas espontâneos.
- **Trombocitose Secundária (Reativa)**:
  - **Condições inflamatórias crônicas**: Pacientes com doenças inflamatórias, como artrite reumatoide, doenças autoimunes, ou infecções crônicas (como tuberculose), que podem causar elevação das plaquetas.
  - **Infecções agudas ou crônicas**: Trombocitose reativa é comum em resposta a infecções bacterianas ou virais, especialmente em infecções respiratórias e pós-cirúrgicas.

- **Deficiência de ferro**: Trombocitose pode ocorrer em pacientes com deficiência de ferro, frequentemente associada a anemia microcítica.
- **Câncer**: Neoplasias, especialmente tumores sólidos (como câncer de pulmão, mama ou ovário), podem causar trombocitose reativa devido à produção aumentada de citocinas inflamatórias.

- **Sintomas Associados à Trombocitose**:
  - **Sintomas de trombose**: Pacientes com trombocitose podem apresentar dor e inchaço nos membros (trombose venosa profunda), dor torácica e dificuldade respiratória (embolia pulmonar), ou sintomas neurológicos, como fraqueza, confusão, ou paralisia (AVC).
  - **Sintomas hemorrágicos**: Sangramentos espontâneos, como epistaxe, gengivorragia, hematomas fáceis, ou menorragia, especialmente em casos de trombocitemia essencial, que pode estar associada a disfunção plaquetária.
- **Exames Laboratoriais Anormais**:
  - **Plaquetas elevadas associadas a leucocitose ou aumento de hemácias**: Em distúrbios mieloproliferativos, a trombocitose pode ser acompanhada de elevação dos leucócitos ou das hemácias, sugerindo um processo hematopoiético clonal.
  - **Ferritina baixa**: Indicando possível deficiência de ferro, o que pode ser uma causa de trombocitose reativa.
- **Investigação de Distúrbios Mieloproliferativos**:
  - **Mutação JAK2 V617F positiva**: Presença da mutação JAK2 é altamente sugestiva de trombocitemia essencial ou outras síndromes mieloproliferativas.
  - **Esplenomegalia**: Pacientes com aumento do baço devem ser avaliados para distúrbios hematológicos, como trombocitemia essencial ou mielofibrose.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Presença de sintomas associados, como trombose, hemorragias, dores de cabeça, tontura ou sintomas neurológicos.
  - Histórico de condições inflamatórias crônicas, infecções recentes ou crônicas, neoplasias ou deficiência de ferro.
  - Exposição a medicamentos que podem causar trombocitose, como corticosteróides ou estimulantes de eritropoese.

- **Exames realizados**:
    - **Hemograma completo**: Relatório de hemograma com contagem de plaquetas, presença de leucocitose ou aumento de hemácias, além de características morfológicas das células.
    - **Níveis de ferritina e ferro sérico**, para excluir trombocitose secundária à deficiência de ferro.
    - **Teste genético para mutação JAK2, CALR, MPL**, se realizado: Resultados de testes genéticos que ajudam a confirmar o diagnóstico de trombocitemia essencial ou outros distúrbios mieloproliferativos.
    - **Função hepática e renal**, se aplicável: Para descartar outras causas subjacentes de trombocitose reativa, como insuficiência hepática ou renal.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de qualquer medicamento que possa estar associado a trombocitose, como corticóides ou medicamentos que aumentam a produção de células sanguíneas.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças inflamatórias, neoplasias ou doenças autoimunes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas associados à trombocitose, com exame físico focado em sinais de trombose, esplenomegalia ou sangramentos.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais e de imagem e determinará se a trombocitose é primária ou secundária. Em casos de trombocitemia essencial, testes adicionais, como biópsia de medula óssea, podem ser necessários.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **trombocitose reativa** geralmente não requerem tratamento específico para as plaquetas, mas sim tratamento da causa subjacente (infecção, inflamação, deficiência de ferro).
    - Pacientes com **trombocitemia essencial** podem ser tratados com aspirina em baixa dose para reduzir o risco de trombose, além de medicamentos citoredutores, como hidroxiureia, anagrelida ou interferon, para reduzir a contagem de plaquetas.
    - Pacientes com **complicações trombóticas** ou alto risco de trombose devem ser acompanhados de perto e tratados com anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários.

- Pacientes com **trombocitose persistente, trombocitemia essencial confirmada, ou complicações trombóticas ou hemorrágicas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, com investigação adicional e manejo específico.

9.3.1.70. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Leucopenia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Leucopenia é a redução do número de leucócitos no sangue abaixo dos valores normais (<4.000 leucócitos/mm³). Pode ser causada por uma ampla gama de condições, incluindo infecções, doenças autoimunes, distúrbios da medula óssea, uso de medicamentos ou deficiência nutricional. A leucopenia aumenta o risco de infecções e, em casos mais graves, pode estar associada a condições malignas, como leucemias.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Leucopenia Grave (Leucócitos <1.000/mm³)**:
  - **Leucopenia severa**: Pacientes com contagem de leucócitos muito baixa (<1.000/mm³) estão em risco elevado de infecções graves e potencialmente fatais. Necessitam de avaliação urgente para investigação da causa e início imediato de tratamento de suporte.
  - **Neutropenia grave**: Neutropenia (redução dos neutrófilos <500/mm³), que coloca os pacientes em risco de infecções bacterianas graves e fungos oportunistas.
- **Leucopenia Crônica ou Persistente**:
  - **Leucopenia persistente**: Pacientes com leucopenia de longa duração sem causa aparente, que persiste por mais de três meses, devem ser investigados para doenças da medula óssea, doenças autoimunes ou infecções crônicas.
  - **História de infecções recorrentes**: Pacientes que apresentam infecções frequentes ou graves, como pneumonia, sinusite ou infecções de pele, especialmente quando associadas a leucopenia persistente, requerem avaliação hematológica.
- **Leucopenia Induzida por Medicamentos**:
  - **Uso de medicamentos imunossupressores ou quimioterápicos**: Medicamentos como quimioterápicos, antirretrovirais, anticonvulsivantes, ou

imunossupressores (como azatioprina, metotrexato) podem causar leucopenia e necessitam de avaliação para ajuste de dosagem ou troca de medicação.

- **Leucopenia induzida por medicamentos não citotóxicos**: Medicamentos como antitireoidianos (metimazol), antibióticos (como sulfonamidas), ou agentes psicotrópicos podem induzir leucopenia e devem ser investigados.

- **Leucopenia Associada a Doenças Autoimunes ou Infecciosas**:
  - **Doenças autoimunes**: Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite reumatoide ou outras doenças autoimunes frequentemente desenvolvem leucopenia devido à destruição imunomediada de leucócitos.
  - **Infecções virais crônicas**: Infecções como HIV, hepatite C ou Epstein-Barr podem causar leucopenia ao suprimir a função da medula óssea ou destruir leucócitos.
- **Leucopenia Associada a Distúrbios da Medula Óssea**:
  - **Anormalidades no hemograma**: Leucopenia associada à anemia e/ou trombocitopenia pode indicar insuficiência medular, como aplasia medular, mielodisplasia ou leucemia.
  - **Esplenomegalia**: O aumento do baço pode levar à destruição de leucócitos, sugerindo hiperesplenismo, infiltrados malignos ou doenças autoimunes.
- **Leucopenia Hereditária**:
  - **História familiar de leucopenia**: Pacientes com história familiar de leucopenia ou neutropenia podem ter condições hereditárias, como neutropenia congênita, que requerem avaliação especializada.
- **Leucopenia Secundária a Neoplasias ou Quimioterapia**:
  - **Pacientes com câncer ou submetidos a quimioterapia**: Leucopenia é comum em pacientes oncológicos tratados com quimioterapia ou radioterapia, o que aumenta o risco de infecções e pode necessitar de intervenção terapêutica, como fatores de crescimento de leucócitos.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Presença de infecções recentes ou recorrentes, febre, fadiga ou sintomas sistêmicos associados à leucopenia.
  - Histórico de uso de medicamentos que podem induzir leucopenia, como quimioterápicos, imunossupressores, anticonvulsivantes ou antibióticos.

- Histórico de doenças autoimunes, infecções virais crônicas (HIV, hepatite, EBV) ou neoplasias hematológicas.
- História familiar de leucopenia ou neutropenia congênita.

- **Exames realizados**:
  - **Hemograma completo**: Relatório do hemograma com contagem de leucócitos, neutrófilos, linfócitos, e avaliação das outras linhagens celulares (hemácias e plaquetas).
  - **Testes imunológicos**, se aplicáveis: Pesquisa de autoanticorpos, como anticorpos antinucleares (ANA), para investigação de causas autoimunes.
  - **Função hepática e renal**: Para descartar causas secundárias de leucopenia, como insuficiência hepática ou renal.
  - **Exames virais**, se aplicáveis: Testes para HIV, hepatites, Epstein-Barr, ou citomegalovírus, em casos de suspeita de infecção viral crônica.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar associados à leucopenia.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças autoimunes, infecções crônicas ou neoplasias hematológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas e gravidade da leucopenia, com identificação de sinais de infecções graves, febre persistente ou outros sintomas de alerta. Exame físico com foco em sinais de infecções, esplenomegalia ou outras manifestações sistêmicas.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais, como hemograma e marcadores infecciosos ou autoimunes, e poderá solicitar exames adicionais, como biópsia de medula óssea, para investigar distúrbios hematológicos primários, como aplasia medular ou leucemias.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **leucopenia leve a moderada** podem ser acompanhados com monitoramento regular da contagem de leucócitos e controle das infecções associadas.
  - Pacientes com **leucopenia severa ou neutropenia grave** podem necessitar de intervenções imediatas, como antibióticos profiláticos, fatores de crescimento hematopoiético (como G-CSF), ou ajuste de medicações que possam estar causando a leucopenia.

- Pacientes com **distúrbios hematológicos graves**, como leucemias ou aplasia medular, podem necessitar de tratamento quimioterápico, transplante de medula óssea ou terapias imunossupressoras.
- Pacientes com **leucopenia grave, persistente, de origem indeterminada, ou associada a doenças hematológicas malignas ou autoimunes** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.71. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Leucocitose**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Leucocitose é definida como o aumento do número de leucócitos no sangue acima dos níveis normais (>11.000 leucócitos/mm³). Pode ser causada por infecções, inflamações, neoplasias hematológicas, uso de medicamentos ou reações a estímulos fisiológicos, como estresse ou exercício. A leucocitose pode ser dividida em tipos baseados na linhagem celular predominante (neutrofílica, linfocítica, eosinofílica) e requer investigação detalhada para identificar sua causa.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Leucocitose Neutrofílica (Neutrofilia)**:
  - **Contagem de leucócitos >50.000/mm³ (reação leucemoide)**: Níveis muito altos de leucócitos sugerem condições graves, como infecções bacterianas severas, neoplasias ou distúrbios mieloproliferativos.
  - **Neutrofilia persistente sem causa aparente**: Aumento de neutrófilos sem infecção ou inflamação óbvias pode indicar doenças hematológicas, como leucemia mieloide crônica (LMC) ou outras síndromes mieloproliferativas.
  - **Presença de células imaturas no hemograma (desvio à esquerda)**: A presença de mielócitos, metamielócitos ou blastos sugere um processo hematopoiético anormal e requer investigação imediata.
- **Leucocitose Linfocítica (Linfocitose)**:
  - **Linfocitose persistente (>5.000/mm³ em adultos)**: Aumento sustentado de linfócitos pode ser um sinal de infecções virais crônicas (como hepatite, HIV) ou neoplasias hematológicas, como leucemia linfocítica crônica (LLC) ou linfomas.

- **Sintomas sistêmicos associados**: Febre persistente, perda de peso, sudorese noturna ou linfadenopatia devem levantar a suspeita de doenças linfoproliferativas, como linfoma ou leucemia.

- **Leucocitose Eosinofílica (Eosinofilia)**:
  - **Contagem de eosinófilos >1.500/mm³**: Eosinofilia persistente pode estar associada a alergias graves, infecções parasitárias, doenças autoimunes (como vasculites) ou neoplasias hematológicas (como leucemia eosinofílica).
  - **Eosinofilia com disfunção orgânica**: Complicações associadas à eosinofilia, como infiltração eosinofílica em órgãos (pulmões, pele, trato gastrointestinal), podem indicar síndromes hipereosinofílicas.
- **Leucocitose Basofílica (Basofilia)**:
  - **Basofilia persistente (>200/mm³)**: Aumento de basófilos no sangue pode estar relacionado a condições mieloproliferativas, como leucemia mieloide crônica (LMC), ou doenças inflamatórias crônicas.
- **Leucocitose Secundária (Reativa)**:
  - **Infecções**: Infecções bacterianas, virais, fúngicas ou parasitárias são causas comuns de leucocitose. Pacientes com infecções recorrentes ou severas e leucocitose persistente devem ser investigados para possíveis distúrbios hematológicos subjacentes.
  - **Inflamações crônicas ou agudas**: Doenças inflamatórias crônicas, como artrite reumatoide, doença inflamatória intestinal (DII), ou outras doenças autoimunes podem causar leucocitose.
  - **Estresse fisiológico**: Cirurgias, traumas, exercício físico intenso e gestação podem provocar leucocitose temporária.
- **Leucocitose Associada a Neoplasias ou Síndromes Mieloproliferativas**:
  - **Leucemia mieloide crônica (LMC)**: Leucocitose associada a presença de células imaturas no hemograma, esplenomegalia e sintomas sistêmicos (febre, perda de peso) pode sugerir LMC.
  - **Leucemia linfocítica crônica (LLC)**: Aumento crônico de linfócitos, especialmente em adultos mais velhos, pode ser um sinal de LLC.
- **Leucocitose Induzida por Medicamentos**:
  - **Uso de corticosteroides**: Medicamentos como corticosteroides podem causar leucocitose ao mobilizar leucócitos da medula óssea para a circulação.
  - **Reação a fatores de crescimento**: Pacientes recebendo fatores de crescimento (como G-CSF) podem desenvolver leucocitose transitória.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Presença de sintomas associados, como febre, perda de peso, sudorese noturna, dores ósseas ou linfadenopatia.
  - História de infecções recentes, inflamações crônicas ou condições autoimunes.
  - Uso de medicamentos, como corticosteroides ou fatores de crescimento hematopoiético, que possam causar leucocitose.
  - Histórico familiar de doenças hematológicas ou autoimunes.
- **Exames realizados**:
  - **Hemograma completo**: Relatório do hemograma com contagem de leucócitos, neutrófilos, linfócitos, eosinófilos, basófilos e monócitos, além da presença de células imaturas no sangue periférico (mielócitos, metamielócitos, blastos).
  - **Função hepática e renal**: Para avaliar a presença de doenças inflamatórias ou infecciosas crônicas.
  - **Exames adicionais**, se realizados: PCR, VSG, para avaliar inflamação; sorologias virais (HIV, hepatites) em casos de linfocitose persistente; e testes genéticos (mutação BCR-ABL, JAK2) em casos de suspeita de leucemias ou síndromes mieloproliferativas.
  - **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar associados à leucocitose.
  - **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças autoimunes, infecções crônicas ou neoplasias hematológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas e gravidade da leucocitose, com exame físico focado em sinais de infecções, linfadenopatia, esplenomegalia ou outros sinais de inflamação sistêmica.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, e poderá solicitar exames adicionais, como biópsia de medula óssea, testes de função imunológica ou testes genéticos, dependendo da suspeita clínica.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **leucocitose reativa** geralmente não requerem tratamento específico para a leucocitose, mas sim tratamento da causa subjacente (infecção, inflamação, estresse fisiológico).
- Pacientes com **leucocitose primária**, como síndromes mieloproliferativas ou leucemias, podem necessitar de quimioterapia, imunoterapia ou terapia direcionada com inibidores de tirosina quinase (no caso de LMC).
- Pacientes com **leucocitose associada a complicações trombóticas** ou inflamatórias podem necessitar de manejo especializado para reduzir o risco de eventos adversos.
- Pacientes com **leucocitose persistente, leucocitose de origem indeterminada, ou associada a doenças hematológicas malignas ou inflamatórias crônicas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.72. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Distúrbios Hemorrágicos**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Distúrbios hemorrágicos referem-se a condições que causam sangramentos excessivos ou espontâneos devido a defeitos na coagulação, nas plaquetas ou nos vasos sanguíneos. Esses distúrbios podem ser causados por deficiências hereditárias de fatores de coagulação, doenças adquiridas, medicamentos ou distúrbios hematológicos. O manejo clínico depende da identificação da causa subjacente e da gravidade do distúrbio, sendo que muitos casos requerem avaliação hematológica especializada.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **História de Sangramento Excessivo ou Prolongado**:
- **Sangramento espontâneo**: Sangramentos nas mucosas (gengivas, nariz), equimoses ou petéquias frequentes ou sem traumas aparentes sugerem distúrbio hemorrágico.
- **Sangramentos excessivos após procedimentos**: Hemorragias prolongadas após extrações dentárias, cirurgias ou traumas mínimos sugerem defeitos de coagulação ou disfunção plaquetária.
- **Menorragia**: Sangramento menstrual anormalmente intenso ou prolongado em mulheres pode estar associado a distúrbios hemorrágicos.
- **Distúrbios de Coagulação Hereditários**:

- **Hemofilia A e B**: Deficiências hereditárias dos fatores VIII (hemofilia A) e IX (hemofilia B), que causam sangramentos articulares (hemartroses), sangramentos musculares e sangramentos graves após traumas ou cirurgias.
- **Doença de von Willebrand**: O distúrbio hemorrágico hereditário mais comum, causado pela deficiência ou disfunção do fator de von Willebrand, levando a sangramentos nas mucosas, menorragia e sangramento prolongado após cirurgias.
- **Distúrbios de Coagulação Adquiridos**:
- **Deficiência de vitamina K**: A deficiência de vitamina K, que é necessária para a síntese dos fatores de coagulação dependentes de vitamina K (II, VII, IX, X), pode causar sangramentos excessivos.
- **Coagulopatia induzida por medicamentos**: Uso de anticoagulantes (como varfarina ou heparina) pode levar a distúrbios de coagulação e sangramentos, especialmente se o monitoramento não for adequado.
- **Doença hepática**: Pacientes com doença hepática crônica podem desenvolver coagulopatia devido à redução da síntese de fatores de coagulação pelo fígado.
- **Trombocitopenia**:
- **Trombocitopenia imune (PTI)**: Redução das plaquetas devido a destruição imunomediada, resultando em petéquias, equimoses e sangramentos espontâneos nas mucosas.
- **Trombocitopenia induzida por medicamentos**: Medicamentos como heparina (trombocitopenia induzida por heparina - TIH), antibióticos ou anticonvulsivantes podem induzir trombocitopenia e sangramentos.
- **Distúrbios Plaquetários (Hereditários ou Adquiridos)**:
- **Disfunção plaquetária hereditária**: Pacientes com distúrbios como a trombastenia de Glanzmann (deficiência das glicoproteínas IIb/IIIa) apresentam sangramentos excessivos devido à disfunção das plaquetas, mesmo com contagem normal de plaquetas.
- **Disfunção plaquetária adquirida**: Pode ocorrer em pacientes em uso de medicamentos antiplaquetários (como aspirina ou clopidogrel) ou em doenças como a uremia.
- **Distúrbios da Fibrinólise**:
- **Hiperfibrinólise**: Condições que levam à degradação excessiva de coágulos podem causar sangramentos prolongados, como em doenças hepáticas ou em pacientes pós-operatórios.
- **Distúrbios Vasculares Hereditários**:

- **Telangiectasia hemorrágica hereditária (Síndrome de Osler-Weber-Rendu)**: Doença genética que causa vasos sanguíneos frágeis, resultando em epistaxe recorrente, sangramentos gastrointestinais e lesões telangiectásicas na pele.
- **Testes Laboratoriais Anormais**:
- **Tempo de protrombina (TP) ou tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa) prolongado**: Resultados anormais em testes de coagulação sugerem defeitos nos fatores de coagulação e necessitam de investigação.
- **Contagem de plaquetas baixa**: Trombocitopenia pode ser causada por doenças hematológicas, autoimunes ou medicamentos, e requer avaliação urgente se acompanhada de sangramentos.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas hemorrágicos, como epistaxe frequente, petéquias, equimoses, sangramentos menstruais excessivos ou sangramentos prolongados após cirurgias ou traumas.
  - Histórico de doenças hemorrágicas hereditárias, como hemofilia ou doença de von Willebrand.
  - Uso de medicamentos anticoagulantes ou antiplaquetários que possam estar associados a sangramentos.
  - Histórico de doenças hepáticas, autoimunes ou neoplasias hematológicas.
- **Exames realizados**:
  - **Hemograma completo**: Para avaliação da contagem de plaquetas e presença de outras anormalidades hematológicas.
  - **Testes de coagulação**: Tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativado (TTPa), e dosagem dos fatores de coagulação (fator VIII, IX, von Willebrand) para investigação de coagulopatias.
  - **Testes adicionais**, se aplicáveis: Dosagem de vitamina K, função hepática, e teste de função plaquetária para investigar causas adquiridas de distúrbios hemorrágicos.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar associados a distúrbios hemorrágicos, como anticoagulantes, aspirina, ou medicamentos antiplaquetários.

- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças hepáticas, infecções crônicas ou doenças autoimunes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas hemorrágicos e gravidade, com exame físico focado em sinais de sangramento nas mucosas, equimoses, petéquias ou outros sinais de alerta.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais e poderá solicitar exames adicionais, como dosagem dos fatores de coagulação, testes genéticos ou avaliação de função plaquetária. Em alguns casos, pode ser necessário realizar biópsia de medula óssea.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **deficiências de fatores de coagulação hereditários**, como hemofilia ou doença de von Willebrand, podem ser tratados com reposição de fatores de coagulação ou desmopressina, conforme o tipo e gravidade da deficiência.
    - Pacientes com **distúrbios plaquetários ou trombocitopenia** podem ser tratados com imunoglobulinas intravenosas (IVIG), corticosteroides, ou transfusões de plaquetas, dependendo da causa subjacente.
    - Pacientes com **coagulopatia induzida por medicamentos** devem ter o uso dos anticoagulantes ajustado ou interrompido, dependendo do risco de sangramento e trombose.
    - Pacientes com **distúrbios hemorrágicos graves, persistentes, ou de origem indeterminada, ou associada a doenças hematológicas hereditárias ou adquiridas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.73. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Trombofilias**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Trombofilias são condições que aumentam o risco de formação de coágulos sanguíneos (trombose), tanto nas veias quanto nas artérias. Essas condições podem ser hereditárias ou adquiridas, e o risco de trombose pode ser potencializado por fatores como cirurgias, gravidez, uso de anticoncepcionais ou terapia hormonal. A identificação e o manejo de trombofilias são essenciais para prevenir complicações trombóticas graves, como trombose venosa profunda (TVP), embolia pulmonar ou acidente vascular cerebral (AVC).

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **História de Trombose Recorrente ou Incomum**:
  - **Trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP)**: Pacientes com episódios recorrentes de TVP ou EP, ou que apresentam trombose em locais incomuns (como veias cerebrais, mesentéricas ou hepáticas).
  - **Trombose arterial**: Pacientes com história de trombose arterial, como acidente vascular cerebral (AVC), infarto do miocárdio, ou isquemia de membros em idade jovem (<50 anos), especialmente sem fatores de risco tradicionais.
- **História Familiar de Trombose**:
  - **História familiar de trombose em jovens**: Pacientes com história familiar de tromboses recorrentes ou eventos trombóticos graves, especialmente em membros da família com idade jovem, sugerindo trombofilia hereditária.
- **Abortos de Repetição ou Complicações na Gravidez**:
  - **Abortos espontâneos recorrentes**: Mulheres com três ou mais abortos espontâneos consecutivos, morte fetal inexplicada, ou complicações graves na gravidez, como pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino ou descolamento prematuro de placenta, sugerem a presença de trombofilia.
  - **História de trombose na gravidez**: Mulheres com trombose venosa ou arterial durante a gravidez ou no puerpério, sugerindo predisposição trombofílica.
- **Uso de Anticoncepcionais ou Terapia Hormonal**:
  - **Trombose associada ao uso de anticoncepcionais orais ou terapia de reposição hormonal**: Mulheres que desenvolvem trombose após o início do uso de contraceptivos hormonais ou terapia de reposição hormonal, especialmente em casos sem outros fatores de risco trombótico conhecidos.
- **Trombofilias Hereditárias**:
  - **Fator V de Leiden**: Mutação genética que resulta em resistência à proteína C ativada, aumentando o risco de trombose venosa.
  - **Mutação da protrombina (G20210A)**: A mutação na protrombina está associada ao aumento do risco de trombose venosa.
  - **Deficiência de antitrombina III**: Deficiência desta proteína anticoagulante natural resulta em aumento significativo do risco de trombose venosa.
  - **Deficiência de proteína C ou proteína S**: Essas proteínas naturais atuam como anticoagulantes. Deficiências hereditárias aumentam o risco de trombose venosa.

- **Trombofilias Adquiridas**:
    - **Síndrome do anticorpo antifosfolipídeo (SAF)**: Pacientes com SAF têm risco aumentado de tromboses venosas e arteriais, além de complicações gestacionais. A presença de anticorpos antifosfolipídeos (anticardiolipina, anticoagulante lúpico, anticorpo anti-beta-2-glicoproteína I) está associada a essa condição.
    - **Trombocitose ou Policitemia**: Pacientes com trombocitose ou policitemia podem ter maior risco de trombose devido ao aumento da viscosidade sanguínea.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição dos eventos trombóticos, incluindo a localização da trombose (venosa ou arterial), a idade do primeiro evento, e a frequência dos episódios.
- Histórico familiar de trombose, eventos trombóticos em idade jovem ou morte precoce por complicações trombóticas.
- Histórico de complicações na gravidez, como abortos de repetição, pré-eclâmpsia, ou trombose durante a gestação.
- Uso de contraceptivos hormonais, terapia de reposição hormonal ou fatores de risco para trombose, como imobilização prolongada, cirurgias recentes ou viagens longas.
- **Exames realizados**:
- **Teste genético para fator V de Leiden e mutação da protrombina**: Resultados de testes genéticos para confirmar trombofilias hereditárias.
- **Níveis de antitrombina III, proteína C e proteína S**: Deficiências dessas proteínas indicam trombofilia hereditária.
- **Teste para anticorpos antifosfolipídeos**: Detecção de anticorpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico e anti-beta-2-glicoproteína I, em casos de suspeita de síndrome do anticorpo antifosfolipídeo.
- **Exames adicionais**, se aplicáveis: Hemograma completo (para avaliar trombocitose ou policitemia), função hepática e renal, e exames de coagulação (TP, TTPa) para avaliar a função de coagulação.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anticoagulantes ou antiplaquetários, além de contraceptivos hormonais ou terapia de reposição hormonal.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças autoimunes (lúpus), infecções crônicas, ou histórico de câncer.
-

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas associados à trombose e histórico familiar ou pessoal de eventos trombóticos. Exame físico focado em sinais de trombose, como dor, inchaço e alterações na cor da pele nas extremidades.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais, como testes genéticos, exames de coagulação e níveis de anticoagulantes naturais. Testes adicionais, como ultrassonografia com doppler venoso para confirmar trombose venosa profunda, ou outros exames de imagem para investigar trombose arterial, podem ser necessários.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **trombofilias hereditárias** podem ser tratados com anticoagulação a longo prazo, especialmente após um primeiro evento trombótico ou em situações de risco (cirurgia, gravidez).
    - Pacientes com **síndrome do anticorpo antifosfolipídeo** podem necessitar de anticoagulação prolongada, frequentemente com varfarina ou novos anticoagulantes orais.
    - Pacientes com **complicações gestacionais** associadas a trombofilias podem ser tratados com aspirina em baixa dose e heparina de baixo peso molecular durante a
    - Pacientes com **trombofilias hereditárias, adquiridas, ou história de tromboses recorrentes ou graves** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado, incluindo prevenção de eventos futuros com anticoagulação.

9.3.1.74. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Linfadenomegalia Periférica e Esplenomegalia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Linfadenomegalia periférica é o aumento anormal dos linfonodos, geralmente detectado em regiões como pescoço, axilas ou virilhas. **Esplenomegalia** é o aumento do baço, detectado por exame clínico ou por exames de imagem. Ambas as condições podem ser causadas por uma ampla gama de doenças, incluindo infecções, distúrbios autoimunes, neoplasias hematológicas (como linfomas e leucemias), ou doenças inflamatórias. A avaliação dessas condições é fundamental para o diagnóstico precoce de doenças graves.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Linfadenomegalia Periférica**:
  - **Linfadenomegalia generalizada**: Aumento dos linfonodos em duas ou mais cadeias linfáticas (pescoço, axilas, virilhas), sugerindo condições sistêmicas, como linfomas, leucemias ou infecções crônicas (HIV, tuberculose).
  - **Linfadenomegalia localizada e persistente**: Linfonodos aumentados em uma área específica (cervical, axilar, inguinal) por mais de 4 a 6 semanas sem infecção local aparente.
  - **Linfadenomegalia com sinais de alerta**: Linfonodos maiores que 2 cm, de consistência endurecida, fixos ou aderidos a tecidos profundos, ou que aumentam rapidamente de tamanho, sugerem neoplasias, como linfomas ou metástases.
  - **Sintomas sistêmicos associados**: Febre persistente, sudorese noturna, perda de peso inexplicada (>10% do peso corporal em 6 meses) ou fadiga extrema devem levantar suspeita de malignidades hematológicas (linfoma de Hodgkin, linfoma não Hodgkin, leucemias).
- **Esplenomegalia**:
  - **Esplenomegalia significativa (>14 cm)**: Baço palpável, frequentemente associado a doenças hematológicas, como linfomas, leucemias, mielofibrose ou doenças infecciosas crônicas (malária, leishmaniose visceral).
  - **Esplenomegalia com pancitopenia**: A presença de esplenomegalia associada a redução de hemácias, leucócitos e plaquetas sugere hiperesplenismo, frequentemente associado a doenças hepáticas, doenças hematológicas ou infiltração do baço por neoplasias.
  - **Sintomas relacionados à esplenomegalia**: Desconforto ou dor abdominal no quadrante superior esquerdo, sensação de plenitude precoce ao comer e sinais de hiperesplenismo (fadiga, sangramentos, infecções frequentes) requerem avaliação.
- **História de Infecções ou Doenças Sistêmicas**:
  - **Infecções virais ou bacterianas crônicas**: Infecções crônicas, como HIV, tuberculose, mononucleose infecciosa (Epstein-Barr), citomegalovírus ou sífilis podem causar linfadenomegalia e esplenomegalia.
  - **Doenças autoimunes**: Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), artrite reumatoide ou outras doenças autoimunes frequentemente apresentam linfadenomegalia periférica e esplenomegalia.

- **Doenças Hematológicas ou Neoplasias**:
    - **Linfomas**: O linfoma de Hodgkin e os linfomas não Hodgkin frequentemente apresentam linfadenomegalia persistente e esplenomegalia. Esses pacientes podem ter sintomas sistêmicos ("sintomas B"), como febre, sudorese noturna e perda de peso.
    - **Leucemias**: A leucemia linfocítica crônica (LLC) e a leucemia mieloide crônica (LMC) podem apresentar esplenomegalia e linfadenomegalia periférica. A leucemia aguda também pode causar esses sinais em estágios avançados.
    - **Doenças mieloproliferativas**: Pacientes com doenças como mielofibrose, policitemia vera e trombocitemia essencial podem apresentar esplenomegalia significativa.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Presença de sintomas associados, como febre, sudorese noturna, perda de peso, fadiga, dor abdominal ou desconforto no quadrante superior esquerdo (sugerindo esplenomegalia).
    - História de infecções recentes ou crônicas, uso de medicamentos imunossupressores, doenças autoimunes, ou história familiar de doenças hematológicas.
    - Duração da linfadenomegalia, sua localização e se há crescimento progressivo ou dor associada.
- **Exames realizados**:
    - **Hemograma completo**: Para avaliar a presença de pancitopenia, anemia, leucocitose ou trombocitopenia, sugerindo infiltração medular ou hiperesplenismo.
    - **Exames de imagem**: Ultrassonografia abdominal para avaliar o tamanho do baço e tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) para avaliar linfadenomegalia profunda ou esplenomegalia significativa.
    - **Exames adicionais**, se aplicáveis: Sorologia para infecções virais (HIV, EBV, CMV), sorologia para sífilis, testes de função hepática, e testes para doenças autoimunes (ANA, anti-DNA) para investigação de causas infecciosas ou autoimunes.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar associados a linfadenomegalia ou esplenomegalia, como imunossupressores.

- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças autoimunes, infecções crônicas ou neoplasias hematológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica detalhada da linfadenomegalia e esplenomegalia, com exame físico para avaliar o tamanho dos linfonodos e do baço, e sinais de infecções ou malignidades. Exame físico completo para identificar sinais associados, como petéquias, icterícia ou linfadenomegalia difusa.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo solicitar exames adicionais, como biópsia de linfonodo ou biópsia de medula óssea para investigar doenças hematológicas ou neoplasias. Estudos de imagem mais avançados (PET-CT) podem ser indicados para avaliação de linfomas.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **causas infecciosas** de linfadenomegalia ou esplenomegalia serão tratados de acordo com a infecção subjacente (antibióticos ou antivirais, por exemplo).
    - Pacientes com **neoplasias hematológicas**, como linfomas ou leucemias, podem necessitar de quimioterapia, radioterapia, ou transplante de medula óssea, dependendo do diagnóstico.
    - Pacientes com **doenças autoimunes** podem necessitar de tratamento imunossupressor, como corticosteroides ou imunomoduladores.
    - Pacientes com **linfadenomegalia periférica persistente, esplenomegalia significativa, ou sintomas associados a neoplasias hematológicas, autoimunes ou infecções crônicas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.75. Protocolo para Consulta em Hematologia: **Hiperferritinemia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hiperferritinemia é o aumento dos níveis de ferritina no sangue, que pode ser um indicador de sobrecarga de ferro ou de processos inflamatórios e infecciosos. A ferritina é uma proteína que armazena ferro e seus níveis podem aumentar em resposta à sobrecarga de ferro, doenças

crônicas, inflamação, doenças hepáticas ou síndromes hematológicas. A avaliação da hiperferritinemia é importante para diferenciar entre causas benignas e doenças graves.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em hematologia nas seguintes situações:

- **Sobrecarga de Ferro (Hemocromatose)**:
  - **Ferritina elevada (>300 ng/mL em mulheres, >400 ng/mL em homens)**: Níveis elevados de ferritina associados a transferrina saturada (TS) alta (>45%) podem sugerir sobrecarga de ferro, como na hemocromatose hereditária.
  - **Hemocromatose hereditária**: Pacientes com diagnóstico confirmado de mutação do gene HFE (C282Y ou H63D) ou história familiar de hemocromatose devem ser encaminhados para avaliação da necessidade de tratamento, como flebotomias.
  - **Sinais de sobrecarga de ferro**: Sintomas como fadiga crônica, dor nas articulações, hiperpigmentação cutânea, e disfunção de órgãos (fígado, pâncreas, coração) devem levantar suspeita de hemocromatose.
- **Hiperferritinemia Secundária a Doenças Inflamatórias**:
  - **Doenças inflamatórias crônicas**: Pacientes com doenças autoimunes, como artrite reumatoide ou lúpus, ou infecções crônicas (hepatite, HIV), podem apresentar ferritina elevada devido à resposta inflamatória. Esses pacientes devem ser investigados para inflamação crônica associada.
  - **Síndrome de ativação macrofágica (SAM)**: Condição grave e rara, frequentemente associada a doenças reumatológicas ou infecciosas, onde a hiperferritinemia extrema (>1.000 ng/mL) é acompanhada por pancitopenia, febre, disfunção de órgãos e aumento de ferritina.
- **Doenças Hepáticas**:
  - **Doença hepática crônica**: Pacientes com doença hepática, como hepatite alcoólica, hepatite viral crônica, ou esteatose hepática não alcoólica, frequentemente apresentam hiperferritinemia, especialmente em casos avançados de fibrose ou cirrose.
  - **Sobreposição de sobrecarga de ferro e doença hepática**: Pacientes com doenças hepáticas e aumento persistente da ferritina devem ser investigados para sobrecarga de ferro e necessidade de tratamento.
- **Síndromes Hematológicas**:

- **Síndromes mielodisplásicas (SMD)**: Pacientes com síndromes mielodisplásicas ou outras condições hematológicas que exigem transfusões frequentes podem desenvolver sobrecarga de ferro, necessitando de avaliação para terapia quelante de ferro.
- **Anemias hemolíticas crônicas**: Pacientes com anemia falciforme, talassemia ou outras anemias hemolíticas podem apresentar sobrecarga de ferro devido à hemólise e transfusões repetidas.

- **Hiperferritinemia Metabólica**:
  - **Síndrome metabólica**: Pacientes com síndrome metabólica (obesidade, diabetes tipo 2, dislipidemia) podem ter níveis elevados de ferritina, geralmente associados à inflamação crônica de baixo grau.
  - **Resistência à insulina**: Hiperferritinemia é comum em pacientes com resistência à insulina ou diabetes mellitus, e pode estar associada a risco aumentado de complicações cardiovasculares.
- **Hiperferritinemia Idiopática**:
  - **Hiperferritinemia sem causa aparente**: Pacientes com elevação persistente de ferritina sem sinais de inflamação, sobrecarga de ferro ou doenças hematológicas devem ser avaliados para causas secundárias ou idiopáticas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em hematologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição de sintomas associados, como fadiga, dor articular, hiperpigmentação cutânea, dor abdominal, ou disfunção hepática.
  - Histórico familiar de sobrecarga de ferro ou hemocromatose.
  - Histórico de transfusões sanguíneas frequentes, doenças hepáticas, doenças autoimunes, ou infecções crônicas.
- **Exames realizados**:
  - **Ferritina sérica**: Relatório de níveis de ferritina e suas variações ao longo do tempo.
  - **Saturação de transferrina**: Saturação de transferrina elevada (>45%) em conjunto com ferritina elevada sugere sobrecarga de ferro.
  - **Exames de função hepática**: Para avaliar a presença de doença hepática ou lesão hepática crônica.

- **Testes genéticos**: Se realizados, resultados da pesquisa de mutações no gene HFE (C282Y, H63D) para diagnóstico de hemocromatose hereditária.
- **Exames adicionais**, se aplicáveis: Hemograma completo, PCR, VSG (para avaliação de inflamação), testes para doenças infecciosas (HIV, hepatite), e ultrassonografia ou elastografia hepática para avaliar doença hepática.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar associados à elevação de ferritina ou a processos inflamatórios crônicos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças hepáticas, infecções crônicas, doenças autoimunes ou doenças hematológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica detalhada dos sintomas e sinais associados à hiperferritinemia, como dor articular, hiperpigmentação cutânea, desconforto abdominal e histórico de transfusões frequentes.
- **Avaliação hematológica**: O hematologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, além de avaliar a necessidade de testes genéticos para hemocromatose hereditária ou biópsia hepática para avaliar sobrecarga de ferro e lesão hepática.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **sobrecarga de ferro** (hemocromatose) podem ser tratados com flebotomias regulares para reduzir os níveis de ferritina e prevenir complicações, como cirrose e insuficiência cardíaca.
  - Pacientes com **sobreposição de inflamação e hiperferritinemia** devem ter a causa subjacente tratada (controle de infecções, tratamento de doenças autoimunes).
  - Pacientes com **sobrecarga de ferro secundária a transfusões** podem ser tratados com agentes quelantes de ferro, como deferasirox ou deferoxamina.
  - Pacientes com **hiperferritinemia persistente, sobrecarga de ferro ou inflamação crônica, ou sinais de disfunção hepática, cardíaca ou pancreática** serão **encaminhados para regulação** para avaliação hematológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.76. Protocolo para Consulta em Mastologia: **Exame de Rastreamento de Mama**

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **rastreamento do câncer de mama** tem como objetivo detectar tumores em estágios iniciais em mulheres assintomáticas. A mamografia é o exame padrão recomendado para o rastreamento. O rastreamento deve seguir diretrizes baseadas em idade, histórico familiar e fatores de risco específicos. A consulta em mastologia pode ser necessária para avaliação de achados anormais nos exames de rastreamento ou para orientações sobre rastreamento em mulheres com alto risco para câncer de mama.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em mastologia nas seguintes situações:

- **Achados Anormais em Mamografia de Rastreamento**:
  - **BI-RADS 4 ou 5**: Mamografias que apresentam lesões suspeitas (BI-RADS 4) ou altamente sugestivas de malignidade (BI-RADS 5) requerem encaminhamento urgente para consulta com mastologista para investigação diagnóstica adicional, como biópsia.
  - **BI-RADS 3**: Lesões provavelmente benignas que requerem acompanhamento semestral, mas que podem ser encaminhadas ao mastologista para avaliação mais detalhada.
  - **Microcalcificações suspeitas**: Microcalcificações agrupadas ou com morfologia suspeita são indicativos de neoplasias in situ e devem ser investigadas por biópsia estereotáxica ou cirúrgica.
- **Rastreamento de Mulheres de Alto Risco**:
  - **Histórico familiar de câncer de mama ou ovário**: Mulheres com parentes de primeiro grau (mãe, irmã, filha) com câncer de mama, especialmente diagnosticados antes dos 50 anos, ou com câncer de ovário, devem ser encaminhadas para avaliação mastológica para determinação da estratégia de rastreamento, como mamografias mais frequentes ou início precoce do rastreamento.
  - **Mutação em genes BRCA1 ou BRCA2**: Mulheres com mutação confirmada em BRCA1 ou BRCA2 ou outras mutações associadas a câncer de mama hereditário (TP53, PALB2) devem ser avaliadas pelo mastologista para estratégias personalizadas de rastreamento e prevenção.
  - **Síndrome de Li-Fraumeni, Cowden ou síndrome de câncer de mama hereditário**: Mulheres com essas síndromes genéticas têm risco significativamente aumentado de câncer de mama e necessitam de acompanhamento especializado.

- **Achados Clínicos Suspensos de Câncer de Mama**:
    - **Nódulo palpável**: Nódulos mamários palpáveis em mulheres acima de 30 anos devem ser investigados com imagem (mamografia e/ou ultrassonografia) e, se necessário, biópsia.
    - **Alterações na pele ou no mamilo**: Retração do mamilo, espessamento da pele (sinal de "casca de laranja"), ou secreção mamilar sanguinolenta são sinais de alerta que necessitam de investigação mastológica.
    - **Dor mamária persistente**: Mastalgia localizada e persistente que não responde a tratamento conservador pode necessitar de avaliação mastológica, especialmente se associada a outros sinais clínicos.
- **Mulheres com Densidade Mamária Elevada**:
    - **Mamografia com densidade mamária aumentada**: Mulheres com mamas densas (BI-RADS categoria C ou D) têm risco aumentado de câncer de mama, e a densidade pode limitar a detecção pela mamografia. Essas mulheres podem ser encaminhadas ao mastologista para considerar outros exames complementares, como ultrassonografia ou ressonância magnética.
- **Rastreamento em Pacientes com Antecedentes de Câncer de Mama**:
    - **Câncer de mama anterior**: Mulheres que já foram tratadas por câncer de mama têm risco aumentado de recidiva e devem ser acompanhadas regularmente por um mastologista, com rastreamento mais frequente e exames complementares, se necessário.
- **Consulta para Orientação sobre Prevenção e Rastreamento**:
    - **Mulheres preocupadas com risco de câncer de mama**: Mulheres com dúvidas sobre seu risco pessoal, histórico familiar, ou que desejam informações sobre prevenção e rastreamento podem ser encaminhadas ao mastologista para consulta educativa e orientações sobre exames de rastreamento.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em mastologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Histórico familiar de câncer de mama ou ovário, idade de início dos casos familiares, e se houve testagem genética positiva para BRCA ou outras mutações associadas a câncer hereditário.
- Informações sobre achados mamográficos anormais (BI-RADS) ou achados clínicos, como nódulos palpáveis, dor mamária ou alterações cutâneas.

- Histórico de fatores de risco, como uso prolongado de terapia de reposição hormonal, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, obesidade e consumo de álcool.
- **Exames realizados**:
    - **Mamografia**: Relatório completo da mamografia, incluindo a classificação BI-RADS e descrição detalhada dos achados.
    - **Ultrassonografia mamária**, se realizada: Exames de imagem adicionais, como ultrassonografia para avaliação de nódulos ou densidade mamária aumentada.
    - **Resonância magnética**, se realizada: Resultados de ressonância magnética, principalmente em pacientes de alto risco ou com mamas densas.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam influenciar no risco de câncer de mama, como terapia de reposição hormonal.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como história prévia de câncer de mama, neoplasias ginecológicas ou doenças genéticas associadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos achados mamográficos, sintomas clínicos e histórico familiar. Exame físico detalhado das mamas e axilas, com foco em nódulos palpáveis, alterações cutâneas e secreção mamilar.
- **Avaliação mastológica**: O mastologista revisará os exames de imagem, podendo solicitar exames adicionais, como biópsia de nódulos suspeitos, core biopsy guiada por imagem, ou novos exames de imagem (ultrassonografia, ressonância magnética).
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **achados mamográficos suspeitos (BI-RADS 4 ou 5)** devem ser submetidos a biópsia e, se confirmado câncer, encaminhados para tratamento cirúrgico ou oncológico.
- Pacientes com **alto risco genético** (BRCA1/2) podem ser encaminhados para programas de vigilância intensiva com mamografia anual, ressonância magnética e discussões sobre medidas preventivas, como mastectomia profilática.
- Pacientes com **dores mamárias** sem achados significativos podem receber orientações sobre manejo da mastalgia com tratamentos conservadores, como analgésicos e mudanças no estilo de vida.
- Pacientes com **achados anormais em mamografia, nódulos palpáveis suspeitos, sintomas clínicos sugestivos de câncer de mama, ou alto risco genético** serão **encaminhados para regulação** para avaliação mastológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.77. Protocolo para Consulta em Mastologia: **Alterações Benignas da Mama**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Alterações benignas da mama incluem uma variedade de condições não cancerosas que podem afetar o tecido mamário, como fibroadenomas, cistos, alterações fibrocísticas, e mastalgia (dor mamária). Embora essas condições sejam benignas, algumas podem causar desconforto ou preocupação devido a sintomas como nódulos palpáveis, dor, ou alterações visíveis. A consulta em mastologia é indicada para avaliação e manejo apropriado, excluindo doenças malignas e oferecendo orientação sobre o tratamento.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em mastologia nas seguintes situações:

- **Nódulos Benignos**:
  - **Fibroadenoma**: Nódulos firmes, móveis, e indolores, geralmente diagnosticados em mulheres jovens. Embora sejam benignos, fibroadenomas que crescem rapidamente, causam desconforto, ou têm características atípicas em exames de imagem devem ser avaliados por um mastologista.
  - **Cistos mamários**: Cistos simples são benignos e frequentemente assintomáticos, mas cistos complexos ou dolorosos, que não se resolvem espontaneamente ou aumentam de tamanho, requerem avaliação adicional.
  - **Papilomas intraductais**: Pequenos tumores benignos que ocorrem nos ductos mamários, frequentemente associados a secreção mamilar. A presença de secreção sanguinolenta ou achados suspeitos na mamografia pode indicar a necessidade de biópsia ou remoção.
- **Alterações Fibrocísticas**:
  - **Alterações fibrocísticas da mama**: Caracterizadas por mamas densas, com nódulos sensíveis e dor cíclica, especialmente antes da menstruação. Essas alterações são comuns e benignas, mas podem dificultar a detecção de câncer em exames de imagem e gerar desconforto significativo.
  - **Mastopatia fibrocística**: Alterações que causam áreas nodulares difusas nas mamas, associadas à dor cíclica ou constante. Embora seja benigna, pode ser indicada consulta em mastologia para excluir outras condições e manejo da dor.
- **Mastalgia (Dor Mamária)**:

- **Mastalgia cíclica**: Dor mamária que ocorre em ciclos com o ciclo menstrual. Se a dor for significativa e persistente, ou se não houver uma causa clara, o paciente pode ser encaminhado para avaliação em mastologia.
- **Mastalgia não cíclica**: Dor mamária que não está relacionada ao ciclo menstrual ou que persiste, especialmente em um lado, pode necessitar de avaliação adicional para excluir outras causas.

- **Alterações no Mamilo ou Secreção Mamilar**:
  - **Secreção mamilar benigna**: Secreções mamilares que não são sanguinolentas ou unilaterais (por exemplo, secreção leitosa ou amarelada) geralmente são benignas, mas podem ser investigadas se persistirem ou estiverem associadas a outras alterações.
  - **Alterações benignas no mamilo**: Alterações, como eczema ou inflamação do mamilo, podem ser benignas, mas devem ser avaliadas se persistirem ou estiverem associadas a sintomas, como dor ou secreção anormal.
- **Outras Lesões Benignas**:
  - **Lipoma**: Lesão benigna de gordura que pode ser palpada como um nódulo mole e indolor. Não requer tratamento, mas nódulos grandes ou sintomáticos podem ser avaliados por um mastologista para exclusão de outras lesões.
  - **Ectasia ductal**: Alargamento benigno dos ductos mamários, frequentemente associado à secreção mamilar. Embora benigno, pode ser avaliado por um mastologista para manejo, especialmente se houver inflamação ou infecção associada (mastite periductal).
- **Achados Mamográficos Benignos**:
  - **BI-RADS 2 (Lesão Benigna)**: Achados de lesões mamográficas classificadas como BI-RADS 2 (benignas), como cistos simples, fibroadenomas, ou calcificações benignas, geralmente não necessitam de intervenção, mas podem ser avaliadas se houver sintomas ou crescimento rápido.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em mastologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas, como nódulos palpáveis, dor mamária (cíclica ou não cíclica), alterações cutâneas, ou secreção mamilar.
  - História de alterações mamárias benignas anteriores, histórico familiar de câncer de mama, e fatores de risco associados.

- Histórico de traumas mamários, inflamações ou infecções.

- **Exames realizados**:
  - **Mamografia e ultrassonografia**: Relatório de imagem que confirme achados benignos, como cistos simples, fibroadenomas, ou alterações fibrocísticas. A classificação BI-RADS deve ser incluída.
  - **Resultados de biópsia**, se realizados: Se houver biópsia prévia de nódulos benignos ou outras alterações, o relatório deve ser anexado ao encaminhamento.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de contraceptivos hormonais, terapia de reposição hormonal ou outros medicamentos que possam influenciar o estado mamário.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças endócrinas ou hormonais, que possam influenciar a saúde mamária.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica e de imagem detalhada para confirmar o diagnóstico de lesões benignas. Exame físico com foco em nódulos palpáveis, alterações cutâneas, secreção mamilar ou dor mamária.
- **Avaliação mastológica**: O mastologista revisará os exames de imagem e, se necessário, pode solicitar exames adicionais, como ultrassonografia, biópsia com agulha fina ou core biopsy, para confirmar o diagnóstico.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **fibroadenomas pequenos e assintomáticos** podem ser acompanhados clinicamente sem necessidade de intervenção.
- Pacientes com **cistos dolorosos ou fibroadenomas crescentes** podem ser submetidos a aspiração de cistos ou remoção cirúrgica de fibroadenomas, dependendo do tamanho e dos sintomas.
- Pacientes com **mastalgia significativa** podem ser tratados com medidas conservadoras, como compressas quentes, analgésicos, ajuste hormonal ou suplementos (vitamina E, óleo de prímula).
- Pacientes com **alterações benignas na mama, como fibroadenomas, cistos, alterações fibrocísticas, ou mastalgia persistente**, que necessitam de acompanhamento especializado ou tratamento para alívio dos sintomas serão **encaminhados para regulação** para avaliação mastológica e manejo adequado.

9.3.1.78. Protocolo para Consulta em Mastologia: **Ginecomastia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Ginecomastia é o aumento benigno do tecido glandular mamário em homens, que pode ocorrer em uma ou ambas as mamas. As causas mais comuns de ginecomastia incluem desequilíbrios hormonais, uso de medicamentos, doenças sistêmicas ou condições idiopáticas. A consulta em mastologia é indicada para avaliação da etiologia, exclusão de doenças subjacentes e orientação sobre o tratamento.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em mastologia nas seguintes situações:

- **Ginecomastia com Etiologia Desconhecida**:
  - **Ginecomastia idiopática**: Quando não há causa clara identificável, o paciente deve ser avaliado para investigação de possíveis alterações hormonais ou sistêmicas subjacentes.
  - **Ginecomastia persistente**: Ginecomastia que não regride espontaneamente dentro de 6 a 12 meses ou que continua a crescer requer avaliação especializada.
- **Ginecomastia Associada a Distúrbios Endócrinos ou Hormonais**:
  - **Puberdade**: Ginecomastia fisiológica durante a puberdade é comum, mas casos que persistem por mais de dois anos ou apresentam crescimento significativo podem necessitar de avaliação adicional.
  - **Distúrbios hormonais**: Pacientes com ginecomastia associada a hipogonadismo (baixa testosterona), tumores testiculares, ou distúrbios da glândula adrenal (como tumores) devem ser encaminhados para avaliação hormonal e mastológica.
  - **Aumento de estrogênios**: Pacientes com aumento nos níveis de estrogênio, como aqueles com tumores produtores de estrogênio ou uso de terapia hormonal, devem ser investigados.
- **Uso de Medicamentos ou Substâncias que Induzem Ginecomastia**:
  - **Medicamentos**: Uso de medicamentos associados ao desenvolvimento de ginecomastia, como espironolactona, cimetidina, digoxina, antiandrogênicos, antidepressivos tricíclicos, ou antipsicóticos, pode induzir aumento mamário e requer investigação.
  - **Esteroides anabolizantes**: Uso de esteroides anabolizantes ou outras substâncias que interferem nos níveis hormonais pode causar ginecomastia e deve ser avaliado para orientação e possível suspensão do uso.
- **Ginecomastia Associada a Doenças Sistêmicas**:

- **Doença hepática crônica**: Pacientes com cirrose hepática ou insuficiência hepática podem desenvolver ginecomastia devido a alterações no metabolismo dos hormônios sexuais. A consulta em mastologia pode ser indicada para excluir causas malignas ou orientar o manejo.
- **Doença renal crônica**: Pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento com diálise podem apresentar ginecomastia, frequentemente associada a desequilíbrios hormonais.
- **Hipertireoidismo**: Pacientes com hipertireoidismo podem apresentar ginecomastia secundária ao aumento da conversão periférica de androgênios em estrogênios.

- **Ginecomastia Dolorosa ou Rápido Crescimento**:
  - **Ginecomastia dolorosa**: Dor ou sensibilidade aumentada associada à ginecomastia pode requerer avaliação adicional para excluir inflamação, abscessos ou outras causas subjacentes.
  - **Crescimento rápido ou assimétrico**: Ginecomastia que cresce rapidamente, especialmente de forma assimétrica, ou com nódulos firmes palpáveis, deve ser avaliada para excluir malignidade.
- **Suspeita de Câncer de Mama em Homens**:
  - **Nódulo palpável**: Embora raro, o câncer de mama pode ocorrer em homens, especialmente aqueles com fatores de risco (como mutação BRCA2). Nódulos firmes, aderidos, ou crescimento unilateral devem ser investigados.
  - **Secreção mamilar ou alterações no mamilo**: Secreção mamilar, especialmente sanguinolenta, retração do mamilo ou alterações cutâneas associadas à ginecomastia são sinais de alerta que requerem avaliação imediata.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em mastologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Início, duração e progressão da ginecomastia, com descrição dos sintomas, como dor ou sensibilidade.
  - Uso de medicamentos ou substâncias associadas ao desenvolvimento de ginecomastia (esteroides anabolizantes, antidepressivos, antiandrogênicos, etc.).
  - Histórico de doenças endócrinas, hepáticas ou renais, além de histórico familiar de câncer de mama ou outras condições relevantes.
- **Exames realizados**:

- **Dosagens hormonais**: Níveis de testosterona, estradiol, prolactina, LH, FSH e TSH, para investigar distúrbios hormonais.
- **Exames de imagem**: Mamografia e ultrassonografia, quando realizados, para diferenciar entre ginecomastia verdadeira (tecido glandular) e pseudoginecomastia (acúmulo de gordura).
- **Testes adicionais**, se aplicáveis: Função hepática e renal para avaliar a presença de doenças sistêmicas, e testes de função tireoidiana.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar associados à ginecomastia, como diuréticos, antiandrogênicos, ou esteroides.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças hepáticas, renais, endocrinológicas ou malignidades.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica e hormonal detalhada, com exame físico focado na avaliação do aumento mamário, presença de nódulos palpáveis, dor ou alterações cutâneas. Exame físico deve incluir avaliação testicular para excluir tumores.
- **Avaliação mastológica**: O mastologista revisará os exames de imagem e laboratoriais, podendo solicitar exames adicionais, como biópsia ou novos exames de imagem (ultrassonografia, mamografia) para confirmar a etiologia da ginecomastia.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **ginecomastia fisiológica ou idiopática** podem ser acompanhados clinicamente se a condição for leve e assintomática.
  - Pacientes com **ginecomastia secundária a distúrbios hormonais** podem ser encaminhados para tratamento da condição subjacente, como reposição hormonal ou ajuste de medicações.
  - Pacientes com **ginecomastia dolorosa ou persistente** podem ser tratados com medicamentos (tamoxifeno, raloxifeno) ou, em casos mais graves, submetidos à cirurgia de redução mamária.
  - Pacientes com **ginecomastia persistente, dolorosa, com causas hormonais, sistêmicas, ou suspeita de malignidade** serão **encaminhados para regulação** para avaliação mastológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.79. Protocolo para Consulta em Nefrologia: **Diabetes Mellitus**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Pacientes com **diabetes mellitus** estão em risco de desenvolver complicações renais, como **nefropatia diabética**, que é uma das principais causas de doença renal crônica. A nefropatia diabética ocorre devido a danos progressivos aos glomérulos renais causados por hiperglicemia prolongada e pressão arterial elevada. Pacientes com diabetes e sinais de comprometimento renal devem ser encaminhados ao nefrologista para avaliação e manejo precoce, visando retardar a progressão da doença renal e prevenir a necessidade de terapia renal substitutiva.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em nefrologia nas seguintes situações:

- **Presença de Albuminúria ou Proteinúria**:
  - **Microalbuminúria (30-300 mg/24h)**: Indica dano renal inicial. Pacientes com diabetes tipo 1 ou tipo 2 que apresentam microalbuminúria devem ser encaminhados ao nefrologista para monitoramento e manejo adequado.
  - **Proteinúria significativa (>300 mg/24h)**: A presença de proteinúria maciça sugere progressão para nefropatia diabética estabelecida e requer intervenção precoce para prevenir a progressão para insuficiência renal crônica.
  - **Declínio da Função Renal (Redução da Taxa de Filtração Glomerular - TFG)**:
  - **TFG <60 mL/min/1,73m²**: Pacientes com diabetes e queda da TFG devem ser acompanhados por um nefrologista, pois essa redução indica comprometimento renal significativo. O monitoramento regular da função renal e a otimização do controle glicêmico e da pressão arterial são essenciais.
  - **Aumento progressivo da creatinina sérica**: A elevação progressiva dos níveis de creatinina sugere declínio da função renal, especialmente em pacientes com diabetes de longa data.
- **Hipertensão Arterial Mal Controlada**:
  - **Hipertensão de difícil controle**: Pacientes diabéticos com hipertensão arterial resistente ao tratamento com três ou mais medicamentos anti-hipertensivos devem ser avaliados para hipertensão secundária associada à doença renal. O controle adequado da pressão arterial é crucial para evitar a progressão da nefropatia.
- **Alterações no Exame de Urina**:

- **Hematúria persistente**: A presença de sangue na urina, especialmente se persistente ou associada à proteinúria, sugere dano glomerular e deve ser investigada pelo nefrologista.
- **Cilindros urinários**: A presença de cilindros hialinos ou granulosos no exame de urina pode indicar lesão renal significativa.

- **Insuficiência Renal Aguda ou Progressiva**:
  - **Insuficiência renal aguda (IRA)**: Pacientes com diabetes que desenvolvem IRA, seja por desidratação, uso de medicamentos nefrotóxicos, ou outras causas, devem ser encaminhados para nefrologia para manejo especializado.
  - **Progressão rápida para insuficiência renal crônica (IRC)**: Pacientes com diabetes e declínio acelerado da função renal devem ser avaliados para diagnóstico e intervenção precoce.
- **Complicações Relacionadas ao Tratamento**:
  - **Hipercalemia**: O uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA) em pacientes diabéticos pode causar hipercalemia (níveis elevados de potássio no sangue). Pacientes com hipercalemia persistente ou grave devem ser avaliados pelo nefrologista para ajuste de medicação.
  - **Acidose metabólica**: Pacientes diabéticos com acidose metabólica sem causa evidente (como cetoacidose diabética) devem ser investigados para insuficiência renal ou distúrbios tubulares.
- **Diabetes Tipo 1 com Mais de 5 Anos de Evolução**:
  - Pacientes com **diabetes tipo 1** com mais de cinco anos de evolução devem ser avaliados regularmente para sinais de nefropatia diabética, mesmo que assintomáticos, para detecção precoce de complicações renais.
- **Diabetes Gestacional com Complicações Renais**:
  - Mulheres com **diabetes gestacional** e sinais de complicações renais (albuminúria ou hipertensão) devem ser encaminhadas para acompanhamento especializado para manejo adequado durante a gestação e pós-parto.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em nefrologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Tempo de diagnóstico de diabetes mellitus (tipo 1 ou tipo 2), histórico de complicações vasculares e renais, e controle glicêmico (níveis de HbA1c).

- Presença de hipertensão arterial e uso de medicamentos anti-hipertensivos, incluindo inibidores da ECA ou bloqueadores dos receptores de angiotensina.
- Histórico de outras complicações do diabetes, como retinopatia diabética, neuropatia ou doenças cardiovasculares.

- **Exames realizados**:
  - **Taxa de Filtração Glomerular (TFG)**: Resultados dos cálculos da TFG, para avaliar a gravidade da insuficiência renal.
  - **Creatinina sérica**: Níveis de creatinina e variações ao longo do tempo para monitorar a função renal.
  - **Albuminúria e proteinúria**: Avaliação de albuminúria (microalbuminúria e proteinúria) com exames de urina, incluindo relação albumina-creatinina (RAC) na urina de amostra única.
  - **Exames de urina**: Para verificar presença de hematúria, cilindros urinários ou outras anormalidades.
  - **Exames laboratoriais adicionais**, se aplicáveis: Exames de eletrólitos (para detectar hipercalemia), exames de ácido-base (para avaliar acidose metabólica), e níveis de HbA1c para controle glicêmico.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam influenciar o curso da nefropatia diabética, como IECA, BRA, diuréticos ou agentes hipoglicemiantes.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças cardiovasculares, dislipidemia, ou obesidade, que possam influenciar a saúde renal.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada do histórico de diabetes e da função renal, com exame físico focado em sinais de hipertensão, edema, e complicações vasculares.
- **Avaliação nefrológica**: O nefrologista revisará os exames laboratoriais e de imagem e pode solicitar exames adicionais para monitorar a função renal e ajustar o tratamento. Exames de imagem, como ultrassonografia renal, podem ser solicitados para verificar o tamanho dos rins e a presença de alterações estruturais.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **microalbuminúria ou proteinúria** podem se beneficiar do uso de inibidores da ECA ou bloqueadores do receptor de angiotensina para retardar a progressão da nefropatia.
  - Pacientes com **declínio progressivo da função renal** devem ser monitorados regularmente e orientados sobre medidas para evitar a progressão para

insuficiência renal crônica, como controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial.

- Pacientes com **insuficiência renal crônica avançada** podem ser encaminhados para discussão sobre terapias renais substitutivas, como diálise ou transplante renal.
- Pacientes com **sinais de nefropatia diabética, albuminúria, declínio da função renal ou complicações relacionadas ao tratamento do diabetes** serão **encaminhados para regulação** para avaliação nefrológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.80. Protocolo para Consulta em Nefrologia: **Doença Renal Crônica (DRC)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Doença Renal Crônica (DRC) é definida como a perda progressiva e irreversível da função renal, com uma taxa de filtração glomerular (TFG) abaixo de 60 mL/min/1,73m² por mais de três meses, ou evidências de danos renais, como albuminúria ou alterações estruturais nos rins. A DRC pode evoluir para insuficiência renal terminal, necessitando de diálise ou transplante renal. O acompanhamento especializado com nefrologista é fundamental para retardar a progressão da doença e manejar suas complicações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em nefrologia nas seguintes situações:

- **Redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG)**:
  - **TFG <60 mL/min/1,73m²**: Pacientes com TFG reduzida devem ser acompanhados por nefrologista para monitoramento da função renal e prevenção de progressão para insuficiência renal crônica avançada.
  - **Declínio acelerado da TFG**: Pacientes com queda rápida da TFG (declínio >5 mL/min/ano) requerem intervenção urgente para identificar causas subjacentes e iniciar tratamento adequado.
- **Albuminúria ou Proteinúria Significativa**:
  - **Microalbuminúria (30-300 mg/24h)**: Indica dano renal precoce. Pacientes com diabetes mellitus, hipertensão ou outras comorbidades que apresentam microalbuminúria devem ser encaminhados ao nefrologista para avaliação e manejo.

- **Proteinúria (>300 mg/24h)**: Pacientes com proteinúria maciça apresentam risco aumentado de progressão para insuficiência renal e devem ser avaliados quanto à necessidade de tratamento com medicamentos como inibidores da ECA ou bloqueadores do receptor de angiotensina.

- **Hipertensão Arterial Resistente ou de Difícil Controle**:
  - **Hipertensão resistente**: Pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento com três ou mais medicamentos anti-hipertensivos devem ser avaliados para hipertensão secundária à DRC ou outras causas renais.
- **Anemia em Pacientes com DRC**:
  - **Anemia normocítica normocrômica**: Pacientes com DRC frequentemente desenvolvem anemia devido à redução da produção de eritropoietina pelos rins. A anemia grave (hemoglobina <10 g/dL) requer avaliação para manejo com eritropoetina recombinante e suplementação de ferro.
  - **Fadiga severa ou sinais de hipoxia**: Pacientes com sintomas relacionados à anemia da DRC, como fadiga extrema, dispneia, ou taquicardia, devem ser encaminhados para avaliação.
- **Distúrbios Eletrolíticos ou Acidose Metabólica**:
  - **Hipercalemia (potássio sérico >5,5 mEq/L)**: Pacientes com DRC que apresentam hipercalemia persistente devem ser avaliados para ajuste de medicação e prevenção de arritmias.
  - **Hiponatremia, hipocalcemia, ou hiperfosfatemia**: Alterações nos níveis de sódio, cálcio ou fosfato podem indicar disfunção renal avançada e necessitam de correção para evitar complicações.
  - **Acidose metabólica**: A acidose metabólica com bicarbonato sérico baixo (<22 mEq/L) é comum na DRC e requer manejo para evitar desmineralização óssea e outras complicações.
- **Retenção de Líquidos ou Edema Generalizado**:
  - **Edema persistente ou anasarca**: Pacientes com retenção de líquidos ou edema generalizado, com ou sem insuficiência cardíaca associada, devem ser encaminhados para avaliação e ajuste do tratamento diurético e manejo do equilíbrio hídrico.
- **Distúrbios Ósseos Relacionados à DRC (Osteodistrofia Renal)**:
  - **Hiperparatireoidismo secundário**: Pacientes com elevação do hormônio paratireoideano (PTH) secundária à insuficiência renal devem ser avaliados para tratamento com quelantes de fosfato, calcimiméticos ou vitamina D.

- **Fraturas ou dores ósseas**: Pacientes com dores ósseas severas ou fraturas patológicas relacionadas à osteodistrofia renal requerem avaliação para controle do metabolismo ósseo-mineral.

- **Estágio Avançado de Doença Renal Crônica (Estágios 4 e 5)**:
  - **Estágio 4 (TFG entre 15-29 mL/min/1,73m²)**: Pacientes neste estágio estão em risco elevado de progressão para insuficiência renal terminal e devem ser encaminhados para avaliação nefrológica especializada e preparação para possíveis terapias renais substitutivas (diálise ou transplante).
  - **Estágio 5 (TFG <15 mL/min/1,73m²)**: Pacientes neste estágio requerem acompanhamento urgente e preparação para início de diálise ou encaminhamento para transplante renal.
- **Complicações Cardiovasculares**:
- **Doença cardiovascular associada à DRC**: Pacientes com DRC têm risco aumentado de eventos cardiovasculares, como insuficiência cardíaca, arritmias e infarto do miocárdio. Esses pacientes devem ser avaliados para manejo dos fatores de risco e tratamento adequado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em nefrologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Tempo de diagnóstico da DRC, presença de comorbidades, como diabetes, hipertensão ou doenças cardiovasculares, e uso de medicamentos atuais.
  - Sintomas associados, como edema, fadiga, alterações urinárias ou distúrbios ósseos.
- **Exames realizados**:
  - **Taxa de Filtração Glomerular (TFG)**: Cálculo da TFG e evolução ao longo do tempo para avaliar a progressão da DRC.
  - **Creatinina sérica e ureia**: Avaliação dos níveis de creatinina e ureia para monitoramento da função renal.
  - **Exame de urina**: Avaliação de albuminúria ou proteinúria, hematúria e presença de cilindros urinários.
  - **Exames eletrolíticos e ácido-base**: Níveis de potássio, sódio, cálcio, fosfato e bicarbonato para monitorar distúrbios eletrolíticos e acidose.
  - **Níveis de PTH e vitamina D**: Para avaliação do hiperparatireoidismo secundário e distúrbios ósseos relacionados à DRC.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anti-hipertensivos, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor de angiotensina, diuréticos, ou medicamentos para controle do metabolismo ósseo-mineral.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares ou dislipidemia.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica e laboratorial detalhada, com foco no controle da pressão arterial, controle de distúrbios eletrolíticos, e manejo da anemia ou distúrbios ósseos.
- **Avaliação nefrológica**: O nefrologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, além de ajustar a medicação para controle da progressão da DRC e suas complicações. Em estágios avançados, o paciente será preparado para terapia renal substitutiva, como diálise ou transplante renal.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **doença renal crônica em estágios iniciais** serão acompanhados para monitoramento da função renal, controle glicêmico (se diabéticos) e pressão arterial.
- Pacientes com **DRC avançada (estágios 4 e 5)** serão encaminhados para planejamento de diálise ou avaliação para transplante renal.
- Pacientes com **distúrbios eletrolíticos, anemia ou complicações ósseas** receberão tratamento específico, como uso de eritropoetina, correção de distúrbios minerais, e suplementação de bicarbonato para acidose.
- Pacientes com **doença renal crônica em qualquer estágio**, que apresentem declínio da função renal, albuminúria significativa, hipertensão resistente ou complicações associadas, serão **encaminhados para regulação** para avaliação nefrológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.81. Protocolo para Consulta em Nefrologia: **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição comum que, se não tratada adequadamente, pode levar a complicações graves, como doença renal crônica (DRC), insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Pacientes com hipertensão de difícil controle, resistente ao tratamento, ou que apresentem complicações

associadas à doença renal, devem ser encaminhados ao nefrologista para avaliação especializada.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em nefrologia nas seguintes situações:

- **Hipertensão Arterial Resistente**:
  - **Hipertensão resistente ao tratamento**: Pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento com três ou mais anti-hipertensivos, incluindo um diurético, em doses adequadas, devem ser encaminhados para avaliação de causas secundárias, como doença renal crônica ou hipertensão renovascular.
  - **Hipertensão de difícil controle**: Hipertensão que permanece acima dos valores recomendados (≥140/90 mmHg) mesmo com tratamento regular e ajustes de medicação.
- **Hipertensão Secundária à Doença Renal Crônica (DRC)**:
  - **Pacientes com DRC e hipertensão**: Hipertensão é comum em pacientes com doença renal crônica. Se o controle da pressão arterial estiver inadequado, o paciente deve ser encaminhado para avaliação nefrológica.
  - **Declínio da função renal associado à hipertensão**: Pacientes com hipertensão que apresentam aumento da creatinina sérica ou redução da taxa de filtração glomerular (TFG) devem ser avaliados para manejo especializado, visando proteger a função renal.
  - **Hipertensão e Proteinúria ou Albuminúria**:
  - **Presença de proteinúria ou albuminúria significativa (>300 mg/24h)**: Hipertensão associada à proteinúria indica dano renal, e esses pacientes devem ser avaliados para prevenção de progressão para insuficiência renal crônica.
  - **Microalbuminúria (30-300 mg/24h)**: A presença de microalbuminúria em pacientes hipertensos, especialmente aqueles com diabetes ou outras comorbidades, requer avaliação nefrológica.
- **Complicações Cardiovasculares Relacionadas à Hipertensão**:
  - **Hipertensão com sinais de insuficiência cardíaca**: Pacientes com hipertensão e sinais clínicos de insuficiência cardíaca (edema, dispneia, cardiomegalia) devem ser avaliados para ajuste do tratamento e manejo de complicações renais e cardíacas.
  - **Hipertensão e hipertrofia ventricular esquerda**: Pacientes com hipertensão e diagnóstico de hipertrofia ventricular esquerda (HVE) em exames de imagem ou

eletrocardiograma devem ser encaminhados para ajuste de tratamento visando a proteção renal e cardíaca.

- **Hipertensão e Distúrbios Eletrolíticos**:
  - **Hipocalemia ou hipernatremia**: Pacientes hipertensos com distúrbios eletrolíticos, como hipocalemia ou hipernatremia, podem estar sob risco de doenças renais ou efeitos colaterais de medicações anti-hipertensivas (diuréticos) e devem ser avaliados.
  - **Hipercalemia (potássio >5,5 mEq/L)**: Hipertensão associada à hipercalemia pode estar relacionada a insuficiência renal ou uso de medicamentos como inibidores da ECA ou bloqueadores do receptor de angiotensina. Pacientes com hipercalemia persistente devem ser encaminhados para regulação.
- **Hipertensão em Pacientes Jovens ou de Início Precoce**:
  - **Hipertensão em pacientes jovens (<30 anos)**: Pacientes com hipertensão precoce sem história familiar devem ser avaliados para causas secundárias, como doenças renais congênitas ou hipertensão renovascular.
  - **Hipertensão e Insuficiência Renal Aguda (IRA)**:
  - **Pacientes com hipertensão e insuficiência renal aguda**: Se a hipertensão estiver associada a insuficiência renal aguda, especialmente em pacientes com doença renovascular, devem ser avaliados para manejo nefrológico imediato.
- **Pacientes com Hipertensão e Uso de Medicamentos Nefrotóxicos**:
  - **Pacientes em uso de AINEs, diuréticos ou outros medicamentos**: Esses medicamentos podem causar elevação da pressão arterial e lesão renal, e os pacientes devem ser monitorados e avaliados pelo nefrologista para ajuste de medicação.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em nefrologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Histórico de hipertensão, tempo de diagnóstico, comorbidades, como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares ou doença renal crônica.
  - Tratamento atual da hipertensão, incluindo nomes e doses dos anti-hipertensivos usados.
  - História familiar de hipertensão precoce, doenças renais ou cardiovasculares.
- **Exames realizados**:

- **Níveis de creatinina e taxa de filtração glomerular (TFG)**: Para avaliação da função renal e monitoramento do impacto da hipertensão nos rins.
- **Albuminúria e proteinúria**: Testes de urina para avaliação de albuminúria ou proteinúria, que indicam dano renal.
- **Exames eletrolíticos**: Níveis de sódio, potássio, cálcio, e bicarbonato para monitorar distúrbios eletrolíticos relacionados ao uso de medicação e à função renal.
- **Exames de imagem**, se realizados: Resultados de ultrassonografia renal ou exames cardíacos (eletrocardiograma ou ecocardiograma) para avaliação de hipertrofia ventricular esquerda e função cardíaca.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos, como inibidores da ECA, bloqueadores dos receptores de angiotensina, diuréticos ou outros anti-hipertensivos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, dislipidemia ou obesidade.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada do controle da pressão arterial e dos fatores de risco associados, como diabetes, proteinúria e função renal. Exame físico completo para avaliar sinais de insuficiência cardíaca, edema e complicações vasculares.
- **Avaliação nefrológica**: O nefrologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo ajustar a medicação anti-hipertensiva e investigar causas secundárias de hipertensão, como hipertensão renovascular ou insuficiência renal subjacente.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **hipertensão resistente** serão avaliados para causas secundárias, com ajuste de medicação e acompanhamento regular da função renal.
  - Pacientes com **proteinúria ou microalbuminúria** serão tratados com inibidores da ECA ou bloqueadores do receptor de angiotensina para prevenir o progresso da doença renal.
  - Pacientes com **insuficiência renal ou distúrbios eletrolíticos** receberão tratamento específico para correção dos distúrbios e controle da pressão arterial.
  - Pacientes com **hipertensão resistente, complicada por doença renal crônica, ou associada a distúrbios eletrolíticos ou insuficiência renal** serão **encaminhados para regulação** para avaliação nefrológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.82. Protocolo para Consulta em Nefrologia: **Infecção Urinária Recorrente**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Infecção Urinária Recorrente (IUR) refere-se à ocorrência de pelo menos três episódios de infecção do trato urinário (ITU) em um ano, ou dois episódios em seis meses. A infecção urinária pode afetar qualquer parte do trato urinário, incluindo a bexiga (cistite), os ureteres, os rins (pielonefrite) e a uretra. Pacientes com episódios recorrentes de ITU devem ser encaminhados para avaliação nefrológica para investigar fatores predisponentes, possíveis anormalidades estruturais ou funcionais do trato urinário e para prevenção de novas infecções.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em nefrologia nas seguintes situações:

- **Infecções Urinárias de Repetição Confirmadas**:
  - **Infecções recorrentes documentadas**: Pacientes com três ou mais episódios de infecção urinária confirmada por cultura de urina em um ano, ou dois episódios em seis meses, devem ser avaliados para identificar fatores de risco ou anormalidades anatômicas subjacentes.
  - **Pielonefrite recorrente**: Pacientes com episódios frequentes de pielonefrite (infecção renal), caracterizada por febre, dor lombar e sinais de infecção sistêmica, requerem avaliação nefrológica para prevenir danos renais permanentes.
- **Infecções Urinárias em Pacientes com Doença Renal Crônica (DRC)**:
  - **Infecções urinárias recorrentes em pacientes com DRC**: Pacientes com doença renal crônica e episódios frequentes de ITU precisam de acompanhamento especializado para prevenção de complicações, incluindo insuficiência renal progressiva.
- **Infecções Urinárias em Pacientes com Anormalidades do Trato Urinário**:
  - **Refluxo vesicoureteral**: Pacientes com histórico de refluxo vesicoureteral, que é o fluxo retrógrado de urina da bexiga para os ureteres e rins, têm maior risco de infecções recorrentes e devem ser acompanhados pelo nefrologista para avaliação da necessidade de intervenção.
  - **Anormalidades estruturais**: Pacientes com anomalias congênitas ou adquiridas do trato urinário, como estenoses ureterais, divertículos vesicais ou cálculos

renais, devem ser avaliados para correção cirúrgica ou manejo adequado para prevenir ITUs recorrentes.

- **Infecções Urinárias em Homens**:
  - **Infecções urinárias em homens**: ITUs em homens são menos comuns e, quando recorrentes, geralmente indicam a presença de fatores predisponentes como hiperplasia prostática, obstruções ou cálculos renais, que requerem investigação e tratamento especializado.
- **Infecções Urinárias Complicadas**:
  - **Infecção urinária associada a diabetes mellitus**: Pacientes diabéticos têm maior risco de infecções urinárias complicadas e recorrentes, frequentemente relacionadas a nefropatia diabética. Esses pacientes devem ser avaliados para controle da glicemia e prevenção de novas infecções.
  - **Infecções associadas a cálculos renais**: Pacientes com cálculos renais recorrentes que desenvolvem ITU de repetição necessitam de acompanhamento especializado para manejo dos cálculos e prevenção de infecções.
- **Infecções Urinárias com Patógenos Multirresistentes**:
  - **Infecções por patógenos multirresistentes**: Pacientes com ITUs causadas por bactérias resistentes aos antibióticos usuais (como Escherichia coli produtora de beta-lactamase de espectro estendido - ESBL) necessitam de avaliação nefrológica para planejar estratégias de tratamento e prevenção.
- **Sintomas Urinários Persistentes Após Tratamento**:
  - **Sintomas urinários recorrentes ou persistentes**: Pacientes que continuam a apresentar sintomas de ITU (disúria, urgência urinária, dor suprapúbica) mesmo após tratamento adequado, ou que apresentam episódios frequentes de recorrência da infecção, devem ser avaliados para causas subjacentes ou tratamento inadequado.
- **Infecção Urinária em Pacientes Imunossuprimidos**:
- **Pacientes imunossuprimidos**: Indivíduos com comprometimento do sistema imunológico, como aqueles em uso de imunossupressores ou com doenças autoimunes, apresentam maior risco de ITUs complicadas e necessitam de acompanhamento especializado para prevenção de infecções e manejo adequado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em nefrologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Frequência e tempo de recorrência das infecções urinárias, com descrição dos sintomas (disúria, dor lombar, febre, urgência urinária).
- Comorbidades associadas, como diabetes mellitus, doença renal crônica, ou anomalias estruturais do trato urinário.
- Tratamentos anteriores e resposta ao uso de antibióticos.

- **Exames realizados**:
  - **Urocultura**: Resultados de culturas de urina, com identificação dos patógenos e sensibilidade aos antibióticos.
  - **Exames de imagem**: Ultrassonografia renal e vesical ou tomografia computadorizada, se realizados, para identificar anormalidades anatômicas, cálculos renais ou refluxo vesicoureteral.
  - **Exame de urina tipo 1**: Exames que indicam a presença de hematúria, leucocitúria, piúria ou cilindros leucocitários.
  - **Exames laboratoriais adicionais**, se aplicáveis: Hemograma completo, creatinina sérica, ureia, e avaliação da função renal para monitorar o impacto das ITUs recorrentes na função renal.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antibióticos recorrentes ou profiláticos e qualquer medicação imunossupressora ou que possa predispor à infecção.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes, doenças renais prévias, ou imunossupressão.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada do histórico de infecções urinárias e fatores de risco associados, como anormalidades anatômicas, uso de cateteres ou imunossupressão. Exame físico completo, incluindo avaliação dos rins e trato urinário.
- **Avaliação nefrológica**: O nefrologista revisará os exames de imagem e laboratoriais e pode solicitar exames adicionais, como urografia excretora ou cistoscopia, para avaliação de obstruções ou anomalias estruturais. Em casos de infecções multirresistentes, estratégias antibióticas alternativas serão exploradas.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **anomalias anatômicas** ou **cálculos renais** podem ser encaminhados para intervenção cirúrgica, enquanto aqueles com **refluxo vesicoureteral** podem necessitar de tratamento médico ou cirúrgico.

- Pacientes com **infecções multirresistentes** receberão orientações sobre o uso adequado de antibióticos e estratégias preventivas, como profilaxia antibiótica ou uso de terapias alternativas (vacinas contra ITU, uso de probióticos).
- **Imunossuprimidos ou pacientes com doenças crônicas** serão acompanhados para prevenção de novas infecções com base no controle das comorbidades e ajuste de medicações imunossupressoras.
- Pacientes com **infecções urinárias recorrentes**, especialmente aqueles com anomalias estruturais, patógenos multirresistentes, ou comorbidades associadas, serão **encaminhados para regulação** para avaliação nefrológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.83. Protocolo para Consulta em Nefrologia: **Litíase Renal (Cálculos Renais)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Litíase renal, ou cálculos renais, é uma condição em que se formam cristais de sais minerais no trato urinário, resultando em dor intensa, obstrução urinária e risco de infecção. Pacientes com episódios recorrentes de cálculos renais, infecções urinárias relacionadas ou obstrução urinária devem ser encaminhados ao nefrologista para investigação da causa, manejo e prevenção de novas formações de cálculos.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em nefrologia nas seguintes situações:

- **Litíase Renal Recorrente**:
  - **Cálculos renais recorrentes**: Pacientes com dois ou mais episódios de litíase renal confirmada por exames de imagem ou exames laboratoriais devem ser avaliados para identificar causas metabólicas ou estruturais subjacentes e para prevenção de recorrências.
  - **Histórico familiar de cálculos renais**: Pacientes com história familiar de litíase renal têm maior risco de recorrência e devem ser encaminhados para avaliação de predisposição genética e orientação sobre prevenção.
- **Cálculos Renais com Obstrução Urinária**:
  - **Obstrução urinária parcial ou total**: Pacientes com obstrução do fluxo urinário causada por cálculos devem ser avaliados para intervenção nefrológica ou urológica urgente para aliviar a obstrução e prevenir danos renais.

- **Hidronefrose**: Pacientes com cálculos renais que causam dilatação dos rins (hidronefrose) devem ser avaliados para intervenção precoce, a fim de prevenir lesão renal irreversível.

- **Infecção Urinária Associada a Cálculos Renais**:
  - **Pielonefrite associada a cálculos**: Pacientes com infecções urinárias recorrentes, especialmente pielonefrite, associadas à presença de cálculos renais, devem ser encaminhados para investigação e manejo dos cálculos para prevenir complicações, como abscessos renais.
  - **Cálculos coraliformes**: Pacientes com cálculos que ocupam grandes porções do sistema coletor renal (cálculos coraliformes) frequentemente têm infecções associadas e necessitam de avaliação para tratamento cirúrgico ou percutâneo.
- **Cálculos Renais em Pacientes com Doença Renal Crônica (DRC)**:
  - **Pacientes com DRC e cálculos renais**: A presença de cálculos em pacientes com doença renal crônica aumenta o risco de progressão para insuficiência renal terminal e deve ser avaliada com urgência para preservação da função renal.
- **Distúrbios Metabólicos Associados a Litíase Renal**:
  - **Hiperparatireoidismo**: Pacientes com litíase renal associada a hiperparatireoidismo (primário ou secundário) devem ser encaminhados para investigação e tratamento da causa metabólica da formação de cálculos.
  - **Hiperoxalúria e hipocitratúria**: Pacientes com alterações metabólicas que levam à excreção excessiva de oxalato ou deficiência de citrato (que inibe a formação de cálculos) necessitam de avaliação metabólica e manejo adequado para prevenir a recorrência dos cálculos.
  - **Cistinúria**: Doença genética rara em que há excreção excessiva de cistina, levando à formação de cálculos cistínicos, requer acompanhamento especializado com nefrologista.
- **Sintomas Renais Crônicos Relacionados a Litíase**:
  - **Dor lombar crônica associada a cálculos**: Pacientes com dor lombar recorrente ou persistente, relacionada à presença de cálculos renais, devem ser avaliados para manejo da dor e planejamento de estratégias para remover ou prevenir a formação de novos cálculos.
  - **Hematúria persistente**: A presença de sangue na urina, sem outras causas identificadas, associada à litíase renal, requer avaliação para excluir lesões renais e complicações associadas.
- **Cálculos Renais de Grandes Dimensões**:

- **Cálculos maiores que 5 mm**: Pacientes com cálculos renais grandes, especialmente aqueles com mais de 5 mm de diâmetro, têm maior risco de obstrução e complicações. Esses pacientes devem ser avaliados para necessidade de remoção cirúrgica ou intervenção percutânea.
- **Cálculos de difícil eliminação espontânea**: Pacientes com cálculos localizados em áreas de difícil eliminação (como cálculos impactados no ureter proximal) devem ser encaminhados para avaliação de possíveis intervenções cirúrgicas ou tratamento com litotripsia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em nefrologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Frequência e tempo de recorrência de episódios de litíase renal, com descrição dos sintomas associados, como dor lombar, hematúria e disúria.
  - Histórico familiar de litíase renal e distúrbios metabólicos.
  - Tratamentos prévios, como procedimentos cirúrgicos ou litotripsia, e resposta ao uso de medicamentos.
- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**: Ultrassonografia renal, tomografia computadorizada ou urografia excretora para identificar o tamanho, localização e número de cálculos renais.
  - **Exame de urina**: Presença de cristais, hematúria, piúria ou cilindros urinários.
  - **Exames laboratoriais adicionais**, se aplicáveis: Creatinina sérica, ureia, cálcio, fosfato, ácido úrico e eletrólitos para avaliar a função renal e investigar distúrbios metabólicos relacionados à formação de cálculos.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam influenciar a formação de cálculos, como diuréticos, suplementos de cálcio ou outros.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes mellitus, hiperparatireoidismo, distúrbios metabólicos, ou doenças renais.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada do histórico de formação de cálculos, comorbidades e fatores de risco metabólicos. Exame físico focado em sinais de dor renal, hematúria ou infecção.

- **Avaliação nefrológica**: O nefrologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo solicitar exames adicionais, como urografia excretora, para avaliação de anormalidades anatômicas ou metabólicas. O paciente pode ser encaminhado para tratamento cirúrgico, litotripsia extracorpórea ou nefrolitotomia percutânea, dependendo do tamanho e localização dos cálculos.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **litíase renal recorrente** serão avaliados para possíveis intervenções preventivas, como aumento da ingestão de líquidos, ajustes dietéticos e uso de medicamentos que previnam a formação de cálculos (como citrato de potássio).
    - Pacientes com **distúrbios metabólicos** (hiperparatireoidismo, hiperoxalúria) serão tratados com correção dos distúrbios subjacentes para prevenir a formação de novos cálculos.
    - Pacientes com **cálculos de grandes dimensões ou cálculos coraliformes** serão avaliados para intervenção cirúrgica ou litotripsia.
    - Pacientes com **litíase renal recorrente, complicações associadas, ou distúrbios metabólicos subjacentes** serão **encaminhados para regulação** para avaliação nefrológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.84. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Miopatia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Miopatias são doenças musculares que afetam a função dos músculos esqueléticos, causando fraqueza muscular, fadiga, dor, ou outros sintomas. Podem ser de origem genética, inflamatória, metabólica ou associadas a medicamentos. Pacientes com suspeita de miopatia devem ser encaminhados para avaliação neurológica para diagnóstico e manejo especializado, visando identificar a causa subjacente e prevenir complicações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Fraqueza Muscular Prolongada ou Progressiva**:
    - **Fraqueza muscular proximal**: Fraqueza que afeta os músculos próximos ao tronco (cintura escapular ou pélvica), como nos braços e pernas, dificultando atividades como subir escadas, levantar objetos ou levantar-se de uma cadeira.

- **Fraqueza muscular simétrica ou assimétrica**: Fraqueza que se apresenta de forma simétrica (igual em ambos os lados do corpo) ou assimétrica, com progressão lenta ou rápida.
- **Fraqueza muscular progressiva**: Pacientes que apresentam piora progressiva da fraqueza ao longo do tempo devem ser avaliados para condições como distrofias musculares, miopatias inflamatórias ou miopatias metabólicas.

- **Dor Muscular (Mialgia) Persistente**:
  - **Mialgia sem causa aparente**: Pacientes com dores musculares persistentes, especialmente sem lesão ou trauma associados, devem ser avaliados para miopatias inflamatórias, metabólicas ou induzidas por medicamentos.
  - **Dor muscular associada à fraqueza**: Mialgia que se associa a fraqueza muscular significativa pode indicar doenças inflamatórias musculares, como dermatomiosite ou polimiosite.
- **Alterações nos Exames Laboratoriais**:
  - **Elevação de creatina quinase (CK)**: Pacientes com elevação persistente de enzimas musculares (CK) acima dos valores normais indicam possível dano muscular e devem ser avaliados para miopatias inflamatórias ou distrofias musculares.
  - **Alterações metabólicas**: Níveis anormais de eletrólitos (como hipocalemia ou hipofosfatemia) ou distúrbios metabólicos podem estar associados a miopatias metabólicas.
- **Miopatia Induzida por Medicamentos**:
  - **Uso de estatinas ou corticosteroides**: Pacientes que fazem uso prolongado de medicamentos como estatinas, corticosteroides ou outros fármacos que podem induzir miopatia devem ser avaliados se apresentarem fraqueza muscular, dor ou elevação de CK.
  - **Interrupção do uso de medicamentos sem melhora dos sintomas**: Se a descontinuação de um medicamento potencialmente causador de miopatia não resultar em melhora clínica, o paciente deve ser encaminhado para neurologia para investigação de outras causas subjacentes.
- **Miopatias Hereditárias ou Genéticas**:
  - **História familiar de doenças musculares**: Pacientes com histórico familiar de distrofias musculares, como distrofia muscular de Duchenne ou de Becker, miopatias congênitas ou outras doenças musculares hereditárias, devem ser avaliados para diagnóstico precoce e aconselhamento genético.

- **Sinais de distrofia muscular**: Fraqueza progressiva com sinais de perda de massa muscular e presença de contraturas ou deformidades musculares indicam possível distrofia muscular hereditária.

- **Miopatia Inflamatória**:
  - **Dermatomiosite e polimiosite**: Pacientes com fraqueza muscular, associada a erupções cutâneas (dermatomiosite) ou sem erupções (polimiosite), devem ser avaliados para confirmação diagnóstica e início do tratamento imunossupressor.
  - **Miopatia associada a doenças autoimunes**: Pacientes com miopatias associadas a doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico ou esclerose sistêmica, devem ser encaminhados para controle e manejo multidisciplinar.
- **Sinais de Miopatia Metabólica ou Endócrina**:
  - **Miopatia associada à doença endócrina**: Pacientes com hipotiroidismo, hipertiroidismo, doenças suprarrenais ou diabetes mellitus que apresentam fraqueza muscular devem ser investigados para miopatia metabólica.
  - **Miopatias induzidas por exercício**: Pacientes que apresentam fraqueza ou dor muscular após exercícios físicos leves, associados a distúrbios metabólicos, devem ser avaliados para diagnóstico de miopatias metabólicas, como doença de McArdle (deficiência de fosforilase muscular).
- **Rabdomiólise**:
  - **Sinais de rabdomiólise**: Pacientes com dor muscular severa, elevação extrema de CK, mioglobinúria (urina escura) e sinais de insuficiência renal devem ser avaliados com urgência, pois podem estar em risco de complicações graves.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas, incluindo fraqueza muscular, dor muscular, fadiga, perda de massa muscular ou dificuldade para realizar atividades cotidianas.
  - Tempo de evolução dos sintomas e padrão de progressão (lenta ou rápida).
  - Histórico de uso de medicamentos (estatinas, corticosteroides) e resposta ao tratamento.
  - Histórico familiar de miopatias ou doenças genéticas.
- **Exames realizados**:
  - **Creatina quinase (CK)**: Níveis de CK para avaliar a presença e gravidade da lesão muscular.

- **Exames metabólicos**: Avaliação de eletrólitos (potássio, cálcio, fósforo) e função renal (creatinina, ureia) em casos suspeitos de miopatias metabólicas.
- **Exames de imagem**: Se realizados, resultados de ressonância magnética (RM) muscular para avaliar inflamação ou lesões musculares.
- **Biópsia muscular**, se realizada: Relatório de biópsia para confirmação de miopatia inflamatória ou genética.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos, como estatinas, corticosteroides ou imunossupressores.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças autoimunes, distúrbios endócrinos ou doenças renais.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada da fraqueza muscular, padrão de progressão e sinais associados, como dor muscular, fadiga ou perda de massa muscular. Exame físico completo com foco em força muscular, reflexos e sinais cutâneos associados (em caso de dermatomiosite).
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo solicitar exames adicionais, como eletroneuromiografia (ENMG), para avaliar a função neuromuscular e condução nervosa. Exames genéticos podem ser indicados em casos de suspeita de miopatias hereditárias.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **miopatia inflamatória** (dermatomiosite, polimiosite) serão tratados com imunossupressores, como corticosteroides e imunoglobulinas intravenosas.
  - Pacientes com **miopatias metabólicas** receberão orientações sobre modificações dietéticas e uso de suplementos que previnam crises de fraqueza muscular.
  - Pacientes com **miopatia induzida por medicamentos** terão os medicamentos ajustados ou suspensos, com monitoramento dos níveis de CK e função muscular.
  - Pacientes com **fraqueza muscular progressiva, elevação de CK, miopatias inflamatórias, metabólicas ou induzidas por medicamentos** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.
  - Esse é o protocolo para **Miopatia**. Caso precise de mais informações ou outro protocolo, estou à disposição!

9.3.1.85. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Lesões com Características de Neoplasia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Lesões com características de neoplasia no sistema nervoso central (SNC) ou periférico podem ser benignas ou malignas. Essas lesões podem afetar o cérebro, medula espinhal, nervos periféricos ou estruturas adjacentes. Pacientes com suspeita de neoplasias cerebrais ou espinhais devem ser encaminhados para avaliação neurológica e neurocirúrgica urgente para diagnóstico e manejo adequado.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Lesões Suspeitas em Exames de Imagem**:
  - **Tumores cerebrais**: Lesões identificadas em tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) com características sugestivas de tumor, como áreas de realce anômalo com contraste, massas expansivas ou edema perilesional. Essas lesões podem incluir gliomas, meningiomas, metástases cerebrais e outras neoplasias primárias do SNC.
  - **Lesões espinhais**: Massas na medula espinhal, identificadas por TC ou RM, que podem causar compressão medular ou radicular, levando a dor, perda de força ou alterações sensoriais. Essas lesões podem incluir tumores primários da medula (ependimomas, astrocitomas) ou metástases espinhais.
- **Sinais Clínicos de Neoplasia Cerebral**:
  - **Cefaleia persistente ou progressiva**: Dor de cabeça persistente que não responde a tratamentos convencionais, especialmente quando associada a outros sinais neurológicos, como náuseas, vômitos, ou piora com atividades físicas, deve levantar suspeita de lesão expansiva intracraniana.
  - **Crises convulsivas de início recente**: Pacientes sem histórico de epilepsia que desenvolvem crises convulsivas, particularmente crises focais ou generalizadas, devem ser avaliados para lesões estruturais no cérebro.
  - **Déficits neurológicos focais**: Alterações na força muscular, coordenação, fala (afasia), ou perda de campo visual, sugerem comprometimento de áreas específicas do cérebro e podem estar associadas a lesões tumorais.

- **Alterações cognitivas e de comportamento**: Mudanças de comportamento, confusão mental, perda de memória ou de funções cognitivas podem ser sinais de lesões neoplásicas em áreas como o lobo frontal ou temporal.

- **Sinais de Compressão Medular ou Radicular**:
  - **Dor intensa e progressiva**: Dor lombar, cervical ou torácica persistente e progressiva, que não responde ao tratamento convencional, pode ser causada por compressão medular ou radicular devido a tumores espinhais.
  - **Fraqueza ou perda de sensibilidade**: Fraqueza muscular, alterações sensoriais, formigamento ou dormência em membros podem indicar compressão nervosa ou medular.
  - **Síndrome de cauda equina**: Perda de controle esfincteriano, associada à dor lombar severa e fraqueza nas pernas, é uma emergência médica e pode estar associada a lesões compressivas na medula espinhal.
- **Lesões Periféricas com Suspeita de Neoplasia**:
  - **Massas ou nódulos em nervos periféricos**: Lesões palpáveis, dolorosas ou que causam compressão dos nervos periféricos, levando a fraqueza, atrofia muscular ou perda sensorial, devem ser investigadas para neoplasias de nervos periféricos, como schwannomas ou neurofibromas.
  - **Dor neuropática associada a massas**: Dor intensa e persistente, de característica neuropática (queimação, choque), associada a massas em nervos periféricos, pode ser sinal de compressão tumoral.
- **Achados Incidentes de Lesões Neoplásicas em Exames de Imagem**:
  - **Lesões incidentais**: Lesões encontradas incidentalmente em exames de imagem, como em ressonâncias magnéticas realizadas por outros motivos, devem ser avaliadas para descartar neoplasias primárias ou secundárias.
- **Histórico de Neoplasia Primária com Suspeita de Metástase**:
  - **Histórico de câncer**: Pacientes com histórico de câncer, como de pulmão, mama ou melanoma, e que apresentam novos sintomas neurológicos (cefaleia, crises convulsivas, déficits neurológicos) devem ser avaliados para metástases no SNC.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição dos sintomas neurológicos, como cefaleia, crises convulsivas, déficits motores ou sensoriais, e alterações cognitivas.

- Tempo de evolução dos sintomas e se são progressivos.
- Histórico de neoplasias primárias (câncer de pulmão, mama, melanoma, etc.).
- **Exames realizados**:
- **Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM)**: Relatórios detalhados de imagem que mostrem as características da lesão (tamanho, localização, presença de edema, realce ao contraste).
- **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Exames que possam indicar alterações sistêmicas associadas à neoplasia, como marcadores tumorais (CA-125, CEA, etc.).
- **Biópsias**, se realizadas: Relatório de biópsias de lesões cerebrais, espinhais ou periféricas, caso disponíveis.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anticonvulsivantes, corticosteroides ou outros medicamentos usados para controle dos sintomas neurológicos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como histórico de tratamentos para câncer (quimioterapia, radioterapia).

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação dos sintomas neurológicos e correlação com os achados de imagem. Exame físico neurológico detalhado, incluindo testes de força muscular, reflexos, coordenação, função cognitiva e sensorial.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem e laboratoriais e pode solicitar exames adicionais, como uma RM com contraste, eletroencefalograma (para crises convulsivas), ou estudo do líquido cefalorraquidiano (punção lombar) para investigação de lesões neoplásicas.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **lesões cerebrais expansivas** serão encaminhados para avaliação neurocirúrgica, com possível ressecção ou biópsia da lesão.
    - Pacientes com **lesões espinhais ou radiculares** serão avaliados para intervenção neurocirúrgica urgente, dependendo do grau de compressão medular ou radicular.
    - Pacientes com **tumores periféricos** podem ser avaliados para ressecção cirúrgica ou radioterapia, dependendo da natureza da lesão.
    - Pacientes com **lesões com características de neoplasia no cérebro, medula espinhal, ou nervos periféricos** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento

adequado, incluindo neurocirurgia, radioterapia ou quimioterapia, conforme necessário.

- Esse é o protocolo para **Lesões com Características de Neoplasia**. Caso precise de mais informações ou outro protocolo, estou à disposição!

9.3.1.86. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Hidrocefalia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hidrocefalia é uma condição caracterizada pelo acúmulo excessivo de líquido cefalorraquidiano (LCR) nos ventrículos cerebrais, levando à dilatação ventricular e, em muitos casos, a aumento da pressão intracraniana. Pode ser congênita, adquirida ou de pressão normal (hidrocefalia normotensiva). Pacientes com suspeita de hidrocefalia devem ser encaminhados para avaliação neurológica e neurocirúrgica urgente para diagnóstico e manejo adequado.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Hidrocefalia Sintomática**:
  - **Hidrocefalia com sinais de pressão intracraniana elevada**: Pacientes com cefaleia intensa, náuseas e vômitos, papiledema (inchaço do nervo óptico), e sonolência podem estar apresentando aumento da pressão intracraniana devido ao acúmulo de LCR. Essa condição requer avaliação e tratamento urgente.
  - **Hidrocefalia normotensiva**: Pacientes, especialmente idosos, com sintomas de hidrocefalia normotensiva, como a tríade clássica (alterações de marcha, incontinência urinária e declínio cognitivo), devem ser avaliados para tratamento cirúrgico (derivação ventricular).
  - **Hidrocefalia congênita**: Crianças com sinais de macrocefalia, irritabilidade, dificuldade de alimentação e desenvolvimento neuropsicomotor retardado devem ser encaminhadas para avaliação pediátrica neurológica e neurocirúrgica.
- **Achados de Imagem Sugerindo Hidrocefalia**:
  - **Dilatação ventricular em exames de imagem**: Pacientes com achados de dilatação ventricular, desproporcional ao nível de atrofia cerebral, em tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), devem ser encaminhados para avaliação neurológica para investigação de hidrocefalia obstrutiva, comunicante ou normotensiva.

- **Sinais de compressão cerebral**: Exames de imagem com evidências de compressão do tecido cerebral, deslocamento de estruturas médias ou sinais de herniação podem indicar hidrocefalia com risco imediato e devem ser avaliados urgentemente.

- **Complicações Relacionadas a Derivações Ventriculares**:
  - **Deterioração clínica em pacientes com derivação ventricular**: Pacientes com shunt (derivação) para tratamento de hidrocefalia que apresentam sinais de disfunção da derivação (cefaleia, letargia, sintomas neurológicos progressivos) devem ser encaminhados para avaliação neurológica urgente.
  - **Infecção de shunt**: Sinais de infecção no sistema de derivação ventricular (febre, sinais de meningite, dor local) requerem avaliação rápida para intervenção.
- **Hidrocefalia Pós-Trauma ou Pós-Cirurgia**:
  - **Hidrocefalia pós-trauma**: Pacientes que desenvolvem hidrocefalia após traumatismo cranioencefálico, com sintomas como deterioração neurológica, cefaleia ou letargia, devem ser encaminhados para avaliação especializada.
  - **Hidrocefalia pós-cirúrgica**: Pacientes que apresentaram hidrocefalia após cirurgia neurológica (como ressecção de tumores) e manifestam sinais de aumento de pressão intracraniana devem ser avaliados para manejo com derivação ventricular ou endoscopia.
- **Hidrocefalia Congênita ou Infantil**:
  - **Aumento desproporcional do perímetro cefálico**: Crianças com macrocefalia ou aumento anormal do tamanho da cabeça devem ser investigadas para hidrocefalia congênita. A avaliação neurológica e neurocirúrgica precoce é essencial para prevenir danos ao desenvolvimento cerebral.
  - **Sinais neurológicos em recém-nascidos**: Recém-nascidos com fontanelas tensas, irritabilidade ou alterações do estado de alerta podem ter hidrocefalia e requerem avaliação urgente.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas, como cefaleia, náuseas, vômitos, alterações cognitivas, perda de controle urinário, dificuldades de marcha, irritabilidade (em crianças), e letargia.

- Tempo de evolução dos sintomas e se são progressivos.
- Histórico de trauma craniano, cirurgias neurológicas prévias, ou infecções do SNC (como meningite).

- **Exames realizados**:
  - **Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM)**: Relatórios detalhados de imagem que mostrem a dilatação ventricular, compressão cerebral, deslocamento de estruturas médias ou sinais de herniação.
  - **Avaliação do líquido cefalorraquidiano (LCR)**, se aplicável: Resultados de punção lombar para avaliar a pressão do LCR ou sinais de infecção.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar influenciando o quadro clínico, como anticonvulsivantes ou corticosteroides.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como histórico de infecções do SNC, distúrbios congênitos ou traumas cranianos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada dos sintomas neurológicos e correlação com os achados de imagem. Exame físico neurológico completo, incluindo avaliação de sinais de hipertensão intracraniana (papiledema, fontanelas tensas), marcha e função cognitiva.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem e laboratoriais, podendo solicitar exames adicionais, como ressonância magnética com contraste ou monitoramento da pressão intracraniana, para avaliar a gravidade da hidrocefalia e planejar o tratamento.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **hidrocefalia obstrutiva ou comunicante** podem ser tratados com derivação ventricular externa ou interna (shunt ventriculoperitoneal) ou, em alguns casos, com ventriculostomia endoscópica.
  - Pacientes com **hidrocefalia normotensiva** serão avaliados para a necessidade de colocação de derivação ventriculoperitoneal, especialmente se apresentarem a tríade clássica de sintomas (alterações de marcha, incontinência urinária e declínio cognitivo).
  - Pacientes com **sinais de hidrocefalia, dilatação ventricular ou sintomas de pressão intracraniana elevada** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado, incluindo possíveis intervenções neurocirúrgicas.

9.3.1.87. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Microcefalia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Microcefalia é uma condição neurológica em que a cabeça e o cérebro de uma criança são menores do que o esperado para a idade e o sexo. Pode ser congênita (presente ao nascimento) ou adquirida durante o desenvolvimento infantil. A microcefalia está frequentemente associada a atrasos no desenvolvimento neurológico, convulsões e outras condições neurológicas. Pacientes com microcefalia devem ser encaminhados para avaliação neurológica para diagnóstico, investigação de causas subjacentes e manejo adequado.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Microcefalia Congênita**:
  - **Diagnóstico ao nascimento**: Crianças diagnosticadas com microcefalia ao nascimento, com perímetro cefálico inferior ao percentil 3 para a idade e sexo, devem ser avaliadas por um neurologista para investigação de causas genéticas, infecções congênitas ou malformações cerebrais.
  - **Histórico familiar de microcefalia**: Crianças com histórico familiar de microcefalia devem ser avaliadas para investigação de causas genéticas hereditárias e para aconselhamento genético.
- **Microcefalia Adquirida**:
  - **Redução progressiva do crescimento craniano**: Crianças que apresentem um crescimento inadequado do perímetro cefálico após o nascimento, com desaceleração do crescimento cerebral, devem ser encaminhadas para investigação de causas neurológicas ou metabólicas.
  - **Associação com infecções**: Pacientes com microcefalia associada a infecções congênitas ou adquiridas (como Zika vírus, rubéola, toxoplasmose) devem ser avaliados para identificação de complicações neurológicas.
- **Atrasos no Desenvolvimento Neuropsicomotor**:
  - **Atraso no desenvolvimento**: Crianças com microcefalia que apresentam atraso nas etapas de desenvolvimento motor, cognitivo ou da fala devem ser avaliadas para planejamento de intervenções terapêuticas, como fisioterapia, terapia ocupacional ou fonoaudiologia.

- **Déficits cognitivos e motores**: Crianças com dificuldades em áreas cognitivas (memória, aprendizado) ou motoras (dificuldade em andar, coordenação) necessitam de avaliação neurológica para diagnóstico e manejo.

- **Convulsões e Epilepsia**:
  - **Crises convulsivas**: Pacientes com microcefalia que desenvolvem crises convulsivas, sejam focais ou generalizadas, necessitam de avaliação neurológica urgente para controle das convulsões e identificação de possíveis causas subjacentes.
  - **História de epilepsia**: Crianças com microcefalia e histórico familiar de epilepsia devem ser avaliadas para o risco de crises e para planejamento terapêutico.
- **Associação com Outras Malformações Cerebrais**:
  - **Anormalidades estruturais do cérebro**: Pacientes com microcefalia associada a malformações cerebrais, como lisencefalia, polimicrogiria, ou agenesia do corpo caloso, devem ser encaminhados para investigação de anomalias estruturais através de exames de imagem, como ressonância magnética (RM).
  - **Outras síndromes genéticas**: Pacientes com microcefalia que apresentam características fenotípicas sugestivas de síndromes genéticas, como síndrome de Down, síndrome de Rett, ou outras, devem ser avaliados para confirmação diagnóstica e planejamento terapêutico.
- **Infecções Congênitas Associadas**:
  - **Zika vírus, rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus**: Pacientes com microcefalia associada a infecções congênitas devem ser avaliados para complicações neurológicas e necessidades de reabilitação.
  - **Investigação de infecções congênitas**: Testes sorológicos para infecções, como rubéola, toxoplasmose, Zika vírus, entre outras, devem ser realizados para determinar a causa subjacente da microcefalia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Histórico do crescimento craniano, com medidas regulares do perímetro cefálico, incluindo o percentil de referência para a idade e sexo.
  - Desenvolvimento neuropsicomotor, incluindo informações sobre a aquisição de marcos de desenvolvimento, como sentar, engatinhar, andar e falar.

- Presença de convulsões, dificuldades cognitivas ou motoras e outras características neurológicas.
- Histórico familiar de microcefalia, epilepsia ou outras condições genéticas.
- Histórico de infecções congênitas (rubéola, toxoplasmose, Zika vírus).

- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem cerebral**: Se realizados, anexar relatórios de exames de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), detalhando a presença de malformações cerebrais ou atrofia cerebral.
  - **Exames sorológicos**: Resultados de testes para infecções congênitas, como Zika vírus, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, entre outros.
  - **Avaliação genética**, se realizada: Se já houver investigação genética, anexar resultados de testes genéticos e cariótipos.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos anticonvulsivantes ou outros tratamentos que a criança esteja recebendo.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como síndromes genéticas, infecções congênitas ou malformações associadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada do crescimento craniano, desenvolvimento neuropsicomotor e história clínica. Exame físico completo, com foco na avaliação neurológica (força muscular, coordenação, reflexos, sinais de malformações ou características sindrômicas).
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem e laboratoriais, podendo solicitar exames adicionais, como ressonância magnética, eletroencefalograma (EEG) para avaliação de crises convulsivas, ou testes genéticos para confirmar síndromes associadas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **microcefalia associada a atrasos no desenvolvimento** podem ser encaminhados para reabilitação multidisciplinar, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.
  - Pacientes com **convulsões** serão tratados com anticonvulsivantes apropriados e monitorados para controle adequado das crises.
  - Pacientes com **infecções congênitas** serão avaliados para complicações neurológicas a longo prazo e necessidade de reabilitação intensiva.

- Pacientes com **microcefalia, atraso no desenvolvimento, convulsões ou malformações cerebrais** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.88. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Atraso de Desenvolvimento Neuropsicomotor (ADNPM)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **atraso de desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM)** refere-se à demora ou comprometimento no alcance dos marcos do desenvolvimento motor, cognitivo, social e da linguagem em crianças. Isso pode estar associado a várias condições, incluindo distúrbios genéticos, neurológicos, metabólicos, ou resultado de complicações durante a gestação e o nascimento. A avaliação neurológica é essencial para identificar a causa subjacente e planejar intervenções terapêuticas.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Atrasos em Marcos do Desenvolvimento Motor e Cognitivo**:
  - **Atraso no controle de cabeça**: Crianças que, aos 3-4 meses de idade, não conseguem controlar a cabeça ou demonstram fraqueza muscular significativa devem ser avaliadas para condições neurológicas.
  - **Atraso para sentar ou andar**: Crianças que não conseguem sentar-se sem apoio por volta dos 9 meses ou andar até os 18 meses necessitam de investigação neurológica para distúrbios motores, como paralisia cerebral.
  - **Atraso na fala**: Crianças que não emitem palavras por volta dos 12-18 meses ou apresentam dificuldade significativa no desenvolvimento da linguagem e comunicação devem ser avaliadas para atrasos cognitivos ou distúrbios do espectro do autismo.
  - **Atraso na coordenação e habilidades motoras finas**: Dificuldade em atividades como segurar objetos, pegar pequenos itens ou realizar tarefas que exijam coordenação motora fina também requer avaliação neurológica.
- **Histórico de Hipóxia Perinatal ou Prematuridade**:
  - **Hipóxia perinatal**: Crianças que sofreram hipóxia no nascimento (baixo índice de Apgar) ou prematuridade extrema apresentam maior risco de atraso de

desenvolvimento neuropsicomotor e devem ser acompanhadas de perto para avaliação precoce e reabilitação.

- **Complicações neonatais**: Casos de icterícia neonatal severa, convulsões neonatais ou infecções graves no período neonatal (como meningite) são fatores de risco para atraso no desenvolvimento e necessitam de investigação neurológica.

- **Convulsões ou Crises Epilépticas**:
  - **Convulsões no início da vida**: Crianças com história de convulsões neonatais ou crises epilépticas durante a infância, associadas a atraso no desenvolvimento, devem ser encaminhadas para controle e manejo das crises.
  - **Histórico de crises febris complexas**: Crianças com episódios recorrentes de convulsões febris complexas (prolongadas, focais ou múltiplas) e atraso de desenvolvimento necessitam de avaliação neurológica detalhada.
- **Características Sindrômicas ou Genéticas**:
  - **Presença de características sindrômicas**: Crianças com características físicas ou fenotípicas sugestivas de síndromes genéticas (como síndrome de Down, síndrome de Rett ou outras) e atraso de desenvolvimento devem ser encaminhadas para diagnóstico e acompanhamento neurológico.
  - **Histórico familiar de distúrbios neurológicos ou genéticos**: Crianças com histórico familiar de distúrbios do desenvolvimento, distrofias musculares ou síndromes genéticas devem ser avaliadas precocemente para aconselhamento genético e monitoramento.
- **Alterações no Tônus Muscular**:
  - **Hipotonia ou hipertonia**: Crianças com tônus muscular alterado, como fraqueza generalizada (hipotonia) ou rigidez muscular (hipertonia), especialmente se acompanhadas de atraso no desenvolvimento motor, devem ser avaliadas para condições neuromusculares ou neurológicas, como paralisia cerebral.
  - **Movimentos involuntários**: Presença de movimentos involuntários, como espasmos musculares ou distonias, associados ao atraso no desenvolvimento, requer investigação neurológica.
- **Infecções Congênitas ou Metabólicas**:
  - **Infecções congênitas**: Crianças com histórico de infecções congênitas, como Zika vírus, toxoplasmose, rubéola ou citomegalovírus, apresentam maior risco de atrasos no desenvolvimento e devem ser encaminhadas para avaliação neurológica e reabilitação precoce.

- **Distúrbios metabólicos**: Crianças com suspeita ou diagnóstico confirmado de distúrbios metabólicos (como fenilcetonúria, galactosemia) devem ser acompanhadas para evitar atraso de desenvolvimento por deficiência enzimática ou metabólica.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos marcos de desenvolvimento motor e cognitivo, com ênfase nos atrasos observados em habilidades motoras, fala, socialização e coordenação.
  - Histórico de complicações neonatais ou perinatais, como prematuridade, hipóxia, icterícia neonatal, ou infecções graves.
  - Presença de convulsões ou outros eventos neurológicos (como crises epilépticas ou convulsões febris).
  - Histórico familiar de distúrbios neurológicos, genéticos ou metabólicos.
- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Relatórios de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral para investigar malformações cerebrais, lesões isquêmicas ou atrofia cerebral.
  - **Avaliação metabólica e genética**, se aplicáveis: Resultados de testes metabólicos ou genéticos para identificar distúrbios subjacentes.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anticonvulsivantes, suplementos vitamínicos ou outros tratamentos em curso.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças metabólicas, infecções congênitas ou síndromes genéticas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação completa dos marcos de desenvolvimento neuropsicomotor e exame neurológico detalhado, incluindo avaliação de força muscular, tônus, reflexos, linguagem, coordenação e interações sociais.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem, laboratoriais e genéticos, podendo solicitar exames adicionais, como eletroencefalograma (EEG) para avaliar crises convulsivas ou estudos de neuroimagem mais detalhados, como RM funcional ou com contraste.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **convulsões** serão monitorados para controle adequado das crises epilépticas, com ajuste da medicação anticonvulsivante.
- Pacientes com **atrasos significativos no desenvolvimento** podem ser encaminhados para terapias multidisciplinares, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e intervenções educacionais especializadas.
- Pacientes com **distúrbios metabólicos ou genéticos** serão tratados conforme o distúrbio subjacente, com acompanhamento neurológico regular para monitorar o desenvolvimento e ajustar as intervenções terapêuticas.
- Pacientes com **atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, convulsões, distúrbios neuromusculares, ou malformações cerebrais** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado, incluindo intervenções terapêuticas multidisciplinares.

9.3.1.89. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Atraso de Desenvolvimento do Crânio / Alteração na Marcha de Origem Neurológica**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Atraso no desenvolvimento do crânio refere-se a condições em que o crescimento craniano está abaixo ou acima dos padrões normais para a idade, resultando em microcefalia (crânio menor) ou macrocefalia (crânio maior). Essas alterações podem estar relacionadas a causas neurológicas, como malformações cerebrais, síndromes genéticas, ou distúrbios metabólicos.

Alterações na marcha de origem neurológica podem ser causadas por uma variedade de distúrbios do sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal) ou do sistema nervoso periférico (nervos que controlam os músculos), como paralisia cerebral, ataxia, doenças degenerativas, ou distrofias musculares.

II. Critérios de Encaminhamento

- **Atraso de Desenvolvimento do Crânio**:
  - **Microcefalia**: Crianças com perímetro cefálico inferior ao percentil 3 para a idade e o sexo, com crescimento craniano desacelerado, devem ser encaminhadas para avaliação neurológica para investigação de causas subjacentes, como infecções congênitas, malformações ou síndromes genéticas.
  - **Macrocefalia**: Crianças com crescimento excessivo do perímetro cefálico (acima do percentil 97 para a idade e o sexo), especialmente associada a sinais

neurológicos, como aumento da pressão intracraniana, devem ser encaminhadas para investigação de hidrocefalia, tumores ou malformações do cérebro.

- **Assimetria craniana**: Presença de assimetrias no desenvolvimento craniano (plagiocefalia ou craniossinostose) requer avaliação neurológica para determinar se há necessidade de intervenção cirúrgica ou acompanhamento clínico.
- **Complicações pós-trauma craniano**: Alterações no crescimento do crânio após traumatismo craniano, acompanhadas de déficit neurológico, podem indicar complicações graves, como hemorragias intracranianas ou hidrocefalia.

- **Alteração na Marcha de Origem Neurológica**:
  - **Ataxia**: Pacientes que apresentam dificuldade em manter o equilíbrio, andar de maneira instável ou apresentar passos amplos e descoordenados devem ser avaliados para doenças cerebelares, como ataxia cerebelar congênita ou adquirida.
  - **Marcha espástica**: Crianças com marcha caracterizada por rigidez e aumento do tônus muscular, como visto em paralisia cerebral espástica ou mielopatias, requerem avaliação neurológica detalhada para diagnóstico e manejo.
  - **Marcha instável ou descoordenada**: Crianças ou adultos com dificuldade para andar, tropeçando frequentemente, arrastando os pés ou apresentando passos curtos e rígidos podem ter distúrbios neurológicos, como doenças neurodegenerativas (doença de Parkinson, ataxia hereditária).
  - **Distúrbios da marcha em crianças**: Crianças com dificuldades para caminhar, com atraso significativo no início da marcha (após 18 meses), fraqueza muscular ou desequilíbrio devem ser avaliadas para distúrbios como distrofias musculares ou neuropatias hereditárias.
  - **Marcha festinante**: Pacientes com passos rápidos e curtos, inclinação para frente e dificuldade em iniciar ou parar o movimento podem apresentar doenças neurodegenerativas, como Parkinsonismo.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do desenvolvimento do crânio, com medidas regulares do perímetro cefálico e marcos de crescimento craniano.
  - Histórico de atraso motor, como dificuldade para sentar, engatinhar ou andar, e descrição detalhada da marcha (espástica, ataxia, festinante, etc.).

- História familiar de doenças neurológicas, malformações congênitas, distúrbios genéticos ou metabólicos.
- Presença de convulsões, alterações no comportamento, dificuldades cognitivas ou outros sinais neurológicos.
- Histórico de trauma craniano ou infecções congênitas.

- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Resultados de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral, para avaliar malformações, hidrocefalia, ou lesões intracranianas.
  - **Exames metabólicos ou genéticos**, se aplicáveis: Avaliação de distúrbios metabólicos, como erros inatos do metabolismo, ou testes genéticos para investigar síndromes associadas ao desenvolvimento anormal do crânio.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anticonvulsivantes, tratamentos para controle de hipertensão intracraniana ou outros medicamentos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças metabólicas, infecções congênitas, síndromes genéticas, ou distúrbios neurodegenerativos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica completa do crescimento craniano e exame neurológico detalhado, com foco na coordenação motora, força muscular, equilíbrio e padrão de marcha.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem e laboratoriais e poderá solicitar exames adicionais, como ressonância magnética com contraste, eletroneuromiografia (ENMG), ou estudos genéticos.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **alterações significativas no desenvolvimento craniano** serão avaliados para necessidade de intervenção cirúrgica, como em casos de craniossinostose, ou de tratamento clínico, como em hidrocefalia.
  - Pacientes com **alterações na marcha** receberão terapias específicas, como fisioterapia motora, tratamento para doenças neurodegenerativas (Parkinsonismo), ou tratamento cirúrgico (para casos de espasticidade grave).
  - Pacientes com **atraso no desenvolvimento do crânio** ou **alterações na marcha de origem neurológica** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

- Esse é o protocolo para **Atraso de Desenvolvimento do Crânio e Alteração na Marcha de Origem Neurológica**. Caso precise de mais informações ou outro protocolo, estou à disposição!

9.3.1.90. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Paralisia Facial Periférica**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Paralisia facial periférica é uma condição que afeta o nervo facial (nervo craniano VII), resultando em fraqueza ou paralisia dos músculos de um lado do rosto. A forma mais comum é a **paralisia de Bell**, mas também pode estar associada a traumas, infecções, tumores, doenças autoimunes ou doenças sistêmicas. Pacientes com paralisia facial devem ser encaminhados para avaliação neurológica para diagnóstico e tratamento adequados, especialmente para descartar causas secundárias graves.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Paralisia de Bell (Idiopática)**:
  - **Início súbito de fraqueza facial unilateral**: Paralisia súbita de um lado do rosto, com dificuldade para fechar o olho, elevar a sobrancelha ou sorrir, sugere paralisia de Bell. O paciente deve ser encaminhado para neurologia para diagnóstico e manejo inicial, que pode incluir corticosteroides e acompanhamento clínico.
  - **Perda de função sensorial e motora**: Além da fraqueza muscular, o paciente pode apresentar perda de sensibilidade gustativa nos dois terços anteriores da língua e hiperacusia (audição sensível a sons altos).
- **Paralisia Facial Secundária**:
  - **Trauma**: Paralisia facial após trauma craniofacial, especialmente fraturas do osso temporal ou traumas diretos ao nervo facial, requer avaliação neurológica urgente para verificar a extensão do dano e considerar intervenções cirúrgicas.
  - **Infecções**: Paralisia facial associada a infecções, como **herpes zoster** (síndrome de Ramsay Hunt), **otite média** ou **infecções do ouvido**, requer avaliação neurológica e tratamento específico, como antivirais ou antibióticos.

- **Doenças autoimunes**: Pacientes com doenças autoimunes, como **síndrome de Guillain-Barré** ou **sarcoidose** (síndrome de Heerfordt), que desenvolvem paralisia facial, devem ser encaminhados para avaliação especializada.
- **Tumores**: A paralisia facial gradual ou progressiva, especialmente se acompanhada de perda auditiva ou outros déficits neurológicos, pode estar associada a tumores no ângulo ponto-cerebelar (como neuroma acústico ou meningioma) e requer avaliação urgente com exames de imagem, como ressonância magnética.

- **Sintomas Associados**:
  - **Diplopia ou fraqueza em outros nervos cranianos**: A paralisia facial associada a outros déficits neurológicos, como paralisia de outros nervos cranianos (III, IV, VI), deve levantar suspeita de uma lesão no tronco cerebral e requer avaliação neurológica imediata.
  - **Sinais de infecção sistêmica**: Febre, mal-estar geral, dor no ouvido ou lesões vesiculares (como em herpes zoster) associados à paralisia facial podem indicar uma causa infecciosa subjacente e devem ser investigados.
- **Paralisia Facial Recorrente**:
  - **Episódios recorrentes de paralisia facial**: Pacientes que apresentam múltiplos episódios de paralisia facial periférica devem ser avaliados para doenças subjacentes, como esclerose múltipla, síndrome de Melkersson-Rosenthal ou sarcoidose.
- **Paralisia Facial Bilateral**:
  - **Paralisia facial bilateral**: Pacientes com fraqueza facial bilateral devem ser avaliados com urgência, pois essa condição pode estar associada a doenças graves, como síndrome de Guillain-Barré, sarcoidose ou doença de Lyme.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do início e evolução da fraqueza facial, incluindo se foi de início súbito ou gradual.
  - Presença de sintomas associados, como dor no ouvido, perda de audição, zumbido, visão dupla, dor de cabeça, ou febre.
  - História de infecções recentes, como herpes zoster, infecções de ouvido, ou condições autoimunes.

- Histórico de traumas craniofaciais, cirurgia ou intervenções recentes que possam ter afetado o nervo facial.
- Episódios anteriores de paralisia facial ou sintomas neurológicos.

- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC) para investigar lesões compressivas, tumores ou fraturas que possam afetar o nervo facial.
  - **Exames sorológicos**, se aplicáveis: Testes para infecções, como herpes zoster, Lyme, ou sífilis, se houver suspeita de causa infecciosa.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antivirais, corticosteroides ou outros medicamentos que o paciente esteja utilizando.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes mellitus (que pode predispor a paralisia facial), hipertensão arterial ou doenças autoimunes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação neurológica completa com foco na função motora e sensorial do nervo facial, avaliação de outros nervos cranianos e possíveis déficits neurológicos. Exame físico completo para avaliar sinais de infecção, lesões na pele ou trauma.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo solicitar testes adicionais, como eletroneuromiografia (ENMG) para avaliar a condução nervosa. Em casos de paralisia facial secundária, a investigação da causa subjacente será feita de acordo com a suspeita clínica.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **paralisia de Bell** serão tratados com corticosteroides e antivirais (se houver suspeita de infecção viral), com acompanhamento neurológico para monitorar a recuperação.
  - Pacientes com **paralisia facial secundária** a trauma, infecção ou tumores serão encaminhados para tratamentos específicos, como cirurgia ou tratamentos antivirais/antibióticos.
  - Pacientes com **paralisia facial bilateral ou recorrente** serão avaliados para condições autoimunes ou neuroinflamatórias, como síndrome de Guillain-Barré ou sarcoidose, e tratados de acordo com a condição subjacente.
  - Pacientes com **paralisia facial periférica, associada a trauma, infecções, doenças autoimunes ou tumores** serão **encaminhados para regulação** para

avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.91. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Cefaleia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Cefaleia é um sintoma comum que pode ter uma ampla gama de causas, desde benignas até condições graves que requerem intervenção imediata. As cefaleias podem ser primárias (enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleia em salvas) ou secundárias a doenças subjacentes (como tumores, aneurismas, infecções). Pacientes com cefaleias frequentes, incapacitantes ou acompanhadas de sinais neurológicos de alerta devem ser encaminhados para avaliação neurológica para diagnóstico e tratamento adequados.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Cefaleia Primária (Enxaqueca, Cefaleia Tensional, Cefaleia em Salvas)**:
  - **Enxaqueca com aura ou sem aura**: Pacientes com crises recorrentes de cefaleia unilateral, pulsátil, associada a náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia, com ou sem aura (alterações visuais, parestesias) devem ser encaminhados para controle especializado.
  - **Cefaleia tensional crônica**: Pacientes com cefaleias recorrentes de característica tensional (dor bilateral, em pressão ou aperto) que não respondem ao tratamento de primeira linha devem ser avaliados para manejo neurológico.
  - **Cefaleia em salvas**: Pacientes com cefaleias intensas, unilaterais, geralmente ao redor dos olhos, associadas a sintomas autonômicos (lacrimejamento, congestão nasal, miose), devem ser encaminhados para neurologia para manejo especializado.
- **Cefaleia Secundária**:
  - **Cefaleia de início súbito (Cefaleia em trovoada)**: Pacientes que desenvolvem uma cefaleia intensa e abrupta (pico de dor em menos de um minuto) devem ser investigados para condições graves, como hemorragia subaracnoide ou dissecção arterial, e necessitam de avaliação neurológica urgente.
  - **Cefaleia associada a sinais de alerta (Red Flags)**:
  - **Alteração neurológica focal**: Cefaleia acompanhada de fraqueza em um lado do corpo, perda visual ou alteração da fala, sugere a possibilidade de acidente

vascular cerebral (AVC), tumor ou lesão expansiva e requer avaliação neurológica urgente.

- **Febre e rigidez de nuca**: Cefaleia com febre e rigidez de nuca pode ser indicativa de meningite e requer investigação imediata.
- **Papiledema**: A presença de papiledema ao exame físico sugere aumento da pressão intracraniana e requer investigação para causas como hipertensão intracraniana idiopática, tumores ou hidrocefalia.
- **Cefaleia nova em paciente com mais de 50 anos**: Cefaleia em pacientes com mais de 50 anos, especialmente se associada a sintomas sistêmicos (perda de peso, febre) ou sensibilidade no couro cabeludo, pode indicar arterite temporal ou outras condições vasculíticas e requer avaliação especializada.
- **Cefaleia crônica diária ou progressiva**: Pacientes com cefaleias diárias e progressivas, que pioram com o tempo e não respondem ao tratamento habitual, devem ser avaliados para descartar causas secundárias, como tumores, hipertensão intracraniana ou infecções.

- **Cefaleia Pós-Trauma**:
  - **Cefaleia persistente após traumatismo craniano**: Pacientes que desenvolvem cefaleias persistentes após trauma craniano, especialmente se acompanhadas de déficits neurológicos, perda de consciência ou sinais de aumento da pressão intracraniana, devem ser encaminhados para avaliação neurológica e investigação com exames de imagem.
- **Cefaleia Induzida por Medicamentos ou Uso Excessivo de Medicamentos**:
  - **Cefaleia por uso excessivo de analgésicos**: Pacientes que fazem uso frequente de analgésicos (mais de 15 dias por mês) e desenvolvem cefaleias recorrentes devem ser avaliados para manejo da cefaleia por abuso de medicamentos.
  - **Cefaleia associada a medicamentos**: Pacientes que desenvolvem cefaleia após o início de novos medicamentos, como nitratos, contraceptivos orais ou medicações para hipertensão, devem ser avaliados para ajuste do tratamento.
- **Cefaleia Associada a Alterações Visuais ou Auditivas**:
  - **Cefaleia com perda visual**: Cefaleia acompanhada de perda súbita da visão, visão embaçada, ou outros distúrbios visuais, pode estar associada a condições como neurite óptica, trombose venosa central da retina ou aumento da pressão intracraniana.

- **Cefaleia com zumbido pulsátil**: Pacientes com cefaleia acompanhada de zumbido pulsátil (sensação de ouvir os batimentos cardíacos no ouvido) devem ser avaliados para malformações arteriovenosas, dissecções arteriais ou hipertensão intracraniana idiopática.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das características da cefaleia (localização, intensidade, duração, fatores desencadeantes e aliviadores, sintomas associados).
  - História de traumas cranianos, infecções recentes, uso de medicamentos e abuso de analgésicos.
  - Sinais de alerta (alterações neurológicas, febre, rigidez de nuca, papiledema).
  - Histórico familiar de cefaleias ou doenças neurológicas.
- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) para investigação de lesões intracranianas, tumores ou malformações vasculares.
  - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Hemograma, função renal, eletrólitos, testes de função hepática, avaliação para doenças inflamatórias (como arterite temporal) ou infecções.
  - **Exames oftalmológicos**, se aplicáveis: Exame de fundo de olho para verificar papiledema ou lesões na retina.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de analgésicos, triptanos, betabloqueadores, ou outros medicamentos utilizados no manejo das cefaleias.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão arterial, doenças autoimunes ou infecções recentes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada das características da cefaleia e exame neurológico completo, com foco em sinais de alerta (papiledema, déficits neurológicos focais, rigidez de nuca). Avaliação dos fatores desencadeantes e exame físico geral.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e de imagem e poderá solicitar exames adicionais, como ressonância magnética cerebral com

contraste, punção lombar (para avaliação da pressão do líquor) ou angio-TC para investigar possíveis causas vasculares.

- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **cefaleias primárias** (enxaqueca, cefaleia tensional, cefaleia em salvas) receberão tratamento preventivo e de alívio, com ajuste de medicações conforme necessário.
    - Pacientes com **cefaleias secundárias** a condições graves, como tumores, aneurismas ou infecções, serão encaminhados para intervenções específicas, como cirurgia, radioterapia ou tratamento antimicrobiano.
    - Pacientes com **cefaleia crônica** relacionada ao abuso de analgésicos serão orientados sobre a interrupção gradual do uso e receberão terapias alternativas para controle da dor.
    - Pacientes com **cefaleia de origem primária ou secundária, associada a sinais de alerta ou com evolução progressiva**, serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.92. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Demências**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Demência é uma síndrome caracterizada por declínio progressivo das funções cognitivas, que afeta a memória, o raciocínio, o julgamento, a linguagem e o comportamento, comprometendo a capacidade do indivíduo de realizar suas atividades diárias. As demências podem ser causadas por várias doenças, como a doença de Alzheimer, demência vascular, demência com corpos de Lewy, e outras condições neurodegenerativas. O encaminhamento para neurologia é essencial para o diagnóstico, manejo e planejamento terapêutico adequados.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Declínio Cognitivo Progressivo**:
    - **Perda de memória**: Pacientes com declínio progressivo da memória recente ou remota, que afeta a capacidade de realizar atividades diárias, devem ser encaminhados para avaliação de demência, especialmente se houver associação com desorientação temporal e espacial.

- **Comprometimento de funções executivas**: Pacientes com dificuldade em planejar, tomar decisões, resolver problemas ou realizar tarefas sequenciais também podem estar apresentando declínio cognitivo que requer investigação.
- **Alterações de linguagem**: Pacientes com dificuldades progressivas em nomear objetos, formar frases ou compreender a linguagem devem ser avaliados para possíveis síndromes demenciais, como afasia progressiva primária.

- **Alterações de Comportamento e Personalidade**:
  - **Mudanças comportamentais**: Pacientes com mudanças significativas no comportamento ou personalidade, como apatia, desinibição, agressividade, ou impulsividade, podem estar desenvolvendo demências frontotemporais ou outras condições neurodegenerativas.
  - **Alucinações ou delírios**: Pacientes com alucinações visuais, delírios ou outros sintomas psiquiátricos novos e progressivos, especialmente em associação com perda cognitiva, devem ser investigados para demência com corpos de Lewy ou outras causas secundárias de demência.
  - **Desinibição social ou comportamentos inapropriados**: Mudanças sociais, como comportamentos inadequados, podem ser indicativos de demência frontotemporal.
- **Alterações Motoras e Neurológicas Associadas**:
  - **Paralisia pseudobulbar**: Pacientes com demência e dificuldade em controlar as emoções (riso ou choro inapropriados) associados a disartria ou disfagia devem ser avaliados para demência vascular ou doença do neurônio motor.
  - **Parkinsonismo**: Presença de tremores, rigidez, bradicinesia (lentidão dos movimentos) e alterações posturais em associação com demência pode indicar demência com corpos de Lewy ou demência associada à doença de Parkinson.
  - **Instabilidade e quedas**: Pacientes com quedas frequentes associadas ao declínio cognitivo podem estar desenvolvendo demência vascular ou condições neurodegenerativas, como a paralisia supranuclear progressiva.
- **Declínio Cognitivo Rápido**:
  - **Demência de início rápido**: Pacientes que apresentam deterioração cognitiva rápida em semanas ou meses, com progressão acelerada dos sintomas, devem ser avaliados para causas secundárias graves, como doenças prionicas (doença de Creutzfeldt-Jakob), encefalites autoimunes, ou neoplasias.

- **Demência associada a doenças infecciosas**: Pacientes com história de infecções do sistema nervoso central (como HIV, sífilis ou doenças virais) devem ser investigados para causas infecciosas de demência.

- **Histórico Familiar de Doença Neurodegenerativa**:
  - **História familiar de demência**: Pacientes com histórico familiar de demência precoce (antes dos 65 anos) ou doenças neurodegenerativas hereditárias devem ser avaliados para formas genéticas de demência, como doença de Alzheimer familiar ou distúrbios associados a mutações genéticas (por exemplo, doença de Huntington).
- **Demência Secundária a Condições Sistêmicas**:
  - **Demência associada a doenças metabólicas**: Pacientes com doenças metabólicas, como hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, ou distúrbios do metabolismo do cobre (como na doença de Wilson), que apresentam declínio cognitivo, devem ser encaminhados para investigação de causas reversíveis de demência.
  - **Demência por uso de substâncias ou medicamentos**: Pacientes com declínio cognitivo associado ao uso prolongado de álcool, drogas ou medicações (como benzodiazepínicos) devem ser avaliados para possíveis efeitos neurotóxicos.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do declínio cognitivo (memória, linguagem, funções executivas, orientação) e sua evolução ao longo do tempo.
  - Mudanças no comportamento ou personalidade, presença de alucinações, delírios ou sintomas psiquiátricos associados.
  - História de doenças neurológicas prévias, infecções, doenças metabólicas ou uso crônico de medicamentos ou substâncias.
  - Histórico familiar de doenças neurodegenerativas ou distúrbios cognitivos.
- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC) cerebral para investigar atrofia cortical, lesões isquêmicas, hidrocefalia ou outras anormalidades estruturais.

- **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Avaliação de função tireoidiana, níveis de vitamina B12, sorologias para sífilis e HIV, ou outros testes metabólicos conforme a suspeita clínica.
- **Exames neuropsicológicos**: Se disponíveis, resultados de testes neuropsicológicos para avaliação de funções cognitivas específicas (memória, atenção, linguagem, funções executivas).

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos como antipsicóticos, antidepressivos ou anticonvulsivantes.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes, hipertensão arterial, doenças vasculares, ou histórico de infecções.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do declínio cognitivo com ênfase nas funções afetadas (memória, funções executivas, linguagem), exame neurológico completo com foco em sinais de parkinsonismo, marcha, tremores e reflexos anormais.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e de imagem e pode solicitar exames adicionais, como punção lombar para avaliação de biomarcadores de Alzheimer ou encefalites, ou exames genéticos para doenças hereditárias. Testes neuropsicológicos serão usados para avaliar a extensão do comprometimento cognitivo.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **doença de Alzheimer** receberão tratamento com inibidores da acetilcolinesterase (donepezila, rivastigmina) ou antagonistas de receptores NMDA (memantina), e o manejo será ajustado de acordo com a progressão da doença.
  - Pacientes com **demência vascular** serão tratados com foco na prevenção de novos eventos vasculares (controle de hipertensão, diabetes e dislipidemia).
  - Pacientes com **demência com corpos de Lewy ou demência associada ao Parkinson** serão tratados com terapias específicas para controle dos sintomas motores e psiquiátricos, evitando medicações que pioram os sintomas, como antipsicóticos.
  - Pacientes com **demência progressiva, sintomas comportamentais, motores ou psiquiátricos associados** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.93. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Convulsão e Epilepsia**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Convulsões são eventos neurológicos caracterizados por descargas elétricas anormais no cérebro, que podem resultar em movimentos involuntários, perda de consciência e outras manifestações clínicas. Quando as convulsões são recorrentes e não provocadas, a condição é conhecida como **epilepsia**. Pacientes com convulsões recorrentes, não controladas ou de início recente devem ser encaminhados para avaliação neurológica para diagnóstico, controle e tratamento apropriados.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Convulsões de Início Recente**:
  - **Primeira crise convulsiva não provocada**: Pacientes que apresentaram sua primeira convulsão sem uma causa aparente (como febre, trauma ou intoxicação) devem ser encaminhados para investigação neurológica para avaliar possíveis causas subjacentes e o risco de recorrência.
  - **Crises epilépticas recorrentes**: Pacientes que apresentam mais de uma convulsão não provocada em um período de 24 horas ou convulsões recorrentes em curto intervalo de tempo devem ser avaliados para diagnóstico de epilepsia e início de tratamento.
- **Convulsões com Sinais de Alerta**:
  - **Convulsões focais com ou sem generalização**: Pacientes com convulsões que começam em uma área específica do cérebro (convulsões focais), especialmente se associadas a sintomas neurológicos focais (como fraqueza, dificuldade de fala, ou perda de visão), devem ser investigados para lesões estruturais no cérebro, como tumores, malformações arteriovenosas ou cicatrizes pós-traumáticas.
  - **Convulsões prolongadas ou status epiléptico**: Pacientes com convulsões prolongadas (>5 minutos) ou status epiléptico (convulsões contínuas ou repetidas sem recuperação completa entre os episódios) requerem avaliação urgente e controle hospitalar.
- **Epilepsia Refratária**:
  - **Convulsões não controladas com medicamentos**: Pacientes que continuam a ter convulsões apesar do uso adequado de medicamentos antiepilépticos (dose e

combinação adequadas) devem ser encaminhados para avaliação neurológica especializada para ajuste de tratamento ou indicação de cirurgia de epilepsia.

- **Epilepsia farmacorresistente**: Pacientes que não respondem a pelo menos dois medicamentos antiepilépticos, administrados de forma adequada, devem ser avaliados para epilepsia farmacorresistente e podem ser candidatos à cirurgia ou terapias alternativas, como dieta cetogênica ou estimulação do nervo vago.

- **Convulsões em Populações Específicas**:
  - **Crianças com crises febris complexas**: Crianças com crises febris prolongadas, focais, ou múltiplas dentro de 24 horas, devem ser investigadas para avaliar risco de epilepsia e outras condições neurológicas.
  - **Epilepsia em idosos**: Pacientes com início tardio de convulsões (após os 60 anos) devem ser investigados para causas secundárias, como tumores, AVCs, ou doenças degenerativas.
  - **Mulheres com epilepsia e gravidez**: Mulheres com epilepsia que planejam engravidar ou estão grávidas precisam de acompanhamento especializado para ajuste de medicamentos, visando evitar crises e minimizar os riscos ao feto.
- **Convulsões Provocadas**:
  - **Convulsões provocadas por traumas cranianos ou infecções**: Pacientes que desenvolvem convulsões após trauma craniano, meningite, encefalite ou outras infecções do sistema nervoso central devem ser avaliados para o risco de epilepsia secundária.
  - **Convulsões relacionadas ao uso de drogas ou álcool**: Pacientes com convulsões provocadas por abstinência de álcool ou uso de substâncias devem ser encaminhados para avaliação de controle de crises e manejo de comorbidades associadas.
- **Convulsões Associadas a Outras Condições Neurológicas**:
  - **Doenças neurodegenerativas**: Pacientes com epilepsia associada a condições neurodegenerativas, como Alzheimer ou esclerose múltipla, devem ser acompanhados para controle das crises e monitoramento da progressão da doença.
  - **Convulsões secundárias a malformações ou lesões cerebrais**: Pacientes com lesões cerebrais congênitas, como malformações corticais, ou adquiridas, como cicatrizes pós-traumáticas, devem ser avaliados para risco de epilepsia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das características da crise (focal ou generalizada, duração, sintomas associados), número de episódios e fatores desencadeantes.
  - Uso atual de medicações antiepilépticas e resposta ao tratamento.
  - Presença de traumas, infecções, uso de substâncias ou outras condições neurológicas.
  - História familiar de epilepsia ou outros distúrbios neurológicos.
- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral para investigar lesões estruturais (tumores, malformações, lesões pós-traumáticas).
  - **Eletroencefalograma (EEG)**: Resultados de EEG para identificar padrões epilépticos ou anormalidades cerebrais relacionadas a crises.
  - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Níveis séricos de eletrólitos, glicose, exames de função hepática e renal, ou exames toxicológicos, dependendo da suspeita clínica.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antiepilépticos (nomes, doses, e resposta ao tratamento).
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças infecciosas, degenerativas ou metabólicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica detalhada das características das convulsões e exame neurológico completo. Investigar sinais de lesões focais ou outros sintomas neurológicos associados.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem, laboratoriais e o EEG. Podem ser solicitados exames adicionais, como RM funcional ou monitoramento contínuo com EEG em ambiente hospitalar, para melhor caracterização das crises.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **convulsões controladas** serão acompanhados para otimização do tratamento e monitoramento de efeitos colaterais dos antiepilépticos.
- Pacientes com **epilepsia refratária** ou convulsões não controladas serão avaliados para terapias alternativas (dieta cetogênica, estimulação do nervo vago) ou cirurgia de epilepsia.

- Pacientes com **convulsões secundárias a causas identificáveis** (como tumores ou malformações) serão encaminhados para tratamento cirúrgico ou específico para a causa subjacente.
- Pacientes com **convulsões de início recente, epilepsia refratária, ou convulsões secundárias a outras condições neurológicas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.94. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Síncope e Perda Transitória de Consciência (PTC)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Síncope e **Perda Transitória de Consciência (PTC)** são eventos em que o paciente perde temporariamente a consciência e o tônus postural, seguido de recuperação espontânea. A síncope geralmente é causada por diminuição temporária do fluxo sanguíneo cerebral (hipoperfusão), enquanto a perda transitória de consciência pode ter causas neurológicas, cardíacas, metabólicas ou psicogênicas. Pacientes que apresentam síncope ou PTC devem ser encaminhados para avaliação neurológica para identificar a causa subjacente e evitar episódios futuros.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Síncope Neurológica ou Síncope Reflexa (Vasovagal)**:
  - **Síncope de origem neurológica**: Pacientes com suspeita de causas neurológicas, como convulsões (crises epilépticas), enxaquecas basilares ou malformações arteriovenosas, devem ser encaminhados para avaliação neurológica detalhada.
  - **Síncope vasovagal recorrente**: Pacientes com episódios frequentes de síncope vasovagal (associada a fatores desencadeantes como dor, medo, ou ortostatismo prolongado) e que não respondem às orientações iniciais devem ser avaliados para outras causas subjacentes.
  - **Síncope situacional**: Síncope associada a situações específicas (como tosse, deglutição, ou micção) requer investigação para causas neurológicas ou autonômicas.
- **Síncope Cardíaca ou Cardiovascular**:

- **Síncope associada a doenças cardíacas**: Pacientes com síncope acompanhada de sintomas cardíacos (dor torácica, palpitações, arritmias) devem ser inicialmente avaliados por cardiologia, mas também podem necessitar de avaliação neurológica se houver suspeita de causas neurológicas associadas.
- **Síncope de esforço**: Pacientes que desmaiam durante ou imediatamente após o esforço físico devem ser investigados para causas cardiovasculares e neurológicas.

- **Síncope de Início Súbito ou Síncope de Alto Risco**:
  - **Síncope de início súbito**: Pacientes com perda de consciência súbita, sem sintomas prodrômicos, especialmente se acompanhada de convulsões, fraqueza unilateral, ou alterações neurológicas focais, devem ser avaliados para causas graves, como acidente vascular cerebral (AVC), crises epilépticas ou tumores cerebrais.
  - **Síncope com traumatismo associado**: Pacientes que sofreram traumatismo craniano durante o episódio de síncope ou PTC devem ser investigados para concussão, hemorragia intracraniana, ou lesões associadas.
- **Perda Transitória de Consciência (PTC) com Convulsões**:
  - **Perda de consciência com movimentos convulsivos**: Pacientes que apresentam perda de consciência acompanhada de movimentos involuntários (tônico-clônicos, sacudidas, ou rigidez corporal) devem ser investigados para crises epilépticas e distúrbios neurológicos associados.
  - **PTC com incontinência urinária ou mordedura de língua**: Episódios de PTC acompanhados de incontinência ou mordedura da língua são altamente sugestivos de convulsões epilépticas e requerem investigação neurológica imediata.
- **Síncope Psicogênica**:
  - **Síncope com fatores emocionais ou psicogênicos**: Pacientes com episódios de perda de consciência desencadeados por estresse emocional intenso, sem causa física aparente, devem ser avaliados para distúrbios psicogênicos, como crise de pânico ou transtornos conversivos.
- **Síncope Recorrente**:
  - **Síncope recorrente sem causa identificada**: Pacientes com episódios repetidos de síncope ou PTC, sem diagnóstico claro após avaliação inicial (incluindo exames cardíacos e laboratoriais normais), devem ser encaminhados para investigação neurológica mais aprofundada, como monitoramento eletroencefalográfico (EEG) ou ressonância magnética (RM) cerebral.

- **Síncope Associada a Deficiências Neurológicas Focais**:
    - **Déficits neurológicos após PTC**: Pacientes que, após um episódio de perda de consciência, apresentam déficits neurológicos focais (como fraqueza em um lado do corpo, perda de fala, ou visão turva) devem ser investigados para acidente vascular cerebral (AVC), ataques isquêmicos transitórios (AITs) ou lesões cerebrais estruturais.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição dos eventos de síncope ou perda de consciência, incluindo fatores desencadeantes, duração, sintomas prodrômicos (como tontura, palpitações, visão turva) e recuperação após o evento.
    - Presença de sintomas neurológicos associados, como fraqueza, alterações de fala, convulsões ou sintomas focais.
    - História de doenças cardíacas, uso de medicações e exposição a fatores de risco.
    - Histórico familiar de síncope, doenças cardíacas ou neurológicas.
- **Exames realizados**:
    - **Exames de imagem**, se realizados: Resultados de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral para investigação de causas neurológicas, como lesões isquêmicas, malformações ou tumores.
    - **Eletroencefalograma (EEG)**: Se realizado, anexar resultados do EEG para avaliação de crises epilépticas ou anormalidades cerebrais.
    - **Exames cardíacos**, se aplicáveis: Eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma ou testes de Holter para excluir causas cardíacas, como arritmias ou cardiopatias estruturais.
    - **Exames laboratoriais**: Glicemia, eletrólitos e exames de função renal e hepática para descartar causas metabólicas de síncope.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos cardiovasculares, anticonvulsivantes, ou outras medicações relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas ou neurológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica detalhada da síncope ou perda de consciência, incluindo exame neurológico completo e verificação de sinais cardíacos e vasculares. Investigação de fatores desencadeantes e avaliação de risco.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem, laboratoriais e o EEG, e poderá solicitar exames adicionais, como ressonância magnética cerebral com contraste, monitoramento contínuo com EEG ou testes autonômicos para investigar disfunções do sistema nervoso autônomo.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **síncope neurológica** (convulsões, crises epilépticas) receberão tratamento com anticonvulsivantes e acompanhamento para controle das crises.
    - Pacientes com **síncope reflexa** ou vasovagal serão orientados sobre medidas de prevenção, como hidratação e manejo postural, e podem receber medicações específicas se necessário.
    - Pacientes com **síncope cardíaca** serão encaminhados para avaliação cardiológica e manejo adequado, enquanto causas neurológicas serão investigadas se houver suspeita.
    - Pacientes com **síncope de origem neurológica, recorrente ou com sinais de alerta associados** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.95. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Tremor e Síndromes Parkinsonianas**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Tremor é uma movimentação rítmica involuntária de uma ou mais partes do corpo, com várias causas, incluindo distúrbios neurológicos, metabólicos, ou medicamentosos. As **síndromes parkinsonianas** são um grupo de doenças neurológicas que causam sintomas como tremor, rigidez muscular, bradicinesia (lentidão de movimentos) e instabilidade postural. A mais comum é a **Doença de Parkinson**, mas outras condições podem apresentar sintomas semelhantes. Pacientes com tremor ou sintomas parkinsonianos devem ser encaminhados para avaliação neurológica para diagnóstico e manejo apropriado.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Tremor Essencial**:

- **Tremor de ação ou postural**: Pacientes com tremor que ocorre durante a realização de atividades (escrever, segurar objetos) ou ao manter uma postura fixa (estender as mãos) devem ser avaliados para tremor essencial. Esse tipo de tremor é geralmente simétrico e não está associado a outros sintomas neurológicos.
- **Tremor de longa duração**: Pacientes com tremor essencial há vários anos, especialmente se piora ao longo do tempo, devem ser acompanhados para ajuste de medicações e para avaliar impacto funcional.

- **Doença de Parkinson**:
  - **Tremor em repouso**: Tremor unilateral ou assimétrico que ocorre em repouso e melhora com o movimento ativo é característico da doença de Parkinson e deve ser investigado. O tremor geralmente afeta as mãos, mas pode acometer outras partes do corpo.
  - **Bradicinesia (lentidão de movimentos)**: Pacientes com dificuldade progressiva em iniciar ou executar movimentos, como caminhar ou escrever, devem ser investigados para a doença de Parkinson.
  - **Rigidez muscular**: Pacientes que apresentam rigidez nos músculos, especialmente nos braços e pernas, com sensação de "engessamento" nos movimentos, devem ser avaliados para a doença de Parkinson.
  - **Instabilidade postural**: Dificuldade em manter o equilíbrio, quedas frequentes e postura encurvada são sintomas de fases mais avançadas da doença de Parkinson.
  - **Resposta a levodopa**: Pacientes com sintomas parkinsonianos que mostram melhora significativa com o uso de levodopa ou outros medicamentos dopaminérgicos devem ser avaliados para confirmação de diagnóstico de Parkinson.
- **Síndromes Parkinsonianas Atípicas**:
  - **Paralisia supranuclear progressiva (PSP)**: Pacientes com rigidez muscular, bradicinesia, tremor, e instabilidade postural, especialmente associados a dificuldades para mover os olhos (movimentos oculares verticais prejudicados), devem ser avaliados para PSP.
  - **Atrofia de múltiplos sistemas (AMS)**: Pacientes com sintomas parkinsonianos acompanhados de disfunções autonômicas (como hipotensão ortostática, disfunção urinária ou intestinal) devem ser investigados para atrofia de múltiplos sistemas.

- **Demência com corpos de Lewy**: Pacientes com sintomas parkinsonianos, especialmente tremor e rigidez, associados a alucinações visuais, flutuações cognitivas e distúrbios do sono, devem ser investigados para demência com corpos de Lewy.
- **Degeneração corticobasal**: Pacientes com rigidez assimétrica, tremor, e perda progressiva da função de um membro (síndrome do "membro alienígena") devem ser investigados para degeneração corticobasal.

- **Tremor Induzido por Medicamentos**:
  - **Uso de medicamentos**: Pacientes que apresentam tremor após o uso de medicamentos, como antipsicóticos, antidepressivos, ou broncodilatadores, devem ser avaliados para tremor induzido por medicamentos ou síndromes parkinsonianas secundárias.
  - **Tremor causado por substâncias**: Pacientes com tremor após ingestão crônica de álcool ou em abstinência alcoólica devem ser investigados para tremor induzido por substâncias.
- **Tremor Cerebelar ou Neuropático**:
  - **Tremor intencional**: Tremor que aumenta ao se aproximar do alvo (ao tentar tocar um objeto, por exemplo) é sugestivo de tremor cerebelar e requer investigação de lesões cerebelares, como esclerose múltipla, AVCs ou malformações congênitas.
  - **Tremor neuropático**: Pacientes com tremor associado a neuropatias periféricas (sensação de dormência, fraqueza muscular) devem ser avaliados para distúrbios neuromusculares, como neuropatias ou distúrbios metabólicos.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do tremor (em repouso, de ação, intencional), localização, frequência e fatores que exacerbam ou aliviam os sintomas.
  - Presença de outros sintomas neurológicos, como bradicinesia, rigidez muscular, instabilidade postural, ou disfunções autonômicas.
  - Uso de medicações ou substâncias que possam estar associadas ao desenvolvimento de tremor.
  - Histórico familiar de tremores ou doenças neurológicas.
- **Exames realizados**:

- **Exames de imagem**, se realizados: Resultados de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral para investigar lesões cerebrais, como AVCs, tumores, ou lesões cerebelares.
- **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Avaliação de distúrbios metabólicos, como função tireoidiana, eletrólitos e exames de função hepática e renal.
- **Testes genéticos**, se realizados: Para casos de tremores familiares ou síndromes parkinsonianas hereditárias.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos, como antipsicóticos, levodopa, ou outros agentes dopaminérgicos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes, hipertensão, ou doenças neurodegenerativas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica detalhada do tremor, com foco em suas características, fatores desencadeantes e sintomas associados. Exame neurológico completo, incluindo avaliação do tônus muscular, coordenação motora, e reflexos.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e de imagem e poderá solicitar exames adicionais, como monitoramento contínuo de movimento ou exames específicos, como cintilografia cerebral (DaTscan) para diferenciar a doença de Parkinson de outras condições parkinsonianas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **Doença de Parkinson** serão tratados com levodopa, agonistas dopaminérgicos, ou outras terapias, com ajustes baseados na progressão da doença.
  - Pacientes com **tremor essencial** serão tratados com betabloqueadores (propranolol), primidona ou outras terapias para reduzir o tremor.
  - Pacientes com **síndromes parkinsonianas atípicas** serão avaliados para tratamentos mais específicos, como terapias de suporte para disfunções autonômicas ou cognitivas.
  - Pacientes com **tremor farmacológico** terão seus medicamentos ajustados ou substituídos conforme necessário.
  - Pacientes com **tremor essencial, tremores induzidos por medicamentos, doença de Parkinson ou outras síndromes parkinsonianas** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.96. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Acidente Vascular Cerebral (AVC), também conhecido como derrame cerebral, é uma condição neurológica emergencial caracterizada pela interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, resultando em dano cerebral. O AVC pode ser isquêmico (causado por obstrução de uma artéria) ou hemorrágico (causado por rompimento de um vaso sanguíneo). O atendimento precoce é fundamental para reduzir as sequelas e melhorar o prognóstico.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **AVC Isquêmico**:
  - **Déficits neurológicos súbitos**: Pacientes que apresentam fraqueza ou paralisia súbita de um lado do corpo (hemiparesia), perda ou alteração da fala (afasia), perda de visão, tontura, ou falta de coordenação motora devem ser imediatamente avaliados para AVC isquêmico.
  - **Distúrbios sensoriais**: Perda súbita de sensibilidade em um lado do corpo (hemianestesia), dormência ou formigamento podem ser sinais de um AVC em andamento.
  - **Perda súbita de consciência**: Pacientes que desmaiam ou perdem a consciência de forma súbita, especialmente acompanhados de déficits neurológicos focais, devem ser investigados para AVC.
- **AVC Hemorrágico**:
  - **Cefaleia súbita e intensa**: Pacientes que relatam a "pior dor de cabeça da vida", associada a náuseas, vômitos, ou rigidez de nuca, podem estar apresentando uma hemorragia intracraniana (AVC hemorrágico) e necessitam de avaliação imediata.
  - **Convulsões**: Pacientes que desenvolvem convulsões de início recente, especialmente após trauma ou com histórico de hipertensão, devem ser investigados para hemorragia cerebral.
  - **Alterações neurológicas progressivas**: Pacientes com déficits neurológicos que se agravam ao longo de minutos ou horas podem estar sofrendo uma hemorragia intracerebral e devem ser avaliados de urgência.
- **Acidente Isquêmico Transitório (AIT)**:

- **Déficits neurológicos transitórios**: Pacientes que apresentam déficits neurológicos focais que duram menos de 24 horas, como perda temporária de força, visão, ou fala, devem ser avaliados para AIT. O AIT é um forte preditor de AVC e requer acompanhamento urgente.
- **Sintomas que resolvem espontaneamente**: Mesmo que os sintomas desapareçam, os pacientes com AIT precisam de investigação detalhada para prevenção de um AVC isquêmico maior.

- **AVC em Pacientes com Fatores de Risco**:
  - **Hipertensão, diabetes e tabagismo**: Pacientes com múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo) que apresentam sintomas neurológicos focais devem ser avaliados para AVC isquêmico ou hemorrágico.
  - **Histórico de AVC prévio**: Pacientes com história de AVC ou AIT prévio têm maior risco de recorrência e devem ser acompanhados regularmente para prevenção secundária.
- **AVC em Pacientes Jovens**:
  - **AVC em indivíduos jovens (menores de 45 anos)**: Pacientes jovens com AVC isquêmico ou hemorrágico devem ser investigados para causas incomuns de AVC, como doenças genéticas, distúrbios de coagulação, dissecações arteriais ou vasculites.
- **Sequelas Pós-AVC**:
  - **Reabilitação neurológica**: Pacientes que sofreram AVC e apresentam déficits motores, cognitivos ou de fala devem ser encaminhados para neurologia para avaliação e acompanhamento do processo de reabilitação, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.
  - **Controle de fatores de risco**: Pacientes que sofreram AVC devem ser encaminhados para acompanhamento neurológico regular, com foco na prevenção de novos eventos e controle rigoroso de fatores de risco (hipertensão, diabetes, colesterol).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Descrição dos sintomas neurológicos (fraqueza, alterações de fala, visão, equilíbrio, sensibilidade), incluindo início súbito, progressão dos sintomas e duração.
- Presença de fatores de risco cardiovascular (hipertensão, diabetes, tabagismo, colesterol elevado).
- História de eventos anteriores de AVC, AIT ou outras condições vasculares.
- Uso de medicações (anticoagulantes, antiplaquetários, anti-hipertensivos).

- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Relatórios de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral para avaliar lesões isquêmicas ou hemorrágicas, bem como angiografia cerebral para avaliar a circulação cerebral.
  - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Resultados de perfil lipídico, glicemia, creatinina, e exames de coagulação (tempo de protrombina, INR, APTT).
  - **ECG e Ecocardiograma**, se realizados: Para avaliar a função cardíaca e descartar fontes cardioembólicas (como fibrilação atrial).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anticoagulantes, antiplaquetários, antihipertensivos ou hipolipemiantes.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças cardíacas, vasculites, distúrbios de coagulação ou dissecção arterial.

Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação rápida dos sintomas neurológicos e dos fatores de risco. Realizar exame neurológico completo para identificar déficits focais e monitorar sinais de gravidade, como alteração de nível de consciência e instabilidade hemodinâmica.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames de imagem e laboratoriais e poderá solicitar exames adicionais, como angiorressonância ou angiotomografia, doppler de carótidas e vertebrais, ou monitoramento de Holter, dependendo da suspeita diagnóstica.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **AVC isquêmico** em fase aguda podem ser candidatos à trombólise intravenosa ou à trombectomia mecânica, dependendo do tempo de evolução e dos achados de imagem.
  - Pacientes com **AVC hemorrágico** podem ser encaminhados para tratamento neurocirúrgico ou controle clínico intensivo, com foco em estabilização hemodinâmica e controle da pressão intracraniana.

- Pacientes com **AIT** devem ser encaminhados para prevenção secundária com antiplaquetários, anticoagulantes (se indicado), e controle rigoroso de fatores de risco cardiovascular.
- **Reabilitação**: Pacientes com sequelas pós-AVC devem ser encaminhados para serviços de reabilitação com foco em recuperação funcional e prevenção de novas lesões.
- Pacientes com **sintomas de AVC, AIT, ou sequelas de AVC** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado, incluindo intervenção urgente, prevenção secundária e reabilitação.

9.3.1.97. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Distúrbios do Movimento (Ataxia e Coreias)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Distúrbios do movimento incluem uma ampla gama de condições neurológicas que afetam a coordenação, o controle motor e os movimentos voluntários e involuntários. A **ataxia** refere-se à incoordenação motora, enquanto as **coreias** são movimentos involuntários rápidos e irregulares. Ambas as condições podem ser causadas por doenças hereditárias, adquiridas ou degenerativas. O encaminhamento precoce para avaliação neurológica é fundamental para diagnóstico e manejo adequados.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Ataxia**:
  - **Ataxia cerebelar**: Pacientes com dificuldade para manter o equilíbrio, incoordenação motora (marcha cambaleante), tremor ao tentar realizar movimentos voluntários (tremor intencional), e dificuldades em tarefas de coordenação fina (como escrever ou pegar objetos) devem ser avaliados para ataxia cerebelar. Esta condição pode ser causada por doenças hereditárias, como a ataxia de Friedreich, ou adquiridas, como acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla ou tumores cerebelares.
  - **Ataxia sensorial**: Pacientes com perda de propriocepção (sensação de posição corporal), marcha instável, e que dependem da visão para coordenar os movimentos, devem ser avaliados para ataxia sensorial, que pode ser causada

por neuropatias periféricas, deficiência de vitamina B12 ou doenças da medula espinhal.

- **Ataxia aguda**: Pacientes que apresentam ataxia de início súbito ou progressivo rápido, acompanhada de outros sintomas neurológicos, como vertigem, náuseas, ou alterações visuais, devem ser investigados para AVC, encefalite ou intoxicação por drogas ou álcool.

- **Coreias**:
  - **Coreia de Huntington**: Pacientes com movimentos involuntários rápidos, irregulares e não repetitivos (coreia), associados a mudanças de personalidade, declínio cognitivo ou depressão, devem ser avaliados para a doença de Huntington, uma condição genética degenerativa. O diagnóstico geralmente é confirmado por testes genéticos.
  - **Coreia de Sydenham**: Pacientes jovens, especialmente após uma infecção estreptocócica (febre reumática), que desenvolvem movimentos coreicos e alterações comportamentais, devem ser avaliados para a coreia de Sydenham, que pode ser tratada com imunossupressores e antibióticos.
  - **Coreias adquiridas**: Pacientes com movimentos coreicos secundários a condições como intoxicação por drogas (antipsicóticos, contraceptivos hormonais), doenças metabólicas (hiperglicemia, hipoparatireoidismo), ou lesões estruturais no cérebro (AVC, tumores) devem ser investigados para determinar a causa subjacente.
- **Outros Distúrbios do Movimento Associados**:
  - **Distonia**: Pacientes que apresentam contrações musculares involuntárias e mantidas, resultando em posturas anormais ou torção de partes do corpo, devem ser avaliados para distonia. Isso pode ocorrer isoladamente ou em associação com outras doenças neurológicas.
  - **Mioclonias**: Pacientes com movimentos rápidos, bruscos e repentinos de grupos musculares (mioclonias), especialmente se associados a outras condições neurológicas, como epilepsia ou doenças metabólicas, devem ser investigados para síndromes mioclônicas.
  - **Movimentos coreoatetósicos**: Movimentos lentos e torcidos, que podem coexistir com coreias, devem ser avaliados para doenças como paralisia cerebral ou distúrbios metabólicos.
- **Distúrbios Hereditários e Neurodegenerativos**:

- **História familiar de distúrbios do movimento**: Pacientes com história familiar de ataxia, coreia ou outros distúrbios do movimento devem ser avaliados para condições genéticas, como a doença de Huntington, ataxia de Friedreich ou distonias hereditárias.
- **Doenças neurodegenerativas**: Pacientes com distúrbios progressivos do movimento, como tremores, rigidez ou bradicinesia, associados a distúrbios de marcha ou equilíbrio, podem ter doenças neurodegenerativas, como Parkinsonismo atípico, atrofia de múltiplos sistemas ou demência com corpos de Lewy.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos movimentos anormais (ataxia, coreias, distonia, mioclonias), início dos sintomas, fatores desencadeantes ou agravantes, e progressão ao longo do tempo.
  - História de infecções recentes, uso de medicações (antipsicóticos, anticonvulsivantes) ou exposição a substâncias tóxicas.
  - Histórico familiar de doenças hereditárias ou neurodegenerativas.
- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**, se realizados: Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral para investigar lesões estruturais, como AVC, tumores ou malformações cerebrais.
  - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Perfil de vitamina B12, função tireoidiana, níveis de glicose e eletrólitos, além de avaliação de distúrbios metabólicos ou infecciosos.
  - **Testes genéticos**, se indicados: Para diagnóstico de doenças hereditárias, como doença de Huntington ou ataxias hereditárias.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicações que possam estar associadas ao desenvolvimento de movimentos anormais, como antipsicóticos, anticonvulsivantes ou contraceptivos hormonais.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças metabólicas, autoimunes ou neurológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica detalhada dos movimentos anormais, com foco na natureza dos movimentos (ataxia, coreia, distonia), exames físicos para coordenação motora e avaliação do equilíbrio. Investigar a progressão dos sintomas e fatores agravantes.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo solicitar exames adicionais, como eletroneuromiografia (ENMG) para avaliação de função neuromuscular, ou testes genéticos para doenças hereditárias.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **ataxia cerebelar** serão tratados conforme a causa subjacente, com reabilitação motora e, em casos de degeneração progressiva, tratamento de suporte.
    - Pacientes com **coreias** associadas a condições adquiridas (como infecções ou medicamentos) terão tratamento direcionado para a causa subjacente e, quando possível, interrupção ou substituição de medicações.
    - Pacientes com **distúrbios hereditários** terão acompanhamento neurológico para manejo dos sintomas e planejamento de tratamento a longo prazo, com aconselhamento genético se necessário.
    - Pacientes com **ataxia, coreias, ou outros distúrbios do movimento** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.98. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Neuropatias Diabéticas Polineuropáticas**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Neuropatia diabética polineuropática é uma complicação comum do diabetes mellitus, caracterizada por danos aos nervos periféricos, afetando principalmente as extremidades, como pés e mãos. Os sintomas podem incluir dor, perda sensorial, fraqueza muscular e disfunção autonômica. A avaliação e o manejo neurológico precoce são fundamentais para prevenir complicações graves, como úlceras nos pés e amputações.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Sintomas de Neuropatia Periférica**:

- **Parestesias e dor em queimação**: Pacientes com diabetes que relatam sensação de formigamento, dormência, queimação ou dor nos pés e nas mãos devem ser avaliados para neuropatia periférica diabética.
- **Perda sensorial**: Pacientes com perda progressiva de sensibilidade ao toque leve, temperatura, ou vibração nas extremidades (especialmente nos pés) devem ser investigados para neuropatia sensorial periférica.
- **Diminuição ou ausência de reflexos tendinosos**: Reflexos diminuídos ou ausentes, especialmente no tendão de Aquiles, são sugestivos de neuropatia diabética e requerem avaliação neurológica.

- **Fraqueza Muscular**:
  - **Fraqueza muscular**: Pacientes com diabetes que apresentam fraqueza muscular nas pernas, dificuldades para subir escadas, ou levantar-se de uma cadeira, podem ter neuropatia motora associada ao diabetes e devem ser encaminhados para investigação.
  - **Atrofia muscular**: Pacientes que desenvolvem perda de massa muscular nas extremidades inferiores, juntamente com perda de força, devem ser avaliados para neuropatia diabética progressiva.
- **Disfunção Autonômica**:
  - **Sintomas autonômicos**: Pacientes que apresentam disfunções autonômicas associadas à neuropatia diabética, como hipotensão ortostática, incontinência urinária, disfunção erétil, ou gastroparesia (retardo no esvaziamento gástrico), devem ser investigados para neuropatia autonômica.
  - **Suor excessivo ou ausência de sudorese**: Alterações na sudorese, como hiperidrose (suor excessivo) ou anidrose (ausência de suor), são sintomas frequentes da neuropatia autonômica diabética e requerem avaliação neurológica.
- **Dor Neuropática Refratária**:
  - **Dor neuropática crônica**: Pacientes com diabetes que sofrem de dor crônica nos pés ou nas mãos, descrita como queimação, pontadas, ou "choques", e que não respondem adequadamente ao tratamento com analgésicos comuns ou anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina), devem ser encaminhados para manejo especializado.
  - **Alodinia ou hiperalgesia**: Sensibilidade excessiva ao toque leve (alodinia) ou aumento exagerado da percepção da dor (hiperalgesia) são sinais de neuropatia dolorosa grave e requerem tratamento neurológico especializado.
- **Complicações dos Pés Diabéticos**:

- **Úlceras ou infecções nos pés**: Pacientes com neuropatia diabética que desenvolvem úlceras, infecções ou outras complicações nos pés devem ser avaliados para risco de complicações graves, como amputações.
- **Deformidades nos pés**: Alterações estruturais, como pé de Charcot (desabamento do arco do pé) ou dedos em garra, indicam neuropatia avançada e necessitam de avaliação urgente para evitar complicações mais graves.

- **Neuropatias Diabéticas Focais ou Proximais**:
  - **Neuropatia proximal** (amiotrofia diabética)**: Pacientes com diabetes que desenvolvem dor intensa no quadril, coxa, ou região lombar, associada a fraqueza muscular proximal nas pernas (dificuldade para caminhar ou levantar-se), devem ser investigados para neuropatia proximal.
  - **Mononeuropatias**: Pacientes que apresentam neuropatia focal em nervos específicos (como paralisia do nervo craniano, como o nervo facial ou oculomotor) devem ser avaliados para mononeuropatias diabéticas.
- **Neuropatia com Progressão Rápida**:
  - **Neuropatia de início rápido ou progressiva**: Pacientes com diabetes que apresentam deterioração rápida da função neurológica, com progressão acelerada dos sintomas, devem ser avaliados urgentemente para descartar outras causas, como deficiências vitamínicas, toxinas ou doenças autoimunes.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (dor, parestesia, perda sensorial, fraqueza, disfunção autonômica), duração e progressão.
  - História de controle do diabetes (níveis de glicose, HbA1c), uso de medicações e controle de fatores de risco associados (hipertensão, dislipidemia).
  - Presença de complicações dos pés (úlceras, infecções, deformidades).
  - História de outras condições neurológicas ou endocrinológicas.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Níveis de glicemia, hemoglobina glicada (HbA1c), função renal (creatinina), função hepática, níveis de vitamina B12, eletrólitos e exames de função tireoidiana.
  - **Exames neurológicos**: Testes de sensibilidade vibratória, toque leve, dor, temperatura, reflexos e força muscular.

- **Estudo de condução nervosa e eletroneuromiografia (ENMG)**: Para avaliar a extensão e o tipo de envolvimento neuromuscular.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos antidiabéticos, analgésicos, anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina), antidepressivos tricíclicos ou inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão, dislipidemia, insuficiência renal crônica ou doenças cardíacas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica completa dos sintomas de neuropatia, com foco na identificação de déficits sensoriais, motores e autonômicos. Exame dos pés para detecção precoce de úlceras, deformidades ou sinais de infecção.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e o estudo de condução nervosa (ENMG), podendo solicitar exames adicionais, como ressonância magnética (RM) para avaliar envolvimento do sistema nervoso central ou outros testes de imagem, se necessário.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **dor neuropática** serão tratados com uma combinação de medicamentos, como anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina), antidepressivos tricíclicos ou inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina.
  - Pacientes com **disfunção autonômica** serão monitorados para controle de complicações autonômicas, como hipotensão ortostática ou gastroparesia.
  - Pacientes com **neuropatia avançada** e complicações nos pés serão encaminhados para cuidados multidisciplinares, incluindo podologia, ortopedia e cirurgia vascular, conforme necessário.
  - Pacientes com **neuropatia diabética polineuropática, dor neuropática refratária, complicações autonômicas ou complicações dos pés** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.99. Protocolo para Consulta em Neurologia: **Vertigem**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Vertigem é uma sensação de rotação ou desequilíbrio, geralmente causada por distúrbios no sistema vestibular (ouvido interno) ou no sistema nervoso central. A vertigem pode ser classificada como periférica (envolvendo o ouvido interno ou nervo vestibular) ou central (envolvendo o cérebro). Pacientes com vertigem frequente, grave ou associada a sinais neurológicos de alerta devem ser encaminhados para avaliação neurológica para diagnóstico e tratamento.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em neurologia nas seguintes situações:

- **Vertigem Periférica**:
  - **Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB)**: Pacientes com episódios breves de vertigem desencadeados por mudanças de posição (como ao deitar ou levantar) devem ser avaliados para VPPB, que é causada por deslocamento de cristais no ouvido interno. O diagnóstico é geralmente confirmado pelo teste de Dix-Hallpike, e o tratamento pode incluir manobras de reposicionamento.
  - **Doença de Ménière**: Pacientes com crises de vertigem associadas a zumbido, perda auditiva flutuante e sensação de plenitude no ouvido devem ser investigados para doença de Ménière.
  - **Neurite Vestibular**: Pacientes com vertigem aguda, intensa e prolongada, acompanhada de náuseas e vômitos, sem perda auditiva, podem ter neurite vestibular (inflamação do nervo vestibular). A vertigem geralmente persiste por dias e pode estar associada a um período prolongado de recuperação.
- **Vertigem Central**:
  - **Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Ataques Isquêmicos Transitórios (AIT)**: Pacientes com vertigem de início súbito, acompanhada de déficits neurológicos focais (fraqueza, alterações de fala, perda de visão ou coordenação), devem ser avaliados com urgência para AVC ou AIT.
  - **Enxaqueca Vestibular**: Pacientes que sofrem de episódios de vertigem, associados ou não a dor de cabeça, e que têm histórico de enxaqueca, devem ser avaliados para enxaqueca vestibular.
  - **Esclerose Múltipla**: Pacientes com vertigem associada a outros sintomas neurológicos, como fraqueza muscular, dormência, ou alterações visuais, devem ser investigados para esclerose múltipla ou outras doenças desmielinizantes.
  - **Tumores ou Lesões no Tronco Cerebral**: Pacientes com vertigem acompanhada de sintomas neurológicos progressivos (como disartria, diplopia, ou

fraqueza unilateral), especialmente se houver história de cefaleia crônica, devem ser avaliados para lesões no tronco cerebral ou cerebelo.

- **Vertigem com Sinais de Alerta (Red Flags)**:
  - **Vertigem com cefaleia súbita intensa**: Pacientes que desenvolvem vertigem associada a cefaleia súbita e severa ("pior dor de cabeça da vida") devem ser avaliados para hemorragia subaracnoide ou outros tipos de acidente vascular hemorrágico.
  - **Vertigem com perda auditiva súbita**: Pacientes com vertigem acompanhada de perda auditiva súbita e significativa devem ser investigados com urgência para doenças do ouvido interno, como neurinoma do acústico (schwannoma vestibular).
  - **Vertigem prolongada ou progressiva**: Vertigem que persiste por semanas ou meses, especialmente quando associada a outros sintomas neurológicos, deve ser investigada para causas centrais, como tumores ou doenças degenerativas.
  - **Outras Condições Associadas à Vertigem**:
  - **Vertigem psicogênica**: Pacientes com história de ansiedade, ataques de pânico ou outros distúrbios psicológicos podem apresentar vertigem associada a episódios de hiperventilação ou ansiedade. Estes pacientes devem ser avaliados para descartar causas neurológicas e podem se beneficiar de acompanhamento psiquiátrico.
  - **Hipotensão ortostática**: Pacientes que desenvolvem tontura ou vertigem ao mudar de posição (como ao levantar-se rapidamente) devem ser investigados para hipotensão ortostática, especialmente se houver desidratação, uso de medicamentos anti-hipertensivos, ou disfunção autonômica.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em neurologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição dos sintomas de vertigem (duração, intensidade, fatores desencadeantes), presença de náuseas, vômitos, perda auditiva, ou zumbido.
- Histórico de cefaleia, enxaqueca, episódios de desequilíbrio ou quedas.
- Presença de sinais neurológicos focais (fraqueza, disartria, perda visual, dificuldade para caminhar).
- Uso de medicamentos que possam afetar o equilíbrio (antibióticos ototóxicos, anti-hipertensivos).

- **Exames realizados**:
- **Exames auditivos**, se realizados: Testes de audiometria ou ressonância magnética (RM) para avaliar a função do ouvido interno, caso haja perda auditiva associada.
- **Exames de imagem**, se realizados: Ressonância magnética (RM) cerebral ou tomografia computadorizada (TC) para investigar lesões no tronco cerebral, cerebelo ou estruturas centrais.
- **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Hemograma, eletrólitos, glicemia, exames de função renal ou hepática, conforme indicação.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos, como antieméticos, antivertiginosos (betaistina), diuréticos (em casos de doença de Ménière), ou outros medicamentos que possam influenciar os sintomas de vertigem.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, ou distúrbios psiquiátricos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação completa dos sintomas de vertigem, incluindo a identificação de fatores desencadeantes (mudança de posição, esforço físico) e presença de sinais neurológicos de alerta. Exame físico com ênfase em testes vestibulares (teste de Dix-Hallpike) e avaliação auditiva.
- **Avaliação neurológica**: O neurologista revisará os exames laboratoriais e de imagem, podendo solicitar exames adicionais, como ressonância magnética (RM) com contraste para descartar lesões cerebrais ou monitoramento contínuo com eletroencefalograma (EEG) se houver suspeita de causas neurológicas como epilepsia vestibular.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **vertigem periférica** (VPPB, neurite vestibular) serão tratados com manobras de reposicionamento (Epley) ou terapias antivertiginosas, conforme necessário.
- Pacientes com **vertigem central** ou associada a AVC ou enxaqueca vestibular serão tratados conforme a condição subjacente, com foco em prevenção de novos eventos e reabilitação do equilíbrio.
- Pacientes com **vertigem psicogênica** podem ser encaminhados para acompanhamento psiquiátrico ou psicoterápico, além de serem orientados quanto à gestão da ansiedade.
- Pacientes com **vertigem associada a sinais de alerta, causas centrais, ou refratários ao tratamento inicial** serão **encaminhados para regulação** para avaliação neurológica especializada, investigação diagnóstica e tratamento adequado.

9.3.1.100. **Protocolo para Consulta em Obstetrícia**: Hipertensão em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **hipertensão na gestação** é uma condição comum que pode ter graves consequências para a mãe e o feto. Pode se manifestar como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, ou hipertensão crônica que precede a gravidez. O acompanhamento obstétrico é fundamental para o manejo adequado e prevenção de complicações. O encaminhamento precoce para avaliação especializada é necessário para o monitoramento, diagnóstico e manejo da hipertensão, especialmente em gestações de alto risco.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em obstetrícia nas seguintes situações:

- Hipertensão Gestacional:
  - **Diagnóstico de hipertensão após 20 semanas de gestação**: Pacientes com pressão arterial ≥140/90 mmHg, medida em pelo menos duas ocasiões com intervalo de 4 horas, sem sinais de proteinúria ou outras complicações, devem ser avaliadas para hipertensão gestacional.
  - **Ausência de comorbidades**: Pacientes com hipertensão gestacional e sem doenças crônicas preexistentes devem ser monitoradas para evitar progressão para pré-eclâmpsia.
- Pré-eclâmpsia:
  - **Hipertensão com proteinúria**: Pacientes com pressão arterial ≥140/90 mmHg, acompanhada de proteinúria (≥300 mg em 24 horas), devem ser encaminhadas imediatamente para acompanhamento especializado para prevenção de complicações materno-fetais.
  - **Sinais de gravidade**: Pacientes com sinais de pré-eclâmpsia grave, como pressão arterial ≥160/110 mmHg, dor de cabeça persistente, visão embaçada, dor epigástrica ou distúrbios hepáticos (aumento de enzimas hepáticas), requerem avaliação urgente.
  - **Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica**: Pacientes com hipertensão crônica que desenvolvem proteinúria ou sinais de disfunção orgânica durante a gestação devem ser acompanhadas para evitar progressão para eclâmpsia.
- Hipertensão Crônica Pré-existente:

- **Hipertensão anterior à gravidez**: Pacientes com hipertensão diagnosticada antes de 20 semanas de gestação ou pré-existente à gravidez devem ser acompanhadas regularmente para ajuste de medicações e controle da pressão arterial, minimizando os riscos para o feto e a mãe.
- **Monitoramento da pressão arterial e função renal**: Pacientes com hipertensão crônica devem ter acompanhamento obstétrico com controle rigoroso da pressão arterial e função renal, além de ajuste de medicamentos, preferindo os seguros na gravidez (como metildopa ou labetalol).

- Síndrome HELLP:
  - **Hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia**: Pacientes com sinais de HELLP (hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia) requerem avaliação urgente e manejo imediato para evitar complicações materno-fetais graves, como insuficiência hepática, coagulação intravascular disseminada (CIVD) ou descolamento prematuro de placenta.
- Eclâmpsia:
  - **Convulsões associadas à pré-eclâmpsia**: Pacientes com pré-eclâmpsia que evoluem com convulsões devem ser encaminhadas com urgência para manejo especializado em ambiente hospitalar, com foco na estabilização materno-fetal e no planejamento do parto.
- Hipertensão Refratária:
  - **Hipertensão não controlada com medicação**: Pacientes com hipertensão que não responde ao tratamento com medicamentos antihipertensivos, ou que apresentam crises hipertensivas recorrentes, devem ser encaminhadas para avaliação obstétrica de alto risco para ajuste de tratamento e monitoramento intensivo.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da pressão arterial (níveis medidos, tempo de evolução) e sintomas associados (cefaléia, distúrbios visuais, dor epigástrica).
  - Presença de proteinúria, disfunção hepática, ou outros sinais de complicações.
  - História prévia de hipertensão, pré-eclâmpsia ou complicações obstétricas em gestações anteriores.
  - Uso atual de medicamentos antihipertensivos e controle da pressão arterial.

- **Exames realizados**:
    - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Proteinúria em 24 horas, hemograma completo, enzimas hepáticas (TGO/TGP), função renal (creatinina, ureia), e exames de coagulação, se houver suspeita de HELLP ou eclâmpsia.
    - **Monitoramento de pressão arterial**: Relatórios de monitoramento de pressão arterial ambulatorial ou em consultório.
    - **Exames de imagem**: Ultrassonografia obstétrica para avaliar o bem-estar fetal e presença de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), além de Doppler de artérias uterinas, se aplicável.
    - **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antihipertensivos (nomes, doses, frequência) e outros medicamentos relevantes.
    - **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes mellitus, insuficiência renal ou doenças autoimunes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica completa da pressão arterial e dos sinais de alerta para pré-eclâmpsia e complicações associadas. Monitoramento contínuo de pressão e exames laboratoriais frequentes para avaliar a função renal e hepática.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada em gestação de alto risco, com foco na estabilização da pressão arterial e monitoramento fetal. O plano de parto será avaliado conforme a gravidade da condição.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **hipertensão gestacional** ou **hipertensão crônica controlada** serão acompanhadas com ajuste de medicação e monitoramento fetal regular.
    - Pacientes com **pré-eclâmpsia grave, síndrome HELLP ou eclâmpsia** serão hospitalizadas para manejo intensivo, incluindo monitoramento materno e fetal contínuo e planejamento para interrupção da gestação se necessário.
    - Pacientes com **hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, ou hipertensão crônica** que apresentem sinais de complicação serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com acompanhamento intensivo e monitoramento materno-fetal contínuo.

9.3.1.101. **Protocolo para Consulta em Obstetrícia:** Diabetes em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

Diabetes na gestação pode se manifestar como diabetes mellitus pré-existente (tipo 1 ou tipo 2) ou como diabetes gestacional, diagnosticado pela primeira vez durante a gravidez. O acompanhamento especializado é fundamental para evitar complicações maternas e fetais, como macrossomia, pré-eclâmpsia, parto prematuro e hipoglicemia neonatal. O controle rigoroso dos níveis de glicemia é essencial para garantir um bom prognóstico.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em obstetrícia nas seguintes situações:

- Diabetes Gestacional:
    - **Diagnóstico de diabetes gestacional**: Pacientes diagnosticadas com diabetes gestacional (glicemia de jejum ≥92 mg/dL, glicemia de 1h ≥180 mg/dL, ou glicemia de 2h ≥153 mg/dL no teste de tolerância oral à glicose com 75g) devem ser acompanhadas por uma equipe especializada em obstetrícia para controle da glicemia e prevenção de complicações.
    - **Tratamento dietético e controle glicêmico**: Pacientes que necessitam de orientação dietética e acompanhamento nutricional para controlar a glicemia devem ser encaminhadas para orientação especializada.
    - **Falha no controle com dieta**: Pacientes com diabetes gestacional que não conseguem manter os níveis glicêmicos dentro da faixa-alvo apenas com controle dietético devem ser encaminhadas para avaliação de necessidade de tratamento com insulina ou outros agentes antidiabéticos.
- Diabetes Mellitus Pré-existente (Tipo 1 ou Tipo 2):
    - **Diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2 antes da gravidez**: Pacientes com diagnóstico pré-existente de diabetes tipo 1 ou tipo 2 devem ser acompanhadas desde o início da gestação para ajuste da terapia insulínica ou medicações orais e monitoramento da glicemia.
    - **Glicemia descontrolada**: Pacientes com dificuldade em manter o controle glicêmico, com episódios frequentes de hiperglicemia ou hipoglicemia, devem ser avaliadas para ajuste de tratamento.
    - **Complicações associadas ao diabetes**: Pacientes com complicações pré-existentes do diabetes, como nefropatia, retinopatia ou neuropatia, requerem acompanhamento multidisciplinar para minimizar o risco de agravamento durante a gestação.
- Risco Fetal:

- **Macrossomia fetal**: Pacientes com diabetes que apresentam ultrassonografia com evidência de macrossomia (peso fetal estimado >90º percentil para a idade gestacional) devem ser monitoradas para evitar complicações no parto, como distocia de ombro.
- **Polidrâmnio**: A presença de excesso de líquido amniótico (polidrâmnio) é uma complicação frequente em gestações com diabetes mal controlado e requer acompanhamento fetal rigoroso.
- **Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU)**: Pacientes com diabetes e restrição de crescimento fetal devem ser monitoradas com Doppler fetal e ultrassonografias frequentes para garantir o bem-estar fetal.

- Complicações Maternas:
  - **Pré-eclâmpsia associada ao diabetes**: Pacientes com diabetes gestacional ou pré-existente que desenvolvem pré-eclâmpsia (hipertensão com proteinúria) devem ser acompanhadas para prevenir complicações graves, como síndrome HELLP e eclâmpsia.
  - **Cetoacidose diabética**: Pacientes com diabetes tipo 1 ou tipo 2 que apresentam cetoacidose diabética (glicemia elevada, cetonemia/cetonúria e acidose metabólica) devem ser encaminhadas com urgência para tratamento intensivo, com foco em estabilização materna e prevenção de complicações fetais.
  - **Infecções recorrentes**: Pacientes com diabetes mal controlado que apresentam infecções recorrentes (como infecções urinárias ou candidíase) devem ser avaliadas para ajuste de controle glicêmico e tratamento adequado das infecções.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Data e método de diagnóstico do diabetes (pré-existente ou gestacional) e níveis de glicose recentes.
  - Histórico de controle glicêmico (incluindo níveis de HbA1c antes e durante a gestação) e presença de complicações associadas (nefropatia, retinopatia, neuropatia).
  - Uso de medicações antidiabéticas, insulina ou outros agentes e histórico de controle com dieta.
  - Sintomas ou sinais de complicações maternas (hipertensão, infecções) e fetais (macrossomia, polidrâmnio).

- **Exames realizados**:
    - **Monitoramento glicêmico**: Relatórios de glicemia capilar e HbA1c recente, se disponível.
    - **Exames laboratoriais**, se aplicáveis: Perfil lipídico, função renal (creatinina, microalbuminúria), eletrólitos, e exames de função hepática.
    - **Exames de imagem**: Ultrassonografia obstétrica com estimativa de peso fetal, volume de líquido amniótico e Doppler fetal, se houver suspeita de macrossomia ou restrição de crescimento.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de insulina (doses e tipo), metformina ou outros agentes orais antidiabéticos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão, dislipidemia, doenças autoimunes ou insuficiência renal.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do controle glicêmico, com foco no ajuste de terapia medicamentosa, controle dietético e monitoramento das complicações materno-fetais. Exame físico e ultrassonografias periódicas para acompanhamento do crescimento fetal e detecção precoce de complicações.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada, com foco no controle rigoroso da glicemia e prevenção de complicações maternas e fetais. O manejo inclui ajuste de doses de insulina, monitoramento fetal frequente e planejamento do parto conforme a evolução da gravidez.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **diabetes gestacional controlado** com dieta e/ou insulina serão acompanhadas regularmente, com ajustes conforme a evolução da gestação.
    - Pacientes com **diabetes pré-existente** ou **complicações** serão acompanhadas com monitoramento mais frequente e intervenções específicas, conforme o risco materno e fetal.
    - Pacientes com **cetoacidose diabética** ou complicações graves serão hospitalizadas para estabilização e manejo intensivo.
    - Pacientes com **diabetes gestacional, diabetes mellitus pré-existente e complicações associadas** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com acompanhamento intensivo e monitoramento materno-fetal contínuo.

9.3.1.102. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Anemias em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **anemia na gestação** é uma condição comum, geralmente causada por deficiência de ferro, mas também pode ser devido a outras deficiências nutricionais (como vitamina B12 ou folato) ou condições hematológicas subjacentes (como talassemia, anemia falciforme, entre outras). A anemia gestacional pode aumentar o risco de complicações maternas e fetais, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e hemorragias. O acompanhamento especializado em obstetrícia é fundamental para identificar a causa da anemia e tratá-la adequadamente.

II. Critérios de Encaminhamento

O paciente deve ser encaminhado para consulta em obstetrícia nas seguintes situações:

- Anemia Ferropriva:
  - **Hemoglobina <11 g/dL**: Gestantes com níveis de hemoglobina abaixo de 11 g/dL devem ser avaliadas para anemia, sendo a deficiência de ferro a causa mais comum. Níveis de hemoglobina abaixo de 10,5 g/dL no segundo trimestre ou <11 g/dL no primeiro e terceiro trimestres indicam necessidade de suplementação de ferro.
  - **Ferritina sérica baixa**: Pacientes com níveis baixos de ferritina (<30 ng/mL) devem ser encaminhadas para suplementação de ferro e monitoramento hematológico.
  - **Falta de resposta à suplementação oral de ferro**: Pacientes que, após suplementação oral de ferro por um período adequado, não apresentam melhora significativa nos níveis de hemoglobina ou ferritina, devem ser avaliadas para causas subjacentes de anemia ou necessidade de tratamento intravenoso.
- Anemia Megaloblástica (Deficiência de Ácido Fólico ou Vitamina B12):
  - **Hemoglobina baixa com VCM elevado**: Gestantes com anemia e volume corpuscular médio (VCM) aumentado (>100 fL) devem ser investigadas para deficiência de ácido fólico ou vitamina B12.
  - **Deficiência de folato**: Pacientes com níveis baixos de ácido fólico devem ser suplementadas e monitoradas, especialmente no início da gravidez, para reduzir o risco de defeitos do tubo neural no feto.

- **Deficiência de vitamina B12**: Pacientes com deficiência de vitamina B12, especialmente veganas ou com histórico de doenças gastrointestinais (como gastrite atrófica ou cirurgia bariátrica), devem ser suplementadas e acompanhadas para evitar complicações neurológicas e hematológicas.

- Anemia Hemolítica (Doenças Hematológicas Subjacentes):
  - **Anemia falciforme ou talassemias**: Pacientes com diagnóstico prévio ou suspeita de anemia falciforme ou talassemias (especialmente se houver histórico familiar ou resultados de hemograma com anemia microcítica e hipocrômica) devem ser encaminhadas para acompanhamento especializado durante a gestação.
  - **Sinais de hemólise**: Pacientes com anemia associada a icterícia, aumento de bilirrubina indireta, ou reticulocitose (aumento dos reticulócitos), sugerindo destruição de hemácias, devem ser avaliadas para condições hemolíticas.
  - **Doenças autoimunes**: Gestantes com histórico de doenças autoimunes (como lúpus eritematoso sistêmico) que desenvolvem anemia devem ser investigadas para anemia hemolítica autoimune e tratadas conforme a gravidade.
- Anemia Refratária ao Tratamento:
  - **Anemia que não melhora com suplementação**: Pacientes que não apresentam resposta adequada ao tratamento com suplementação de ferro, ácido fólico ou vitamina B12 devem ser investigadas para outras causas de anemia, como doenças crônicas ou infecções (por exemplo, parasitoses ou hepatites).
- Anemia Grave com Sinais de Complicação:
  - **Hemoglobina <7 g/dL**: Pacientes com anemia grave (hemoglobina abaixo de 7 g/dL), especialmente se acompanhada de sintomas como fadiga intensa, tontura, taquicardia ou palidez acentuada, requerem avaliação urgente e podem necessitar de transfusão sanguínea.
  - **Risco de parto prematuro ou complicações fetais**: Pacientes com anemia grave devem ser monitoradas para complicações materno-fetais, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e sofrimento fetal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Níveis de hemoglobina, hematócrito, ferritina e outros parâmetros hematológicos relevantes.

- Histórico de uso de suplementação de ferro, ácido fólico ou vitamina B12 e resposta ao tratamento.
- Presença de sinais ou sintomas de anemia (fadiga, palidez, tontura, taquicardia).
- Histórico de condições hematológicas, como anemia falciforme, talassemia ou outras doenças autoimunes.

- **Exames realizados**:
  - **Hemograma completo**: Incluindo valores de hemoglobina, hematócrito, VCM, CHCM, e contagem de reticulócitos.
  - **Níveis de ferritina, vitamina B12 e ácido fólico**: Para avaliar a deficiência de ferro, vitamina B12 ou folato.
  - **Testes de função hepática e renal**, se aplicáveis: Para descartar doenças crônicas como causa da anemia.
  - **Eletroforese de hemoglobina**: Em casos de suspeita de anemia falciforme, talassemia ou outras hemoglobinopatias.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de suplementos de ferro, ácido fólico, vitamina B12 ou outros medicamentos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças crônicas, autoimunes ou hematológicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica e laboratorial completa dos níveis de hemoglobina e dosagem de ferro, ácido fólico e vitamina B12, com foco no diagnóstico precoce de anemia e suas causas subjacentes.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada em obstetrícia para ajustar a suplementação conforme necessário e monitorar o bem-estar materno-fetal, além de realizar intervenções precoces em casos de anemia grave ou resistente ao tratamento.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **anemia ferropriva** serão suplementadas com ferro oral ou intravenoso, dependendo da gravidade e da resposta ao tratamento.
  - Pacientes com **deficiência de ácido fólico ou vitamina B12** serão suplementadas e monitoradas para garantir a correção da anemia e prevenir complicações fetais.

- Pacientes com **anemias hemolíticas** ou outras condições hematológicas subjacentes terão acompanhamento especializado com manejo específico, podendo incluir transfusões ou terapias imunossupressoras.
- Pacientes com **anemia ferropriva, anemia megaloblástica ou anemias hemolíticas** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com monitoramento intensivo e controle adequado das complicações materno-fetais.

Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Hipotireoidismo e Hipertireoidismo em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **hipotireoidismo** e o **hipertireoidismo** durante a gestação podem ter graves consequências para a mãe e o feto, incluindo risco de aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer e comprometimento no desenvolvimento neurológico fetal. O acompanhamento especializado é necessário para controlar os níveis hormonais da mãe e prevenir complicações gestacionais. O ajuste adequado do tratamento é essencial para garantir o bem-estar materno-fetal.

II. Critérios de Encaminhamento

Hipotireoidismo na Gestação:

- **Diagnóstico de hipotireoidismo antes ou durante a gestação**: Pacientes diagnosticadas com hipotireoidismo, seja clínico ou subclínico, devem ser acompanhadas para controle dos níveis de TSH e T4 livre, com ajuste da dose de levotiroxina conforme necessário.
- **TSH elevado (≥2,5 mU/L no primeiro trimestre e ≥3,0 mU/L nos trimestres subsequentes)**: Gestantes com níveis de TSH acima dos valores de referência devem ser encaminhadas para tratamento com levotiroxina e monitoramento regular.
- **Histórico de hipotireoidismo pré-existente**: Pacientes com hipotireoidismo antes da gravidez necessitam de ajuste na dose de levotiroxina assim que a gravidez é confirmada, pois a demanda de hormônio tireoidiano aumenta durante a gestação.
- **Falha no controle de TSH**: Pacientes com dificuldade em manter o TSH dentro da faixa recomendada, mesmo com ajuste da medicação, devem ser avaliadas para causas secundárias de disfunção tireoidiana e monitoramento mais frequente.
- Hipertireoidismo na Gestação:

- **Diagnóstico de hipertireoidismo**: Pacientes com hipertireoidismo (doença de Graves ou bócio nodular tóxico) devem ser acompanhadas para controle dos níveis de TSH, T4 livre e T3 total, com ajuste do tratamento com antitireoidianos (propiltiouracil ou metimazol).
- **TSH suprimido e T4 livre elevado**: Gestantes com níveis suprimidos de TSH e elevação de T4 livre devem ser acompanhadas para ajuste de medicação e controle dos sintomas, prevenindo complicações como pré-eclâmpsia e parto prematuro.
- **Sintomas de hipertireoidismo**: Pacientes que apresentam sintomas de hipertireoidismo, como perda de peso, taquicardia, intolerância ao calor, tremores ou ansiedade, devem ser avaliadas para ajuste do tratamento antitireoidiano e monitoramento fetal.
- **Doença de Graves com anticorpos TRAb elevados**: Pacientes com doença de Graves e níveis elevados de anticorpos TRAb (anticorpos contra o receptor de TSH) têm risco de transmitir hipertireoidismo ao feto, e devem ser monitoradas rigorosamente para prevenir complicações neonatais.

- Complicações Materno-Fetais Associadas à Disfunção Tireoidiana:
  - **Risco de aborto espontâneo ou parto prematuro**: Pacientes com hipotireoidismo ou hipertireoidismo mal controlado apresentam maior risco de complicações, como aborto espontâneo, parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e descolamento prematuro de placenta.
  - **Prevenção de crise tireotóxica**: Gestantes com hipertireoidismo grave e descompensado têm risco de desenvolver crise tireotóxica, especialmente durante o parto ou no pós-parto imediato. Essas pacientes devem ser encaminhadas para monitoramento intensivo e manejo especializado.
  - **Risco de hipotireoidismo congênito**: Pacientes com hipotireoidismo mal controlado podem aumentar o risco de comprometimento do desenvolvimento neurológico fetal, e por isso devem ser monitoradas rigorosamente com ajuste da medicação.
- Cirurgia ou Iodo Radioativo Prévio:
  - **Histórico de tratamento prévio com iodo radioativo ou cirurgia tireoidiana**: Pacientes que já realizaram tratamento com iodo radioativo ou cirurgia tireoidiana devem ser acompanhadas para ajuste dos níveis hormonais durante a gestação e para monitorar o risco de disfunção tireoidiana neonatal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Diagnóstico prévio de hipotireoidismo ou hipertireoidismo, incluindo histórico de tratamentos com levotiroxina ou antitireoidianos.
  - Níveis de TSH, T4 livre e T3 total recentes, incluindo ajuste de dose de levotiroxina ou antitireoidianos durante a gestação.
  - Sintomas associados à disfunção tireoidiana, como fadiga, ganho de peso, taquicardia, tremores, intolerância ao frio ou calor.
  - Histórico familiar de doenças autoimunes da tireoide (como doença de Graves ou tireoidite de Hashimoto).
- **Exames realizados**:
  - **TSH, T4 livre e T3 total**: Monitoramento dos níveis hormonais para ajuste do tratamento, conforme as faixas de referência gestacionais.
  - **Anticorpos antitireoidianos (TRAb, anti-TPO)**: Se aplicável, níveis de anticorpos para avaliar o risco de complicações fetais e neonatais.
  - **Ultrassonografia obstétrica**: Para monitoramento do crescimento fetal, com especial atenção ao risco de restrição de crescimento intrauterino (RCIU) ou sinais de sofrimento fetal.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de levotiroxina (dose) ou antitireoidianos (propiltiouracil, metimazol), além de ajuste durante a gestação.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes gestacional, hipertensão ou doenças autoimunes associadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica e laboratorial dos níveis hormonais da tireoide com ajuste do tratamento medicamentoso (levotiroxina para hipotireoidismo ou antitireoidianos para hipertireoidismo). Monitoramento de sintomas maternos e do bem-estar fetal, com exames de imagem e exames laboratoriais frequentes.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada para ajustar o tratamento hormonal conforme necessário, monitorando complicações materno-fetais e planejamento do parto conforme a evolução da gestação.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **hipotireoidismo** serão tratadas com levotiroxina, com ajuste regular das doses e monitoramento dos níveis de TSH e T4 livre para manter os níveis hormonais dentro da faixa ideal durante a gestação.
- Pacientes com **hipertireoidismo** receberão antitireoidianos (propiltiouracil ou metimazol), com acompanhamento rigoroso dos níveis hormonais e sintomas maternos, além de monitoramento do risco de transmissão de hipertireoidismo ao feto.
- Pacientes com **hipotireoidismo ou hipertireoidismo** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com monitoramento intensivo e controle adequado das complicações materno-fetais.

9.3.1.103. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Gestação com Abortamento Recorrente

I. Condições Clínicas para Atendimento

Abortamento recorrente é definido pela ocorrência de duas ou mais perdas gestacionais consecutivas ou três perdas alternadas. A causa do abortamento pode ser multifatorial, incluindo fatores genéticos, anatômicos, imunológicos, infecciosos, hormonais ou trombofílicos. O acompanhamento especializado em obstetrícia é essencial para investigar as causas, prevenir futuras perdas e garantir uma gestação bem-sucedida.

II. Critérios de Encaminhamento

- Abortamento Recorrente:
  - **Duas ou mais perdas gestacionais consecutivas**: Pacientes que apresentaram duas ou mais perdas consecutivas, independentemente da idade gestacional, devem ser avaliadas para abortamento recorrente.
  - **Três ou mais abortamentos alternados**: Pacientes que apresentaram três ou mais perdas gestacionais em intervalos, independentemente do tempo entre as gestações, devem ser acompanhadas para identificação de causas subjacentes.
- Causas Genéticas e Cromossômicas:
  - **Anormalidades cromossômicas**: Pacientes com história de abortamentos recorrentes podem ter anormalidades cromossômicas nos pais ou no embrião. Testes genéticos, como cariótipo dos pais, podem ser necessários para investigar alterações cromossômicas balanceadas, como translocações.

- **Histórico familiar de alterações genéticas**: Pacientes com histórico familiar de condições genéticas devem ser investigadas para anomalias genéticas hereditárias que possam estar associadas aos abortamentos.

- Causas Anatomopatológicas:
  - **Malformações uterinas**: Pacientes com útero bicorno, septado, ou outras malformações uterinas congênitas podem ser predispostas ao abortamento recorrente e devem ser investigadas com ultrassonografia ou histeroscopia.
  - **Incompetência istmo-cervical**: Pacientes com perda gestacional no segundo trimestre associada a dilatação cervical indolor podem ter incompetência istmo-cervical e podem precisar de cerclagem profilática em gestações subsequentes.
  - **Sinéquias uterinas**: Pacientes com história de procedimentos uterinos (como curetagem ou cesarianas) podem desenvolver aderências intrauterinas (síndrome de Asherman), que levam ao abortamento recorrente.
- Causas Hormonais e Endócrinas:
  - **Síndrome dos ovários policísticos (SOP)**: Pacientes com SOP têm maior risco de perda gestacional precoce devido a alterações hormonais, como resistência à insulina e níveis elevados de androgênios.
  - **Deficiência de progesterona**: A insuficiência de corpo lúteo, resultando em deficiência de progesterona na fase inicial da gravidez, pode ser uma causa de abortamento recorrente. A suplementação de progesterona pode ser indicada em gestações subsequentes.
  - **Doenças tireoidianas**: Pacientes com hipotireoidismo ou hipertireoidismo descontrolado têm maior risco de abortamento, e a regulação dos hormônios tireoidianos é essencial antes e durante a gravidez.
  - **Diabetes mellitus descontrolado**: Pacientes com diabetes mellitus, especialmente mal controlado, estão em maior risco de abortamento e precisam de controle glicêmico rigoroso.
- Causas Imunológicas:
  - **Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF)**: Pacientes com abortamento recorrente e trombose venosa, além de testes positivos para anticorpos antifosfolípides (anticardiolipina, anticoagulante lúpico, anti-beta-2-glicoproteína), devem ser investigadas e tratadas com anticoagulantes (heparina) e/ou aspirina.

- **Distúrbios autoimunes**: Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) ou outras doenças autoimunes devem ser investigadas para risco de abortamento associado a alterações imunológicas.

- Causas Trombofílicas:
  - **Trombofilias hereditárias**: Pacientes com trombofilias hereditárias, como mutação no fator V de Leiden, mutação do gene da protrombina ou deficiência de proteína C ou S, têm maior risco de abortamento recorrente devido à formação de coágulos na placenta.
  - **Trombofilias adquiridas**: Pacientes com história de trombose ou complicações tromboembólicas durante a gravidez podem ter trombofilia adquirida e necessitam de anticoagulação profilática durante a gravidez.
- Fatores Infecciosos:
  - **Infecções recorrentes**: Infecções do trato genital, como clamídia, sífilis ou citomegalovírus (CMV), podem aumentar o risco de perda gestacional. Pacientes com abortamentos recorrentes devem ser avaliadas para infecções não tratadas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Número de perdas gestacionais, idade gestacional em cada perda e tratamentos realizados.
  - Exames anteriores para investigação de abortamento recorrente, se disponíveis (testes genéticos, estudos anatômicos, trombofilias).
  - Histórico de condições hormonais (SOP, doenças da tireoide, diabetes), trombofilias, ou doenças autoimunes.
  - Presença de fatores de risco infecciosos, como infecções genitais crônicas.
- **Exames realizados**:
  - **Testes hormonais**, se aplicáveis: Avaliação de progesterona, TSH, glicemia e insulina, conforme indicação.
  - **Exames genéticos**: Cariótipo dos pais, exames de trombofilias hereditárias e adquiridas, se aplicáveis.
  - **Exames anatômicos**: Ultrassonografia pélvica, histeroscopia ou ressonância magnética, conforme indicação, para avaliar malformações uterinas.
  - **Testes de anticorpos**: Pesquisa de anticorpos antifosfolípides e outros marcadores autoimunes, como fator antinuclear (FAN).

- **Uso de medicações atuais**: Indicar uso de anticoagulantes, aspirina, suplementos hormonais ou outros tratamentos prévios.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes mellitus, SOP, doenças autoimunes ou histórico de trombose.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação completa do histórico de abortamento e exames laboratoriais e anatômicos para identificar causas subjacentes de abortamento recorrente. Planejamento para intervenções terapêuticas, como anticoagulação, suplementação hormonal ou cirurgia uterina, conforme necessário.
- **Avaliação obstétrica**: A paciente será acompanhada por uma equipe especializada, com monitoramento regular da gravidez, suporte psicológico e intervenções preventivas conforme a causa do abortamento recorrente.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **trombofilias ou síndrome antifosfolípide** serão tratadas com anticoagulantes e aspirina para prevenir complicações.
- Pacientes com **deficiência de progesterona** receberão suplementação hormonal na fase inicial da gravidez.
- Pacientes com **anormalidades uterinas** poderão ser candidatas a correção cirúrgica (como histeroscopia para remoção de septos uterinos ou cerclagem para incompetência cervical).
- Pacientes com **abortamento recorrente** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com investigação detalhada e manejo preventivo para garantir uma gestação bem-sucedida.

9.3.1.104. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Hepatite B e C em Gestantes

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hepatite B e C durante a gestação requer um acompanhamento cuidadoso para prevenir a transmissão vertical (da mãe para o bebê) e garantir a saúde materno-fetal. O manejo adequado inclui monitoramento das condições hepáticas da mãe, administração de antivirais quando indicado, e medidas de prevenção para o recém-nascido. O objetivo é minimizar as complicações gestacionais e reduzir o risco de transmissão perinatal.

II. Critérios de Encaminhamento

- Hepatite B na Gestação:
    - **Gestante com HBsAg positivo**: Pacientes com teste positivo para o antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg) devem ser encaminhadas para acompanhamento especializado com foco na prevenção da transmissão vertical.
    - **Carga viral de HBV (VHB-DNA)**: Pacientes com alta carga viral (acima de 200.000 UI/mL) têm risco aumentado de transmissão perinatal e devem ser acompanhadas com controle rigoroso da replicação viral. Terapia antiviral pode ser indicada no terceiro trimestre para reduzir a carga viral.
    - **Co-infecção com hepatite D**: Pacientes co-infectadas com hepatite D (HDV) também devem ser acompanhadas de perto, uma vez que a co-infecção pode exacerbar a progressão da doença hepática.
- Hepatite C na Gestação:
    - **Gestante com anticorpos anti-HCV e HCV-RNA positivo**: Pacientes com infecção confirmada pelo vírus da hepatite C (HCV) devem ser monitoradas para complicações hepáticas e para o risco de transmissão vertical, embora o risco seja geralmente inferior ao da hepatite B.
    - **Co-infecção com HIV**: Pacientes co-infectadas com HIV têm maior risco de transmissão vertical de HCV e devem ser acompanhadas para otimização da terapia antirretroviral (TARV).
    - **Estadiamento da doença hepática**: Pacientes com sinais de doença hepática avançada (cirrose) ou com enzimas hepáticas elevadas (ALT/AST) devem ser monitoradas rigorosamente para prevenção de complicações maternas, como hipertensão portal e insuficiência hepática.
- Prevenção da Transmissão Vertical:
    - **Imunoprofilaxia para hepatite B no recém-nascido**: Todas as gestantes HBsAg positivas devem ser orientadas sobre a importância de administrar imunoglobulina anti-hepatite B (HBIG) e a primeira dose da vacina contra hepatite B ao recém-nascido nas primeiras 12 horas de vida, para prevenir a transmissão vertical.
    - **Antivirais durante a gestação (Hepatite B)**: Em casos de carga viral elevada (>200.000 UI/mL), pode ser indicado o uso de antivirais seguros durante a gestação (tenofovir) para reduzir o risco de transmissão perinatal.
    - **Aleitamento materno**: Na hepatite B, o aleitamento é permitido desde que o recém-nascido tenha recebido a imunoprofilaxia. Na hepatite C, o aleitamento é

geralmente seguro, exceto em casos de fissuras mamárias com sangramento, onde há risco de transmissão.

- Complicações Materno-Fetais:
  - **Risco de parto prematuro**: Pacientes com hepatite B ou C, especialmente com doenças hepáticas avançadas, podem ter maior risco de parto prematuro e devem ser monitoradas para complicações gestacionais.
  - **Risco de hemorragia**: Pacientes com doenças hepáticas associadas a disfunção da coagulação (como cirrose) têm maior risco de hemorragias durante o parto e no pós-parto imediato, necessitando de acompanhamento hospitalar de alto risco.
  - **Monitoramento do bem-estar fetal**: Pacientes com hepatite C podem apresentar maior risco de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), exigindo monitoramento fetal mais rigoroso com ultrassonografias frequentes.
- Tratamento e Controle na Gestação:
  - **Terapia antiviral (hepatite B)**: Pacientes com alta carga viral de hepatite B devem ser tratadas com antivirais durante o terceiro trimestre para reduzir o risco de transmissão ao recém-nascido.
  - **Monitoramento hepático**: Avaliação periódica da função hepática com enzimas hepáticas (ALT/AST), bilirrubinas e exames de coagulação deve ser realizada ao longo da gestação para monitorar a progressão da doença hepática.
  - **Terapia antiviral para hepatite C**: O uso de antivirais de ação direta (DAA) para hepatite C não é recomendado durante a gestação, sendo o tratamento postergado para o pós-parto. No entanto, o monitoramento da carga viral e da função hepática é essencial durante a gestação.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Diagnóstico prévio de hepatite B ou C, incluindo a carga viral e status do HBsAg ou HCV-RNA.
  - Uso prévio ou atual de antivirais (hepatite B) e resposta ao tratamento.
  - Presença de complicações hepáticas, como cirrose, hipertensão portal, ascite, ou encefalopatia hepática.
  - Histórico de co-infecções (HIV, hepatite D) ou outras condições associadas.
- **Exames realizados**:

- **Exames sorológicos**: HBsAg, HBeAg, anticorpos anti-HCV, HCV-RNA, e testes de função hepática (ALT, AST, bilirrubina, albumina).
- **Carga viral (VHB-DNA ou HCV-RNA)**: Avaliação da carga viral para determinar a necessidade de tratamento durante a gestação.

- **Avaliação da coagulação**: Testes de função de coagulação (INR, tempo de protrombina) para monitorar o risco de hemorragia durante o parto.
- **Ultrassonografia obstétrica**: Para monitorar o crescimento fetal e detectar sinais de restrição de crescimento intrauterino (RCIU).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antivirais (tenofovir, entecavir) ou outras terapias hepáticas, se aplicáveis.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como co-infecção com HIV, diabetes gestacional, hipertensão, ou doença hepática avançada.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica e laboratorial dos níveis de replicação viral, função hepática e presença de comorbidades. Monitoramento do bem-estar fetal com exames de imagem periódicos para avaliar o risco de complicações fetais.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada, com foco na prevenção da transmissão vertical, ajuste da terapia antiviral (para hepatite B, se necessário) e planejamento do parto com medidas de precaução para complicações hemorrágicas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **hepatite B** com alta carga viral serão tratadas com antivirais no terceiro trimestre e orientadas sobre a necessidade de imunoprofilaxia no recém-nascido.
  - Pacientes com **hepatite C** serão monitoradas para complicações hepáticas e o tratamento antiviral será postergado para o pós-parto.
  - Pacientes com **hepatite B ou C na gestação** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com acompanhamento intensivo e controle das complicações materno-fetais e prevenção da transmissão vertical.

9.3.1.105. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: HIV em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **HIV na gestação** requer um manejo cuidadoso para prevenir a transmissão vertical (da mãe para o bebê) e garantir a saúde materno-fetal. O uso adequado da terapia antirretroviral (TARV), o planejamento do parto e o acompanhamento do recém-nascido são essenciais para minimizar o risco de transmissão e garantir o bem-estar materno. O objetivo é reduzir a carga viral materna para níveis indetectáveis, prevenindo a transmissão do HIV ao feto e recém-nascido.

II. Critérios de Encaminhamento

- Gestante HIV-Positiva:
    - **Gestante com diagnóstico prévio de HIV**: Pacientes com diagnóstico conhecido de HIV devem ser encaminhadas para acompanhamento especializado assim que a gestação for confirmada, com foco no ajuste da terapia antirretroviral (TARV) e monitoramento da carga viral.
    - **Diagnóstico de HIV na gestação**: Pacientes diagnosticadas com HIV durante o pré-natal devem iniciar TARV imediatamente para reduzir a carga viral e prevenir a transmissão vertical.
    - **Pacientes sem TARV ou com falha terapêutica**: Gestantes que não estão em TARV ou que apresentam carga viral detectável apesar do uso da terapia devem ser acompanhadas com ajuste imediato da medicação e monitoramento frequente da carga viral.
- Monitoramento da Carga Viral e CD4:
    - **Carga viral indetectável (<50 cópias/mL)**: O objetivo da TARV é atingir níveis de carga viral indetectáveis para minimizar o risco de transmissão vertical. Pacientes devem ser monitoradas regularmente com exames de carga viral a cada trimestre.
    - **Carga viral detectável**: Pacientes com carga viral detectável (>50 cópias/mL) durante a gestação, especialmente no terceiro trimestre, têm risco aumentado de transmissão vertical e devem ter sua TARV ajustada.
    - **Contagem de CD4**: A contagem de linfócitos CD4 deve ser monitorada regularmente. Pacientes com contagem de CD4 <200 células/mm³ estão em risco de infecções oportunistas e requerem tratamento profilático adicional.
- Planejamento do Parto e Prevenção da Transmissão Vertical:
    - **Parto cesáreo eletivo**: Para pacientes com carga viral superior a 1.000 cópias/mL no final da gestação, o parto cesáreo eletivo deve ser realizado para minimizar o risco de transmissão vertical. O parto deve ser programado entre 38-39 semanas de gestação.

- **Parto vaginal**: Pacientes com carga viral indetectável (<50 cópias/mL) podem ser candidatas ao parto vaginal, desde que não haja outras contraindicações obstétricas.
- **Profilaxia intraparto com zidovudina (AZT)**: Em casos de carga viral elevada (>1.000 cópias/mL) ou desconhecida no momento do parto, a profilaxia intraparto com zidovudina intravenosa deve ser administrada.
- **Profilaxia pós-natal no recém-nascido**: Todos os recém-nascidos de mães HIV-positivas devem receber profilaxia antirretroviral com zidovudina nas primeiras 6-12 horas de vida e por pelo menos 4 semanas. Para recém-nascidos com maior risco de transmissão, pode ser indicada a combinação de medicamentos (zidovudina, lamivudina e nevirapina ou raltegravir) por 6 semanas.

- Aleitamento Materno:
  - **Contraindicação ao aleitamento**: O aleitamento materno é contraindicado em mães HIV-positivas, independentemente da carga viral. O uso de fórmulas infantis é recomendado para prevenir a transmissão do HIV ao recém-nascido.
- Complicações Materno-Fetais:
  - **Risco de parto prematuro**: Pacientes HIV-positivas podem ter maior risco de parto prematuro e devem ser monitoradas para complicações gestacionais.
  - **Infecções oportunistas**: Pacientes com contagem de CD4 baixa (<200 células/mm³) têm maior risco de infecções oportunistas, como pneumonia por Pneumocystis jirovecii, e devem receber profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima (Bactrim) ou outro medicamento adequado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Diagnóstico prévio de HIV e tempo de infecção.
  - Terapia antirretroviral (TARV) em uso e resposta ao tratamento.
  - Resultados recentes de carga viral e contagem de CD4.
  - Histórico de infecções oportunistas ou complicações associadas ao HIV.
- **Exames realizados**:
  - **Carga viral do HIV**: Exames de carga viral a cada trimestre para monitoramento da resposta à TARV e ajuste, se necessário.

- **Contagem de CD4**: Avaliação da contagem de CD4 para determinar o risco de infecções oportunistas e necessidade de profilaxia.
- **Exames de função hepática e renal**: Avaliação regular para monitorar o impacto da TARV e a saúde geral da paciente.
- **Ultrassonografia obstétrica**: Para monitorar o crescimento fetal e detectar sinais de restrição de crescimento intrauterino (RCIU).

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antirretrovirais, profilaxias contra infecções oportunistas (como sulfametoxazol-trimetoprima) e outros medicamentos relevantes.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como hipertensão, diabetes gestacional, ou co-infecções (hepatite B ou C).

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica e laboratorial para determinar a carga viral, contagem de CD4 e presença de comorbidades. Ajuste imediato da TARV, se necessário, com monitoramento da resposta ao tratamento.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada, com foco no controle da carga viral e no planejamento do parto para minimizar o risco de transmissão vertical. O bem-estar materno-fetal será monitorado com exames regulares de função hepática, renal e ultrassonografias obstétricas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **carga viral indetectável** podem ter parto vaginal planejado, enquanto aquelas com **carga viral elevada** (>1.000 cópias/mL) devem ser preparadas para parto cesáreo eletivo.
  - Recém-nascidos receberão **profilaxia antirretroviral** imediatamente após o nascimento e acompanhamento contínuo para garantir que não haja transmissão do HIV.
  - Pacientes com **HIV na gestação** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com acompanhamento intensivo para prevenção da transmissão vertical e controle adequado da saúde materno-fetal.

9.3.1.106. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Toxoplasmose em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

Toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, que pode ser transmitida verticalmente da mãe para o feto durante a gestação. A infecção congênita pode resultar em complicações graves, como hidrocefalia, calcificações intracranianas, coriorretinite, surdez e até morte fetal. O acompanhamento adequado é fundamental para diagnosticar e tratar a infecção, reduzindo o risco de transmissão e complicações fetais.

II. Critérios de Encaminhamento

- Toxoplasmose Aguda na Gestação:
    - **Diagnóstico de toxoplasmose primária**: Gestantes com sorologia positiva para IgM anti-Toxoplasma e soroconversão (IgG negativo inicial e positivo subsequente) devem ser tratadas de forma imediata para reduzir o risco de transmissão congênita.
    - **IgG positivo e IgM positivo**: Pacientes com IgG e IgM positivos, especialmente se o diagnóstico for recente, devem ser acompanhadas para confirmar a fase aguda da infecção e iniciar o tratamento profilático.
    - **Testes de avidez de IgG**: Em casos de IgG e IgM positivos, o teste de avidez de IgG pode ser usado para distinguir infecções recentes de infecções antigas. Níveis de avidez baixos indicam infecção recente, enquanto níveis altos sugerem infecção anterior à gestação.
- Risco de Transmissão Vertical:
    - **Início precoce da infecção**: A transmissão do Toxoplasma é mais rara no primeiro trimestre, mas quando ocorre, os riscos de malformações graves são mais altos. Pacientes diagnosticadas no início da gestação devem ser monitoradas com mais rigor.
    - **Início tardio da infecção**: A transmissão vertical é mais comum no segundo e terceiro trimestres, mas o feto pode apresentar sintomas menos graves. Mesmo assim, o acompanhamento e o tratamento devem ser realizados para prevenir complicações.
    - **Monitoramento fetal**: Pacientes com toxoplasmose aguda na gestação devem realizar ultrassonografias seriadas para monitorar o desenvolvimento fetal, buscando sinais de infecção congênita, como calcificações intracranianas, aumento do tamanho ventricular (hidrocefalia), e aumento do volume de líquido amniótico.
- Tratamento da Mãe e Prevenção da Transmissão Vertical:

- **Espiramicina**: Pacientes com infecção aguda confirmada na fase inicial da gestação (antes de 18 semanas) devem ser tratadas com espiramicina, que reduz o risco de transmissão placentária. A dose recomendada é 1g a cada 8 horas.
- **Pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico**: Após a confirmação de infecção fetal (via amniocentese com PCR positivo para Toxoplasma ou sinais de infecção em ultrassom), o tratamento materno deve incluir a combinação de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico para tratar tanto a mãe quanto o feto.
- **Profilaxia fetal**: Caso haja suspeita ou confirmação de infecção fetal, o tratamento deve continuar durante a gestação para minimizar os danos ao desenvolvimento fetal e prevenir complicações graves.

- Diagnóstico Fetal:
  - **Amniocentese**: Pacientes com toxoplasmose aguda devem ser oferecidas a amniocentese para detectar infecção fetal via PCR para Toxoplasma no líquido amniótico. Esse teste é geralmente indicado a partir da 18ª semana de gestação e pode confirmar se houve transmissão vertical.
  - **Ultrassonografia fetal**: Exames ultrassonográficos devem ser realizados regularmente para monitorar o crescimento fetal e identificar sinais de infecção congênita, como calcificações intracranianas, hidrocefalia, hepatoesplenomegalia e restrição de crescimento intrauterino.
- Complicações Materno-Fetais:
  - **Risco de malformações fetais**: A toxoplasmose congênita pode causar malformações graves, como hidrocefalia, calcificações intracranianas e coriorretinite, com impacto significativo na saúde do recém-nascido.
  - **Parto prematuro**: Pacientes com infecção grave ou complicações fetais podem ter risco aumentado de parto prematuro e devem ser monitoradas para sinais de trabalho de parto prematuro.
  - **Avaliação e tratamento neonatal**: Recém-nascidos de mães infectadas devem ser avaliados ao nascimento com exames clínicos, sorológicos e de imagem para identificar sinais de infecção congênita e iniciar tratamento adequado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Resultados dos testes sorológicos para toxoplasmose (IgG, IgM e avidez de IgG), com as datas dos testes e as mudanças nos níveis de anticorpos.

- Sintomas maternos de toxoplasmose aguda, como febre, fadiga, linfadenopatia ou dor muscular.
- História de contato com fontes de infecção por Toxoplasma (exposição a fezes de gatos, carne mal cozida ou solo contaminado).
- Resultados de exames de imagem fetal, como ultrassonografias com sinais de complicações fetais.

- **Exames realizados**:
  - **Sorologia para toxoplasmose**: Testes de IgG, IgM e avidez de IgG para determinar o tempo de infecção.
  - **Exame de PCR no líquido amniótico**: Resultados da amniocentese para detectar DNA do *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico.
  - **Ultrassonografia obstétrica**: Resultados de exames ultrassonográficos para monitorar o crescimento fetal e detectar malformações associadas à toxoplasmose congênita.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de espiramicina ou outros tratamentos recomendados.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como infecções crônicas ou doenças imunossupressoras.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação laboratorial para confirmar o diagnóstico de toxoplasmose aguda e exames de imagem para monitorar o desenvolvimento fetal. Monitoramento rigoroso da paciente e início imediato do tratamento para prevenir transmissão vertical.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada, com tratamento profilático (espiramicina) nas fases iniciais e tratamento com pirimetamina e sulfadiazina em casos de infecção fetal confirmada. Exames regulares de ultrassonografia e amniocentese serão realizados conforme necessário.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **toxoplasmose aguda sem infecção fetal** serão tratadas com espiramicina para reduzir o risco de transmissão vertical.
  - Pacientes com **infecção fetal confirmada** serão tratadas com a combinação de pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico até o final da gestação, para minimizar as complicações fetais.
  - Pacientes com **toxoplasmose aguda na gestação** ou **infecção fetal confirmada** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica

especializada, com acompanhamento intensivo para prevenção da transmissão vertical e controle das complicações materno-fetais.

9.3.1.107. **Protocolo para Consulta em Obstetrícia:** Condiloma Acuminado (Verrugas Genitais) e Verrugas Virais na Gestação

I. Condições Clínicas para Atendimento

O **condiloma acuminado** é causado pelo papilomavírus humano (HPV), especialmente os tipos de baixo risco (HPV 6 e 11), que levam ao surgimento de verrugas genitais ou anais. Durante a gestação, essas lesões podem aumentar em tamanho e número devido às alterações hormonais e imunológicas, podendo causar desconforto e, em casos graves, complicações durante o parto. O manejo adequado é fundamental para minimizar o desconforto materno e reduzir o risco de transmissão vertical durante o parto.

II. Critérios de Encaminhamento

- Condiloma Acuminado (Verrugas Genitais) na Gestação:
  - **Presença de verrugas genitais ou anais**: Gestantes que apresentam verrugas visíveis na região anogenital, diagnosticadas clinicamente, devem ser encaminhadas para tratamento adequado para reduzir os sintomas e o risco de complicações no parto.
  - **Crescimento das lesões durante a gestação**: Durante a gravidez, as verrugas podem crescer em tamanho e número devido às alterações imunológicas, aumentando o risco de complicações. Essas pacientes requerem acompanhamento para determinar a necessidade de intervenção.
  - **Verrugas volumosas ou obstrutivas**: Verrugas de grandes dimensões ou que podem interferir com o parto vaginal devem ser avaliadas para tratamento local antes do parto.
- Risco de Transmissão Vertical (Papilomatose Respiratória Juvenil):
  - **Parto vaginal em pacientes com condiloma acuminado**: Embora o risco de transmissão do HPV ao recém-nascido seja baixo, pode ocorrer a papilomatose respiratória juvenil, uma condição rara em que o recém-nascido desenvolve lesões na laringe devido à exposição ao HPV durante o parto vaginal. O risco de transmissão vertical é baixo, e o parto vaginal pode ser permitido na maioria dos casos, exceto quando as lesões forem volumosas ou obstrutivas.

- **Cesárea em casos específicos**: A cesariana pode ser indicada em casos de condiloma acuminado volumoso ou obstrutivo que comprometa o canal de parto, ou em casos onde o risco de transmissão ao recém-nascido seja considerado elevado.

- Tratamento Durante a Gestação:
  - **Terapia local (tratamentos tópicos)**: O tratamento das verrugas genitais em gestantes deve ser realizado com cautela. Cremes tópicos como imiquimode, podofilina e podofilotoxina não são recomendados durante a gestação. Alternativas seguras incluem crioterapia, ácido tricloroacético (ATA) e remoção cirúrgica (exérese).
  - **Crioterapia e exérese**: Para lesões maiores ou que causam desconforto, a crioterapia (congelamento das verrugas) ou exérese cirúrgica (remoção física) pode ser indicada. O ácido tricloroacético (ATA) pode ser aplicado diretamente nas lesões durante a gestação, sendo uma opção segura.
- Vigilância e Acompanhamento:
  - **Monitoramento das lesões**: Durante a gestação, as verrugas devem ser monitoradas para determinar a necessidade de tratamento adicional ou ajuste da abordagem terapêutica.
  - **Orientação sobre o parto**: Pacientes devem ser orientadas sobre as opções de parto, com base no tamanho e localização das verrugas, assim como os riscos de transmissão para o recém-nascido.
- Complicações Materno-Fetais:
  - **Parto prematuro ou complicações no parto**: Em casos raros, o crescimento excessivo das verrugas pode causar obstrução do canal de parto, resultando em complicações durante o parto vaginal. A cesárea pode ser indicada nesses casos.
  - **Papilomatose respiratória juvenil**: Embora rara, essa condição pode ocorrer em neonatos expostos ao HPV durante o parto vaginal. A cesárea não é recomendada como método de prevenção padrão, exceto em casos de lesões volumosas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Presença, localização e tamanho das verrugas genitais ou anais.
  - História prévia de tratamento para verrugas genitais, incluindo procedimentos realizados antes ou durante a gestação.

- Sintomas associados, como prurido, dor ou sangramento das lesões.
- Exame clínico para avaliar o crescimento das lesões durante a gestação.

- **Exames realizados**:
  - **Colposcopia ou anuscopia**, se aplicável: Exame para avaliar a extensão das lesões nas áreas anogenitais.
  - **Biópsia**: Em casos de lesões atípicas, grandes ou de crescimento rápido, a biópsia pode ser realizada para excluir malignidade.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de tratamentos tópicos ou procedimentos cirúrgicos realizados durante a gestação.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como infecções concomitantes por HIV ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica das lesões para determinar o tipo, tamanho e localização das verrugas, além da indicação para tratamento local seguro. Monitoramento regular das lesões ao longo da gestação para ajustar a abordagem terapêutica conforme necessário.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada para tratar as verrugas genitais de forma segura durante a gestação e planejar o parto com base nas condições clínicas e no tamanho das lesões.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **lesões pequenas ou assintomáticas** podem ser tratadas com opções seguras, como ácido tricloroacético (ATA) ou crioterapia.
  - Pacientes com **lesões volumosas ou obstrutivas** podem necessitar de exérese cirúrgica ou outras intervenções antes do parto para prevenir complicações.
  - Pacientes com **condiloma acuminado ou verrugas virais** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com tratamento adequado das lesões e planejamento do parto conforme a gravidade das lesões.

9.3.1.108. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Sífilis em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, e a **sífilis congênita** ocorre quando a infecção é transmitida da mãe para o feto. A sífilis na

gestação, se não tratada, pode resultar em sérias complicações para o feto, incluindo aborto, natimorto, malformações congênitas e morte neonatal. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado com penicilina benzatina são essenciais para prevenir a transmissão vertical e complicações graves.

II. Critérios de Encaminhamento

- Diagnóstico de Sífilis na Gestação:
  - **Teste treponêmico e não treponêmico positivo**: Pacientes com teste rápido para sífilis ou VDRL positivo, confirmado por um teste treponêmico (FTA-ABS, TPHA ou EIA), devem ser imediatamente encaminhadas para tratamento. O VDRL será usado para monitoramento da resposta ao tratamento.
  - **Sorologia positiva na primeira consulta pré-natal**: Toda gestante deve ser testada para sífilis na primeira consulta de pré-natal e novamente no terceiro trimestre, além do momento do parto, independentemente de histórico prévio. Gestantes com teste positivo em qualquer um desses momentos devem ser tratadas de forma imediata.
  - **Parceiros de gestantes com sífilis**: O tratamento deve ser estendido aos parceiros sexuais para evitar a reinfecção e garantir a erradicação da sífilis.
- Tratamento com Penicilina Benzatina:
  - **Penicilina benzatina**: A penicilina benzatina é o tratamento de escolha para todas as gestantes com sífilis, independentemente do estágio da infecção. Outras alternativas não são eficazes na prevenção da transmissão vertical.
  - **Sífilis primária, secundária ou latente recente (<1 ano de infecção)**: Administrar 2,4 milhões de unidades de penicilina benzatina, divididas em 1,2 milhão de unidades em cada glúteo, em dose única.
  - **Sífilis latente tardia ou de duração indeterminada**: Administrar 7,2 milhões de unidades de penicilina benzatina, divididas em três doses de 2,4 milhões de unidades, com intervalos de uma semana.
  - **Pacientes alérgicas à penicilina**: Gestantes alérgicas à penicilina devem ser submetidas a dessensibilização à penicilina, uma vez que não há tratamentos alternativos eficazes para prevenir a transmissão vertical.
- Prevenção da Transmissão Vertical:
  - **Tratamento precoce**: Quanto mais cedo a gestante for tratada, menores serão os riscos de transmissão vertical e de complicações fetais. O tratamento ideal deve ocorrer até a 28ª semana de gestação para máxima proteção fetal.

- **Monitoramento com VDRL**: A resposta ao tratamento deve ser monitorada com testes não treponêmicos (VDRL) trimestralmente, e uma redução de quatro vezes no título é esperada como sinal de resposta adequada ao tratamento.
- **Reavaliação no parto**: Mesmo após tratamento adequado, a reavaliação com VDRL no momento do parto é recomendada para garantir que a infecção esteja sob controle.

- Complicações Materno-Fetais:
  - **Sífilis congênita**: Quando não tratada adequadamente, a sífilis congênita pode resultar em malformações congênitas, como hepatosplenomegalia, lesões ósseas, anemia, icterícia, e surdez, entre outros problemas. A triagem precoce e o tratamento efetivo são essenciais para prevenir essas complicações.
  - **Parto prematuro ou natimorto**: Pacientes com sífilis ativa têm maior risco de parto prematuro, natimorto ou morte neonatal. Esses riscos são reduzidos com tratamento adequado e acompanhamento rigoroso.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Data e resultado dos testes sorológicos (VDRL, FTA-ABS, TPHA) realizados durante o pré-natal.
  - Estágio da sífilis (primária, secundária, latente recente, latente tardia ou sífilis terciária).
  - Histórico de tratamento com penicilina, incluindo doses e intervalos de aplicação.
  - Sintomas maternos, como úlceras genitais, lesões cutâneas ou linfadenopatia.
- **Exames realizados**:
  - **Testes sorológicos para sífilis**: VDRL e teste confirmatório treponêmico para monitorar o progresso do tratamento.
  - **Ultrassonografia obstétrica**: Para monitorar o crescimento fetal e detectar sinais de complicações fetais relacionadas à sífilis congênita.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de penicilina ou qualquer terapia alternativa realizada.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como coinfecções por HIV ou outras DSTs.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação laboratorial para confirmar o estágio da sífilis e planejamento do tratamento com penicilina benzatina. Monitoramento da resposta ao tratamento com testes sorológicos trimestrais e exames clínicos.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada, com foco no tratamento eficaz com penicilina e monitoramento do bem-estar fetal. Caso necessário, o parceiro sexual também deverá ser tratado.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **sífilis primária, secundária ou latente recente** receberão dose única de penicilina benzatina, enquanto pacientes com **sífilis latente tardia ou de duração indeterminada** receberão três doses semanais.
    - Pacientes alérgicas à penicilina serão submetidas à **dessensibilização à penicilina** para garantir o tratamento eficaz.
    - Pacientes com **sífilis na gestação** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com acompanhamento intensivo para garantir o tratamento adequado e prevenção da transmissão vertical.

9.3.1.109. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Alterações Ecográficas em Gestante

I. Condições Clínicas para Atendimento

Alterações ecográficas na gestação são achados durante ultrassonografias que podem indicar anormalidades fetais, problemas de desenvolvimento ou complicações gestacionais. O acompanhamento adequado dessas alterações é fundamental para o diagnóstico precoce, intervenção oportuna e planejamento do parto para garantir o melhor resultado materno-fetal.

II. Critérios de Encaminhamento

- Alterações na Ecografia do Primeiro Trimestre:
    - **Translucência nucal aumentada**: Medida da translucência nucal (TN) maior que 3,5 mm no primeiro trimestre pode indicar risco aumentado de anomalias cromossômicas, como a síndrome de Down (trissomia 21), ou malformações cardíacas. Pacientes com TN aumentada devem ser encaminhadas para exames adicionais, como o teste de DNA fetal livre ou biópsia de vilo corial.
    - **Anormalidades no saco gestacional**: Um saco gestacional que não evolui ou é considerado pequeno para a idade gestacional pode indicar uma gravidez

anembrionada ou aborto espontâneo iminente, requerendo acompanhamento clínico.

- **Ausência de batimentos cardíacos fetais**: A ausência de batimentos cardíacos no ultrassom transvaginal após 6-7 semanas de gestação é indicativo de aborto espontâneo, e o manejo deve ser feito com orientação médica para interrupção segura da gestação.
- Alterações na Ecografia do Segundo Trimestre:
- **Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU)**: Atraso no crescimento fetal abaixo do percentil 10 para a idade gestacional pode ser indicativo de restrição de crescimento intrauterino, associada a fatores como insuficiência placentária, hipertensão materna ou infecções congênitas. O monitoramento com Doppler de artérias umbilicais e fluxometria fetal deve ser realizado.
- **Anomalias estruturais**: Alterações morfológicas fetais, como malformações cardíacas, defeitos do tubo neural (espinha bífida) ou anencefalia, requerem encaminhamento para ecocardiografia fetal e avaliação especializada em medicina fetal.
- **Polidrâmnio ou oligodrâmnio**: Volume excessivo ou insuficiente de líquido amniótico pode estar associado a diabetes gestacional, anomalias fetais (como atresia esofágica) ou rupturas de membranas. Esses casos requerem monitoramento rigoroso e, em alguns casos, intervenções como amniocentese terapêutica.
- **Placenta prévia**: Placenta que cobre parcialmente ou totalmente o colo uterino pode levar a sangramentos durante a gravidez e ao parto, necessitando de planejamento cuidadoso para o momento e via de parto, geralmente por cesárea.

- Alterações na Ecografia do Terceiro Trimestre:
  - **Macrossomia fetal**: Um feto com peso estimado acima do percentil 90 para a idade gestacional pode indicar risco de complicações durante o parto vaginal, como distocia de ombro, e aumento da morbidade materna e fetal. Planejamento do parto cesáreo pode ser indicado em alguns casos.
  - **Malformações fetais tardias**: Algumas malformações, como a hidronefrose (dilatação dos rins) ou defeitos cardíacos, podem ser detectadas no terceiro trimestre. Esses casos devem ser encaminhados para centros de medicina fetal para avaliação e planejamento do parto, bem como para preparo neonatal.
  - **Diminuição dos movimentos fetais**: A diminuição da atividade fetal observada na ecografia ou relatada pela mãe pode indicar sofrimento fetal, especialmente se

associado a anormalidades no líquido amniótico ou na dopplervelocimetria. Monitoramento contínuo e, possivelmente, interrupção precoce da gestação devem ser considerados.

- **Descolamento prematuro de placenta**: Evidência de descolamento prematuro da placenta pode ser uma emergência obstétrica, resultando em sangramento significativo e sofrimento fetal, e pode exigir parto imediato.

- Achados na Dopplervelocimetria:
  - **Alteração no fluxo das artérias uterinas ou umbilicais**: Fluxo diastólico ausente, reverso ou restrito nas artérias umbilicais, ou aumento da resistência nas artérias uterinas, pode indicar insuficiência placentária, estando associada a RCIU e risco de pré-eclâmpsia. Esses achados exigem monitoramento intensivo e planejamento para interrupção precoce da gestação em casos graves.
  - **Ductus venoso anômalo**: Alterações no fluxo do ductus venoso podem indicar comprometimento cardiovascular fetal e risco de óbito intrauterino, sendo necessário acompanhamento rigoroso e, eventualmente, intervenções precoces.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Resultados de todas as ultrassonografias realizadas, com descrição das alterações detectadas e datas dos exames.
  - História obstétrica prévia, incluindo gestações anteriores com complicações ecográficas ou malformações fetais.
  - Condições maternas associadas, como hipertensão, diabetes gestacional ou infecções que possam afetar o desenvolvimento fetal.
- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia obstétrica**: Resultados detalhados das ultrassonografias com achados anormais, como malformações fetais, alterações no líquido amniótico ou crescimento fetal inadequado.
  - **Dopplervelocimetria**: Resultados dos estudos de Doppler, com especial atenção às artérias umbilicais, uterinas e ductus venoso.
  - **Exames laboratoriais**: Testes para descartar infecções congênitas (como citomegalovírus, toxoplasmose) ou condições maternas associadas (como pré-eclâmpsia).

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos relacionados a condições maternas, como insulina para diabetes ou anti-hipertensivos.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças crônicas, infecções ou complicações obstétricas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação detalhada das alterações ecográficas e decisão sobre a necessidade de monitoramento adicional, exames complementares ou intervenções terapêuticas. Encaminhamento para especialistas em medicina fetal, quando necessário.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada, com foco no monitoramento fetal, manejo das alterações detectadas e planejamento do parto, caso as complicações evoluam. Em casos de malformações fetais, um plano neonatal específico será elaborado.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **alterações ecográficas leves** ou monitoráveis serão acompanhadas com exames frequentes, incluindo ultrassonografias e Doppler.
    - Pacientes com **anormalidades graves** (RCIU, malformações fetais graves, ou sofrimento fetal) serão acompanhadas em centros especializados, com intervenção precoce ou interrupção da gestação conforme necessário.
    - Pacientes com **alterações ecográficas** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com acompanhamento intensivo, monitoramento contínuo e planejamento do parto conforme as complicações materno-fetais.

9.3.1.110. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: Isoimunização RH na Gestação

I. Condições Clínicas para Atendimento

A **isoimunização RH** ocorre quando uma gestante RH-negativa desenvolve anticorpos contra as hemácias RH-positivas do feto. Isso pode causar **doença hemolítica perinatal**, resultando em anemia fetal, hidropisia, e até morte fetal se não for diagnosticada e tratada precocemente. A prevenção, monitoramento e intervenção oportuna são essenciais para evitar complicações graves tanto para a mãe quanto para o feto.

II. Critérios de Encaminhamento

- Diagnóstico de Isoimunização RH:

- **Gestante RH-negativa com parceiro RH-positivo**: Pacientes com tipo sanguíneo RH-negativo, especialmente aquelas que já tiveram gestações anteriores, abortos, transfusões sanguíneas ou procedimentos invasivos (como amniocentese), devem ser testadas para anticorpos anti-RH (Coombs indireto) no início do pré-natal.
- **Coombs indireto positivo**: A presença de anticorpos anti-RH no sangue materno (teste de Coombs indireto positivo) confirma a sensibilização, e essas gestantes devem ser acompanhadas rigorosamente para monitorar o risco de doença hemolítica no feto.

- Prevenção da Isoimunização RH:
  - **Profilaxia com imunoglobulina anti-D (Rhogam)**:
  - **Gestante RH-negativa e Coombs negativo**: Gestantes RH-negativas sem evidência de sensibilização (Coombs indireto negativo) devem receber imunoglobulina anti-D em 28 semanas de gestação como medida profilática.
  - **Após eventos com risco de exposição ao sangue fetal**: A imunoglobulina anti-D deve ser administrada após qualquer evento que possa expor a mãe ao sangue fetal RH-positivo, como aborto, sangramento, amniocentese, ou traumas abdominais.
  - **Pós-parto**: Se o recém-nascido for RH-positivo, a gestante deve receber uma dose adicional de imunoglobulina anti-D nas primeiras 72 horas após o parto para prevenir a sensibilização em futuras gestações.
- Monitoramento Fetal em Gestantes Isoimunizadas:
  - **Títulos de anticorpos maternos**: O título de anticorpos anti-RH (Coombs indireto) deve ser monitorado regularmente durante a gestação. Um título de 1:16 ou superior é considerado de alto risco para doença hemolítica fetal.
  - **Ultrassonografia com Doppler de artéria cerebral média**: Pacientes com títulos elevados de anticorpos devem ser monitoradas com Doppler da artéria cerebral média do feto, que pode indicar anemia fetal quando o fluxo sanguíneo é aumentado. Este é o método não invasivo mais sensível para detectar anemia fetal.
  - **Amniocentese ou cordocentese**: Em casos de suspeita de anemia fetal grave, a amniocentese pode ser realizada para medir a bilirrubina no líquido amniótico, e a cordocentese pode ser usada para medir diretamente os níveis de hemoglobina fetal e confirmar a presença de anemia grave.
- Tratamento da Anemia Fetal:

- **Transfusão intrauterina**: Se a anemia fetal grave for confirmada (geralmente indicada por Doppler da artéria cerebral média ou resultados de cordocentese), transfusões intrauterinas de concentrado de hemácias RH-negativas podem ser necessárias para corrigir a anemia e prolongar a gestação até o termo ou até o parto planejado.
- **Planejamento do parto**: Dependendo da gravidade da anemia fetal e da resposta às transfusões intrauterinas, o parto pode ser planejado antes do termo, idealmente após 34 semanas de gestação, quando há maior segurança para o recém-nascido.
- Complicações Materno-Fetais:
    - **Hidropisia fetal**: A isoimunização RH pode levar à hidropisia fetal, caracterizada por acúmulo de líquido nos tecidos fetais, edema, ascite e derrame pleural, resultando em risco elevado de morte fetal intraútero.
    - **Doença hemolítica neonatal**: Recém-nascidos de mães isoimunizadas estão em risco de icterícia neonatal grave e kernicterus, e devem ser monitorados e tratados com fototerapia e, se necessário, exsanguineotransfusão.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Tipo sanguíneo da gestante e do parceiro.
    - Resultados dos testes de Coombs indireto e títulos de anticorpos anti-D, se disponíveis.
    - História de gestações anteriores e complicações relacionadas, como abortos ou transfusões sanguíneas.
    - Episódios de sangramento ou procedimentos invasivos durante a gestação atual (amniocentese, traumas).
- **Exames realizados**:
    - **Ultrassonografia obstétrica e Doppler de artéria cerebral média**: Para monitoramento do bem-estar fetal e sinais de anemia.
    - **Cordocentese ou amniocentese**, se realizadas: Resultados de exames que confirmem anemia fetal ou hidropisia.
    - **Títulos de anticorpos anti-D**: Resultados e datas das medições para acompanhamento.
    - **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de imunoglobulina anti-D e outros tratamentos aplicados.

- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como complicações anteriores relacionadas à isoimunização ou doenças crônicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação do histórico sanguíneo da mãe e resultados dos testes de anticorpos anti-RH. Monitoramento frequente dos títulos de anticorpos e realização de ultrassonografias seriadas com Doppler da artéria cerebral média para detecção precoce de anemia fetal.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada em medicina fetal, com tratamento profilático com imunoglobulina anti-D, monitoramento regular dos anticorpos e avaliação do bem-estar fetal.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **títulos baixos** de anticorpos serão monitoradas periodicamente, enquanto pacientes com **títulos elevados** e sinais de anemia fetal serão acompanhadas de perto com Doppler fetal e, em casos graves, transfusão intrauterina será indicada.
  - **Parto planejado** será realizado em centros especializados, dependendo da resposta ao tratamento e do estado do feto.
  - Pacientes com **isoimunização RH** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica e acompanhamento especializado, com foco no monitoramento intensivo e intervenções para prevenir e tratar a anemia fetal e complicações relacionadas.

9.3.1.111. **Protocolo para Consulta em Obstetrícia:** Condições Clínicas de Risco à Gestação Atual

I. Condições Clínicas de Risco para a Gestação

Algumas condições clínicas pré-existentes ou que se desenvolvem durante a gestação podem aumentar o risco tanto para a mãe quanto para o feto, exigindo monitoramento especializado e manejo adequado. Essas condições incluem doenças crônicas, complicações obstétricas, doenças infecciosas e fatores anatômicos, todos os quais podem afetar a evolução da gravidez e o desfecho perinatal.

II. Principais Condições Clínicas de Risco

- Doenças Cardiovasculares:

- **Cardiopatias congênitas ou adquiridas**: Gestantes com doenças cardíacas pré-existentes, como valvopatias (estenose mitral, insuficiência mitral, estenose aórtica) ou hipertensão pulmonar, apresentam risco aumentado de descompensação cardíaca, insuficiência cardíaca e arritmias durante a gestação.
- **Hipertensão arterial sistêmica**: Hipertensão crônica ou hipertensão gestacional mal controlada está associada a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e parto prematuro.

- Doenças Endócrinas:
  - **Diabetes mellitus**: O diabetes preexistente ou o diabetes gestacional mal controlado pode resultar em complicações como macrossomia fetal, polidrâmnio, malformações congênitas, parto prematuro e morte fetal intraútero. O controle glicêmico rigoroso é fundamental.
  - **Hipotireoidismo e hipertireoidismo**: A disfunção tireoidiana, se não tratada, pode aumentar o risco de aborto, parto prematuro, pré-eclâmpsia e deficiência de desenvolvimento neurológico fetal.
- Doenças Autoimunes:
  - **Lúpus eritematoso sistêmico (LES)**: Gestantes com LES têm maior risco de pré-eclâmpsia, trombose, restrição de crescimento fetal, e parto prematuro. A presença de anticorpos antifosfolípides aumenta o risco de complicações trombóticas e abortos recorrentes.
  - **Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF)**: Esta condição autoimune aumenta o risco de trombose, pré-eclâmpsia, e abortamento recorrente, e o tratamento inclui o uso de anticoagulantes profiláticos (heparina e aspirina) durante a gestação.
- Doenças Infecciosas:
  - **Infecções por HIV**: O HIV mal controlado aumenta o risco de transmissão vertical e complicações durante a gestação. A adesão à terapia antirretroviral (TARV) e o monitoramento da carga viral são essenciais para minimizar a transmissão ao recém-nascido.
  - **Hepatite B e C**: Gestantes com hepatite crônica têm maior risco de complicações hepáticas e transmissão vertical. A carga viral deve ser monitorada, e antivirais podem ser indicados para reduzir a transmissão da hepatite B.
  - **Infecções congênitas**: Infecções como toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola e sífilis durante a gestação estão associadas a malformações fetais, aborto, e

morte neonatal. O tratamento e monitoramento adequados podem prevenir essas complicações.

- Doenças Renais:
  - **Doença renal crônica**: Gestantes com insuficiência renal crônica têm maior risco de pré-eclâmpsia, restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro. O acompanhamento nefrológico é necessário para monitorar a função renal e ajustar o manejo da gestação.
  - **Infecções urinárias recorrentes**: Infecções urinárias recorrentes durante a gestação podem causar complicações como pielonefrite, aumento do risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer.
- Doenças Respiratórias:
  - **Asma grave**: Gestantes com asma não controlada têm maior risco de complicações respiratórias e parto prematuro. O controle adequado com broncodilatadores e corticosteróides inalatórios é fundamental.
  - **Apneia obstrutiva do sono**: A apneia do sono pode exacerbar condições como hipertensão e diabetes, aumentando o risco de complicações gestacionais.
- Complicações Obstétricas:
  - **Pré-eclâmpsia e eclâmpsia**: Gestantes com pré-eclâmpsia apresentam risco de descolamento prematuro de placenta, restrição de crescimento fetal, eclâmpsia e morte fetal. O monitoramento regular da pressão arterial, proteinúria e sinais de complicação é crucial.
  - **Placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta**: Essas complicações estão associadas a hemorragia materna grave, sofrimento fetal e parto prematuro. O planejamento do parto, frequentemente por cesárea, é necessário nesses casos.
  - **Gravidez múltipla**: Gestantes com múltiplos fetos têm maior risco de complicações como parto prematuro, pré-eclâmpsia, e restrição de crescimento fetal.
- Fatores de Risco Psicossociais e Comportamentais:
  - **Uso de drogas e substâncias**: Gestantes que fazem uso de drogas ilícitas, álcool ou tabaco apresentam risco aumentado de complicações fetais, incluindo baixo peso ao nascer, malformações congênitas e restrição de crescimento intrauterino.
  - **Depressão e ansiedade**: Problemas de saúde mental durante a gestação podem aumentar o risco de parto prematuro e complicações neonatais. O acompanhamento psicológico e psiquiátrico é essencial.

- Fatores Anatômicos:
    - **Incompetência istmo-cervical**: A insuficiência cervical pode levar a aborto ou parto prematuro. A cerclagem cervical pode ser indicada para prevenir essas complicações.
    - **Malformações uterinas**: Alterações anatômicas como útero bicorno ou septado podem estar associadas a aborto recorrente ou restrição de crescimento fetal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Diagnóstico prévio de condições de risco, incluindo doenças crônicas, infecções, complicações obstétricas anteriores, ou uso de substâncias.
    - Histórico de complicações gestacionais prévias, como abortos espontâneos, partos prematuros, ou malformações fetais.
    - Histórico de tratamentos em andamento, como uso de anticoagulantes, insulina, ou imunossupressores.
- **Exames realizados**:
    - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, glicemia, função renal, sorologias para infecções, função hepática e outros conforme a condição clínica.
    - **Ultrassonografia obstétrica**: Exames realizados para monitorar o crescimento fetal e detectar sinais de complicações.
    - **Dopplervelocimetria**, se aplicável: Exames para monitoramento do bem-estar fetal e função placentária.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos relacionados à condição de risco, como antihipertensivos, insulina, anticoagulantes ou imunossupressores.
- **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como diabetes, hipertensão, doenças autoimunes ou infecções.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da condição de risco e monitoramento regular do bem-estar materno-fetal, com exames clínicos e laboratoriais frequentes para detectar precocemente qualquer complicação.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe multidisciplinar, incluindo especialistas como endocrinologistas, cardiologistas, nefrologistas ou infectologistas, conforme a condição clínica.

- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **doenças controladas** serão monitoradas regularmente, enquanto aquelas com **complicações graves** serão acompanhadas em centros de referência, com possibilidade de intervenção precoce ou parto planejado.
    - **Intervenções terapêuticas** podem incluir ajustes de medicação, acompanhamento mais frequente e planejamento de um parto em um ambiente com suporte especializado.
    -
    - Pacientes com **condições clínicas de risco à gestação** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com acompanhamento intensivo para prevenção e controle das complicações materno-fetais.

9.3.1.112. Protocolo para Consulta em Obstetrícia: **Condições Clínicas de Risco em Gestação Prévia**

I. Condições Clínicas de Risco em Gestações Anteriores

Algumas complicações ocorridas em gestações anteriores aumentam o risco de recorrência de problemas em gestações subsequentes. Pacientes com histórico de condições obstétricas ou clínicas graves devem ser monitoradas de perto para prevenir a repetição dessas complicações e garantir um bom desfecho materno-fetal.

II. Principais Condições de Risco Relacionadas a Gestações Anteriores

- Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia:
    - **História de pré-eclâmpsia**: Pacientes que apresentaram pré-eclâmpsia em gestação anterior têm maior risco de desenvolver a condição novamente. O risco é maior em gestantes com pré-eclâmpsia precoce, especialmente antes de 34 semanas.
    - **Complicações da pré-eclâmpsia anterior**: Se houve complicações como descolamento prematuro de placenta, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), parto prematuro ou óbito fetal, o acompanhamento deve ser intensificado.
    - **Profilaxia com aspirina**: Pacientes com histórico de pré-eclâmpsia podem se beneficiar do uso profilático de aspirina em baixas doses, iniciada no final do primeiro trimestre, para reduzir o risco de recorrência.
- Diabetes Gestacional:

- **História de diabetes gestacional**: Pacientes com diabetes gestacional em gestações anteriores têm maior risco de desenvolver novamente a condição em futuras gestações, além de apresentar maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 no futuro.
- **Complicações associadas**: O histórico de diabetes gestacional pode estar associado a macrossomia fetal, polidrâmnio e complicações no parto, como distocia de ombro. O controle rigoroso da glicemia é necessário desde o início da gestação atual.

- Parto Prematuro:
  - **História de parto prematuro**: O risco de novo parto prematuro é maior em pacientes que já tiveram parto antes de 37 semanas em gestações anteriores, especialmente se o parto prematuro foi espontâneo.
  - **Profilaxia com progesterona**: Em alguns casos, o uso de progesterona vaginal pode ser indicado para prevenir o parto prematuro em pacientes com história de partos prematuros anteriores.
- Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU):
  - **História de RCIU**: Pacientes que tiveram fetos com restrição de crescimento intrauterino em gestações anteriores apresentam maior risco de recorrência, especialmente se a RCIU foi associada a insuficiência placentária ou hipertensão.
  - **Monitoramento rigoroso do crescimento fetal**: Durante a gestação atual, é necessário o monitoramento frequente do crescimento fetal por meio de ultrassonografias seriadas e dopplervelocimetria para detectar precocemente sinais de insuficiência placentária.
- Aborto de Repetição:
  - **História de abortos espontâneos**: Pacientes com histórico de dois ou mais abortos consecutivos devem ser investigadas para causas subjacentes, como trombofilias, anomalias uterinas, ou insuficiência de corpo lúteo.
  - **Tratamento preventivo**: Em casos de trombofilias ou síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF), o uso de anticoagulantes profiláticos (heparina) e aspirina pode ser indicado. Para insuficiência de corpo lúteo, a suplementação de progesterona é recomendada.
- Descolamento Prematuro de Placenta:
  - **História de descolamento prematuro de placenta**: Pacientes que apresentaram descolamento placentário em gestações anteriores têm maior risco de recorrência, especialmente se associado a hipertensão ou pré-eclâmpsia.

- **Monitoramento intensivo**: O monitoramento cuidadoso da pressão arterial e sinais de complicações placentárias, com exames de ultrassonografia, é fundamental.

- Placenta Prévia:
  - **História de placenta prévia**: Pacientes com antecedente de placenta prévia têm maior risco de placenta prévia ou acreta em gestações subsequentes, especialmente após cesarianas anteriores.
  - **Monitoramento ecográfico**: A localização da placenta deve ser monitorada por ultrassonografia para planejar adequadamente o parto, que muitas vezes será cesárea.
- Cirurgia Uterina Anterior:
  - **História de cesariana ou miomectomia**: Gestantes com histórico de cirurgia uterina, como cesárea ou remoção de miomas, têm maior risco de ruptura uterina em gestações subsequentes.
  - **Planejamento do parto**: O parto vaginal após cesárea pode ser uma opção dependendo da história cirúrgica, mas a decisão deve ser baseada no risco de ruptura uterina.
- Isoimunização RH:
  - **História de isoimunização**: Pacientes que tiveram complicações relacionadas à isoimunização RH em gestações anteriores, como anemia fetal grave ou hidropisia fetal, têm risco aumentado de recorrência em gestações subsequentes.
  - **Monitoramento com doppler fetal**: O uso de dopplervelocimetria da artéria cerebral média e, se necessário, transfusões intrauterinas pode ser indicado para monitorar e tratar a anemia fetal.
- Complicações Infecciosas:
  - **História de infecção congênita**: Pacientes com histórico de infecções como toxoplasmose, citomegalovírus ou sífilis que resultaram em complicações fetais têm maior risco de complicações em gestações subsequentes. A reavaliação e tratamento precoce de infecções maternas são essenciais para evitar recorrência.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em obstetrícia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Complicações obstétricas anteriores, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, parto prematuro, aborto espontâneo, descolamento prematuro de placenta, ou restrição de crescimento fetal.
- Histórico de intervenções anteriores, como cerclagem cervical, uso de progesterona, ou transfusões intrauterinas.
- Condições clínicas associadas, como hipertensão, diabetes, trombofilias ou infecções.

- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Incluindo exames para monitoramento de glicemia, função renal, testes de coagulação (em casos de trombofilias), e sorologias para infecções.
  - **Ultrassonografia obstétrica**: Para monitorar o crescimento fetal e a localização da placenta.
  - **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anticoagulantes, aspirina, insulina, progesterona ou outros tratamentos profiláticos.
  - **Comorbidades**: Outras condições relevantes, como doenças crônicas, autoimunes ou antecedentes cirúrgicos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação da história obstétrica e clínica da gestante, com identificação de fatores de risco. Monitoramento contínuo de complicações potenciais durante a gestação atual, com base nos eventos anteriores.
- **Avaliação obstétrica**: A gestante será acompanhada por uma equipe especializada, com foco na prevenção e manejo de complicações com base no histórico anterior. O planejamento do parto será ajustado conforme as complicações observadas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **histórico de complicações leves** serão monitoradas regularmente, enquanto aquelas com **histórico de complicações graves** terão acompanhamento intensivo e, possivelmente, intervenções precoces, como uso de medicamentos profiláticos ou planejamento de parto em centros especializados.
  - Pacientes com **histórico de complicações obstétricas anteriores** serão **encaminhadas para regulação** para avaliação obstétrica especializada, com monitoramento intensivo para prevenir a recorrência de complicações e garantir um desfecho materno-fetal seguro.

9.3.1.113. Protocolo para Consulta em Oftalmologia: **Distúrbios de Acomodação e Retração Ocular**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Distúrbios de acomodação referem-se à incapacidade do olho de focar adequadamente em objetos próximos ou distantes devido a problemas na flexibilidade do cristalino. **Distúrbios de retração ocular**, por sua vez, envolvem a posição anormal das pálpebras ou globo ocular, como na doença de Graves, que pode causar retração palpebral. Ambas as condições requerem encaminhamento para oftalmologia para avaliação e tratamento especializado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Distúrbios de Acomodação:
  - **Presbiopia (dificuldade de focar objetos próximos)**: Pacientes acima de 40 anos que relatam dificuldade progressiva para leitura e outras tarefas de perto, sinalizando a perda natural da acomodação com a idade, devem ser encaminhados para avaliação de presbiopia e prescrição de óculos.
  - **Acomodação insuficiente ou espasmo de acomodação**: Pacientes, especialmente jovens, que apresentam fadiga visual, dificuldade para mudar o foco de longe para perto, dores de cabeça frequentes e visão borrada após atividades visuais prolongadas podem ter distúrbios da acomodação. A avaliação oftalmológica é necessária para determinar a causa e tratamento, que pode incluir óculos corretivos ou terapia visual.
  - **Pseudofacquia (pós-cirurgia de catarata)**: Pacientes submetidos à cirurgia de catarata com implante de lentes intraoculares podem necessitar de ajuste ou acompanhamento para queixas relacionadas à acomodação. O acompanhamento oftalmológico pode identificar a necessidade de lentes de óculos multifocais ou adaptação da lente intraocular.
- Distúrbios de Retração Palpebral ou Ocular:
  - **Retração palpebral (doença de Graves)**: Pacientes com retração da pálpebra superior, caracterizada pela exposição excessiva da esclera (parte branca do olho) acima da íris, devem ser encaminhados para avaliação de doença de Graves ou outros distúrbios da tireoide que causam oftalmopatia. O tratamento pode incluir lubrificação ocular, tratamento hormonal e, em casos graves, cirurgia.

- **Exoftalmia (protusão do globo ocular)**: Pacientes com exoftalmia, em que os olhos parecem "saltados" para fora das órbitas, também devem ser encaminhados para avaliação, especialmente quando associada a sintomas sistêmicos como hipertireoidismo, dor, ou visão dupla. O tratamento depende da causa subjacente e pode envolver controle da doença sistêmica ou cirurgia orbitária.
- **Retração ocular pós-trauma ou cirurgia**: Pacientes que desenvolveram retração palpebral ou deslocamento do globo ocular após trauma, cirurgia ou infecções devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica urgente, já que essas condições podem causar exposição corneana e ulceração, necessitando de tratamento imediato.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em oftalmologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas relacionados à visão (borramento visual, dificuldade para focar de perto ou de longe, dor ocular, visão dupla).
  - Condições sistêmicas associadas (doenças da tireoide, hipertensão, diabetes, trauma recente, ou cirurgias oftalmológicas).
  - História de uso de óculos, cirurgia refrativa ou de catarata, e tratamentos em andamento.
- **Exames realizados**:
  - **Refração**: Avaliação da acuidade visual e necessidade de correção com lentes.
  - **Ultrassonografia ocular ou tomografia orbitária**, se aplicável: Resultados de exames de imagem para avaliar o envolvimento orbital em casos de exoftalmia ou retração ocular.
  - **Avaliação laboratorial**, se aplicável: Resultados de testes relacionados a disfunções da tireoide (TSH, T4 livre), especialmente em casos de suspeita de doença de Graves.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de óculos, lentes de contato, medicamentos para tireoide ou outros tratamentos que possam estar relacionados aos sintomas oculares.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Avaliação clínica para determinar a gravidade dos sintomas de acomodação ou retração ocular, com exame oftalmológico completo. Encaminhamento para exames complementares e tratamento conforme necessário.
- **Avaliação oftalmológica**: A avaliação oftalmológica inclui exames de refração, avaliação da acomodação ocular, e exames orbitários para casos de retração ocular ou exoftalmia. A gestão pode envolver prescrição de óculos corretivos, terapia visual, tratamentos hormonais ou cirúrgicos.
    - **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **presbiopia** ou **acometimentos leves de acomodação** podem ser tratados com óculos corretivos ou terapia visual.
    - Pacientes com **exoftalmia grave**, **retração palpebral** ou **condições orbitárias graves** devem ser encaminhados para tratamentos mais complexos, como cirurgia de órbita ou tratamentos hormonais.
    - Pacientes com **distúrbios de acomodação ou retração ocular** serão **encaminhados para regulação** para avaliação oftalmológica especializada, com acompanhamento contínuo e planejamento terapêutico adequado conforme a gravidade do quadro.

9.3.1.114. Protocolo para Consulta em Oftalmologia: Cataratas em Adulto

I. Condições Clínicas para Atendimento

Catarata é a opacificação do cristalino, a lente natural do olho, que compromete a visão ao interferir na passagem da luz. É uma condição comum em adultos, especialmente em pessoas idosas, mas pode ocorrer mais precocemente devido a trauma, doenças sistêmicas, uso prolongado de medicamentos (como corticosteroides) ou exposição excessiva à radiação. O encaminhamento para avaliação oftalmológica é essencial para o diagnóstico, acompanhamento e decisão sobre a necessidade de cirurgia.

II. Critérios para Encaminhamento

- Sintomas e Sinais de Catarata:
    - **Diminuição progressiva da visão**: Pacientes que relatam uma perda gradual da visão, principalmente para longe, com ou sem mudança na refração (aumento ou diminuição do grau dos óculos), devem ser encaminhados para investigação de catarata.

- **Visão turva ou embaçada**: Pacientes que se queixam de visão "embaçada", como se estivessem olhando através de uma janela nublada, podem estar desenvolvendo catarata.
- **Glare ou halos em torno das luzes**: Dificuldade em enxergar à noite ou presença de halos em torno de luzes, especialmente ao dirigir à noite, são sintomas comuns de catarata.
- **Troca frequente de óculos**: Mudanças constantes no grau dos óculos sem melhora significativa da visão podem indicar a progressão da catarata.
- **Dificuldade em distinguir cores**: Algumas cataratas podem afetar a percepção de cores, deixando-as mais "desbotadas" ou amareladas.

- Fatores de Risco para Catarata:
  - **Idade avançada**: O risco de catarata aumenta significativamente com o envelhecimento, sendo comum após os 60 anos.
  - **Doenças sistêmicas**: Pacientes com diabetes têm maior risco de desenvolver catarata precocemente.
  - **Uso de corticosteroides**: O uso prolongado de corticosteroides, tanto sistêmicos quanto tópicos, aumenta o risco de catarata subcapsular posterior.
  - **Trauma ocular**: Pacientes com histórico de lesões oculares podem desenvolver catarata secundária ao trauma.
  - **Exposição excessiva à luz ultravioleta (UV)**: A exposição prolongada ao sol sem proteção ocular adequada pode acelerar o desenvolvimento de catarata.
  - **História familiar de catarata**: Pacientes com histórico familiar de catarata precoce têm maior risco de desenvolver a condição.
- Diagnóstico e Monitoramento:
  - **Avaliação da acuidade visual**: A redução da acuidade visual, mesmo com correção óptica adequada, é um dos principais sinais de catarata. Pacientes que não melhoram com o ajuste de óculos devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica.
  - **Exame de lâmpada de fenda**: A catarata pode ser confirmada e classificada em tipos (catarata nuclear, cortical, subcapsular posterior) através do exame de lâmpada de fenda realizado por um oftalmologista.
  - **Outros exames complementares**: Em alguns casos, exames como ultrassonografia ocular ou tomografia de coerência óptica (OCT) podem ser indicados para avaliar outras condições associadas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em oftalmologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas de diminuição progressiva da visão, dificuldade em enxergar à noite, percepção de halos em torno de luzes ou mudança na percepção de cores.
  - Condições associadas, como diabetes mellitus, uso prolongado de corticosteroides, ou histórico de trauma ocular.
  - História de troca frequente de óculos sem melhora significativa da visão.
- **Exames realizados**:
  - **Acuidade visual corrigida**: Resultados da avaliação de acuidade visual com e sem correção óptica.
  - **Avaliação refracional**: Mudanças frequentes ou significativas no grau dos óculos.
  - **Exames sistêmicos relevantes**: Resultados de exames de controle de diabetes ou outras condições sistêmicas que possam estar relacionadas ao desenvolvimento da catarata.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar relacionados ao desenvolvimento da catarata, como corticosteroides ou outras drogas sistêmicas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes que apresentem sintomas de catarata devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica completa, incluindo exames de lâmpada de fenda para confirmação do diagnóstico e classificação da catarata.
- **Avaliação oftalmológica**: O oftalmologista avaliará a densidade da catarata, seu impacto na acuidade visual e indicará o momento mais adequado para a cirurgia. Em alguns casos, a cirurgia precoce pode ser necessária para evitar complicações, como glaucoma secundário.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **catarata leve** e visão funcional podem ser monitorados regularmente, sem necessidade imediata de cirurgia.
  - Pacientes com **catarata moderada a severa**, que afeta significativamente a qualidade de vida e a visão, devem ser encaminhados para cirurgia de facoemulsificação, com implante de lente intraocular.

- Pacientes com **catarata diagnosticada** que apresentam perda de visão significativa serão **encaminhados para regulação** para avaliação cirúrgica, com acompanhamento pós-operatório para garantir recuperação adequada e ajustar o uso de óculos ou outras correções visuais, se necessário.

9.3.1.115. Protocolo para Consulta em Oftalmologia: **Retinopatia e Outras Doenças da Retina**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Doenças da retina, incluindo **retinopatia diabética**, **retinopatia hipertensiva**, **degeneração macular relacionada à idade (DMRI)**, **descolamento de retina**, entre outras, podem comprometer gravemente a visão se não diagnosticadas e tratadas a tempo. O encaminhamento para oftalmologia deve ser feito em casos de sintomas visuais sugestivos de doenças retinianas ou em pacientes com condições de risco para essas patologias.

II. Critérios para Encaminhamento

- Retinopatia Diabética
  - **Pacientes com diabetes mellitus tipo 1 ou tipo 2**: Todos os pacientes diabéticos devem ser encaminhados para exames oftalmológicos regulares para rastreamento de retinopatia diabética, mesmo na ausência de sintomas visuais. O exame inicial deve ser feito no momento do diagnóstico de diabetes tipo 2 e cinco anos após o diagnóstico de diabetes tipo 1.
  - **Sintomas visuais**: Pacientes diabéticos que apresentam visão embaçada, manchas ou áreas escuras na visão, perda de visão central ou periférica, ou flutuadores (manchas flutuantes no campo visual) devem ser encaminhados imediatamente para avaliação oftalmológica.
  - **Presença de edema macular diabético**: O edema macular, que é o acúmulo de fluido na retina central (mácula), é uma complicação frequente da retinopatia diabética e requer tratamento urgente, geralmente com injeções intravítreas de medicamentos anti-VEGF ou corticosteroides.
- Retinopatia Hipertensiva
  - **Pacientes com hipertensão arterial descontrolada**: Pacientes com história de hipertensão de longa data ou controle inadequado da pressão arterial podem desenvolver retinopatia hipertensiva. Esses pacientes devem ser encaminhados

para avaliação oftalmológica regular, especialmente se apresentarem queixas visuais.

  - **Sintomas visuais**: Diminuição da acuidade visual, visão turva ou perda de visão periférica podem ser sinais de retinopatia hipertensiva. Nesses casos, o exame oftalmológico deve ser feito o mais rápido possível para avaliação do grau de dano retiniano.

- Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI)
  - **Idade avançada (geralmente acima de 60 anos)**: Pacientes idosos com queixas de visão central embaçada, dificuldade em ler ou enxergar detalhes finos, ou percepção de linhas tortas (metamorfopsia) devem ser avaliados para DMRI.
  - **DMRI seca**: A forma seca da DMRI é caracterizada pela atrofia progressiva da mácula e geralmente progride de forma mais lenta, mas deve ser monitorada de perto.
  - **DMRI exsudativa (úmida)**: A forma úmida da DMRI pode levar a perda rápida e severa da visão central devido à formação de vasos sanguíneos anormais sob a retina, que vazam líquido ou sangue. Essa condição requer tratamento imediato com injeções intravítreas de medicamentos anti-VEGF para preservar a visão.
- Descolamento de Retina
  - **Sintomas de descolamento de retina**: Pacientes que apresentam sintomas como flashes de luz (fotopsia), "cortina" ou sombra que obscurece parte da visão, perda súbita da visão ou flutuadores visuais novos devem ser encaminhados imediatamente para avaliação oftalmológica de emergência. O descolamento de retina é uma urgência oftalmológica e, se não tratado rapidamente, pode resultar em perda permanente da visão.
  - **Fatores de risco**: Pacientes com história de trauma ocular, alta miopia ou cirurgia ocular anterior (como cirurgia de catarata) têm maior risco de descolamento de retina e devem ser monitorados de perto.
- Outras Doenças da Retina
  - **Oclusão vascular da retina (veia ou artéria)**: Pacientes com perda súbita de visão, visão turva ou áreas escuras no campo visual podem ter uma oclusão da veia ou artéria retiniana. Isso requer avaliação oftalmológica urgente para prevenir danos permanentes à visão.
  - **Retinopatia pigmentar**: Pacientes com histórico de perda progressiva de visão periférica, cegueira noturna ou diminuição da acuidade visual central devem ser encaminhados para investigação de distúrbios hereditários da retina, como a

retinopatia pigmentar. O acompanhamento oftalmológico regular é necessário para monitorar a progressão da doença.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em oftalmologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Condições médicas prévias, como diabetes mellitus, hipertensão, trauma ocular, ou doenças hereditárias conhecidas.
  - Sintomas visuais atuais, como diminuição da acuidade visual, flashes de luz, visão embaçada, perda de visão central ou periférica, ou presença de flutuadores visuais.
  - História de cirurgias oculares anteriores, como cirurgia de catarata ou laser ocular.
- **Exames realizados**:
- **Exame de acuidade visual**: Resultados de testes de acuidade visual corrigida e não corrigida.
- **Pressão arterial e glicemia**: Para pacientes com hipertensão ou diabetes, os valores mais recentes de pressão arterial e glicemia, bem como informações sobre o controle dessas condições.
- **Exames laboratoriais relevantes**, se aplicável: Em casos de doenças sistêmicas, como diabetes ou hipertensão, incluir resultados de exames laboratoriais que indiquem o controle da doença.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos para controle de doenças sistêmicas, como insulina, antihipertensivos, ou anticoagulantes.

Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com doenças sistêmicas de risco, como diabetes e hipertensão, devem ser encaminhados regularmente para rastreamento de retinopatia, mesmo na ausência de sintomas visuais. Pacientes com sintomas visuais sugestivos de doenças retinianas devem ser encaminhados de forma urgente para avaliação oftalmológica.
- **Avaliação oftalmológica**: O exame oftalmológico completo inclui avaliação do fundo de olho (fundoscopia), tomografia de coerência óptica (OCT) e, quando necessário, angiografia com fluoresceína para avaliar a presença de lesões, edema macular ou hemorragias na retina.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **retinopatia diabética leve a moderada** podem ser tratados com controle rigoroso da glicemia e monitoramento regular.
- Pacientes com **edema macular diabético**, **DMRI úmida**, ou **oclusão vascular** serão candidatos ao tratamento com injeções intravítreas de medicamentos anti-VEGF.
- **Casos graves** de **descolamento de retina** ou **oclusão arterial** devem ser tratados como emergências oftalmológicas, com intervenções cirúrgicas, como a vitrectomia ou reparo a laser.
- Pacientes com **retinopatia ou outras doenças da retina** serão **encaminhados para regulação** para avaliação oftalmológica especializada, com tratamento direcionado para prevenir a progressão das doenças e preservar a visão.

9.3.1.116. Protocolo para Consulta em Oftalmologia: **Estrabismo**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Estrabismo é uma condição em que os olhos não se alinham corretamente, podendo desviar para dentro, para fora, para cima ou para baixo. O estrabismo pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais frequentemente diagnosticado em crianças. Em adultos, pode surgir devido a doenças neurológicas, trauma, ou descompensação de um estrabismo latente. O encaminhamento para oftalmologia é necessário para diagnóstico e tratamento precoce, que podem incluir óculos, exercícios ortópticos, ou cirurgia.

II. Critérios para Encaminhamento

- Estrabismo em Crianças:
  - **Desvio ocular evidente**: Qualquer desvio visível dos olhos em uma criança, seja constante ou intermitente, é motivo para encaminhamento imediato. A detecção precoce é fundamental para prevenir a ambliopia (olho preguiçoso) e garantir o desenvolvimento adequado da visão binocular.
  - **Queixas de visão dupla**: Crianças que relatam visão dupla (diplopia) ou dificuldades para focar devem ser encaminhadas para avaliação oftalmológica, mesmo que o desvio ocular não seja evidente.
  - **Torcicolo ocular (cabeça inclinada)**: Crianças que mantêm a cabeça inclinada ou girada de maneira constante podem estar tentando compensar o desalinhamento ocular. Esse sinal deve ser investigado com urgência.

- **História familiar de estrabismo**: Crianças com histórico familiar de estrabismo têm maior risco de desenvolver a condição e devem ser monitoradas de perto. O exame oftalmológico deve ser feito para detectar desvios ocultos.

- Estrabismo em Adultos:
  - **Início recente de desvio ocular**: Estrabismo de início súbito em adultos, especialmente se associado a sintomas neurológicos (como dor de cabeça, perda de força, ou fala arrastada), deve ser avaliado imediatamente, pois pode indicar uma condição neurológica subjacente grave, como acidente vascular cerebral (AVC) ou paralisia de nervos cranianos.
  - **Visão dupla (diplopia)**: Adultos que apresentam diplopia associada a estrabismo devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica urgente. A diplopia pode ser causada por descompensação de estrabismo latente, paralisia de nervos cranianos, ou outras condições oculares ou neurológicas.
  - **Descompensação de estrabismo latente**: Adultos com história de estrabismo latente (não visível, mas que se manifesta em situações de cansaço visual ou estresse) que começam a apresentar desvio ocular visível ou sintomas de visão dupla precisam de avaliação oftalmológica.
- Tipos de Estrabismo:
  - **Estrabismo convergente (esotropia)**: Desvio ocular para dentro, em que um ou ambos os olhos se voltam em direção ao nariz. É comum em crianças e pode estar associado à hipermetropia, sendo corrigido com óculos ou cirurgia.
  - **Estrabismo divergente (exotropia)**: Desvio ocular para fora, em que um ou ambos os olhos se voltam para fora. Pode ser intermitente e mais perceptível em situações de cansaço ou distração. O tratamento pode envolver exercícios ortópticos, óculos ou cirurgia.
  - **Estrabismo vertical (hipertropia ou hipotropia)**: Desvio ocular para cima (hipertropia) ou para baixo (hipotropia). Esses tipos de estrabismo geralmente estão associados a condições neurológicas ou paralisia de nervos cranianos e requerem avaliação oftalmológica e neurológica.
- Estrabismo Intermitente ou Alternante:
  - **Estrabismo que alterna entre os olhos**: Crianças ou adultos que apresentam desvio que alterna entre os olhos devem ser avaliados para garantir que ambos os olhos estejam desenvolvendo visão de maneira adequada.

- **Estrabismo intermitente**: Pacientes que têm períodos de alinhamento normal dos olhos, intercalados com episódios de desvio, também precisam de avaliação oftalmológica, já que a visão binocular pode ser afetada.

- Complicações Associadas:
  - **Ambliopia (olho preguiçoso)**: Crianças com estrabismo estão em risco de desenvolver ambliopia, especialmente se o desvio ocular é constante e envolve apenas um olho. A ambliopia pode resultar em perda permanente de visão se não tratada precocemente.
  - **Problemas de visão binocular**: Estrabismo não tratado pode levar à perda da visão tridimensional (profundidade), com impacto na capacidade de realizar tarefas diárias e certas atividades profissionais.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em oftalmologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Sintomas visuais relatados, como desvio ocular visível, visão dupla, cansaço visual, ou dificuldade de concentração.
  - Idade de início do estrabismo e sua evolução (início súbito ou gradual).
  - História familiar de estrabismo, ambliopia ou outras condições oculares.
  - História de traumas oculares, doenças neurológicas, ou cirurgias anteriores.
- **Exames realizados**:
  - **Acuidade visual**: Testes de acuidade visual com e sem correção óptica.
  - **Teste de oclusão**: Em crianças, o teste de oclusão pode ajudar a detectar a ambliopia associada ao estrabismo.
  - **Exames neurológicos**: Em casos de estrabismo de início súbito em adultos ou com sintomas neurológicos associados, exames neurológicos adicionais podem ser necessários.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de óculos corretivos ou tratamentos prévios para estrabismo, se aplicável.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com desvio ocular visível, visão dupla ou outros sintomas de estrabismo devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica. Crianças devem ser avaliadas precocemente para prevenir ambliopia, e adultos com início recente de estrabismo ou diplopia devem ser tratados como urgências.

- **Avaliação oftalmológica**: O oftalmologista avaliará a acuidade visual, o alinhamento ocular e a presença de ambliopia. A avaliação ortóptica e testes de visão binocular também podem ser realizados. O tratamento pode incluir óculos com lentes prismáticas, exercícios ortópticos ou cirurgia corretiva.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **estrabismo leve a moderado** podem ser tratados com óculos corretivos, exercícios ortópticos, ou em alguns casos, cirurgia.
    - Pacientes com **estrabismo grave**, **ambliopia** ou **desvios oculares associados a doenças neurológicas** devem ser acompanhados de perto e, se necessário, submetidos a tratamento cirúrgico.
    - Pacientes com **estrabismo** serão **encaminhados para regulação** para avaliação oftalmológica e ortóptica especializada, com acompanhamento contínuo para prevenir complicações visuais e, se necessário, intervenção cirúrgica.

9.3.1.117. Protocolo para Consulta em Oftalmologia – **Oculoplástica: Pálpebras, Vias Lacrimais e Órbita**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Oculoplástica é a subespecialidade da oftalmologia que se concentra no tratamento de doenças e condições que afetam as **pálpebras**, as **vias lacrimais** e a **órbita**. Essas condições podem ser causadas por trauma, infecções, tumores, envelhecimento, ou doenças sistêmicas. O encaminhamento para um especialista em oculoplástica é necessário em casos de alterações funcionais ou estéticas que afetam a saúde ocular e a qualidade de vida dos pacientes.

II. Critérios para Encaminhamento

- Pálpebras:
    - **Blefaroptose (ptose palpebral)**: Queda da pálpebra superior, que pode obstruir a visão e causar desconforto. A ptose pode ser congênita ou adquirida (por envelhecimento, trauma, ou doenças neurológicas). Pacientes com queda da pálpebra que prejudica o campo visual ou que relatam cansaço ocular devem ser encaminhados para correção cirúrgica.
    - **Ectrópio**: Eversão da pálpebra inferior, deixando o olho exposto. O ectrópio pode causar irritação ocular, olho seco e lacrimejamento constante. Casos avançados podem resultar em danos corneanos. O tratamento geralmente envolve cirurgia para reposicionar a pálpebra.

- **Entrópio**: Inversão da pálpebra inferior ou superior, em que os cílios tocam a superfície ocular, causando irritação, desconforto, e até abrasão da córnea. O tratamento pode ser cirúrgico para reposicionar a pálpebra.
- **Tumores palpebrais**: Massas ou lesões anormais nas pálpebras, incluindo tumores benignos (como cistos e calázios) e malignos (como carcinoma basocelular). Qualquer lesão de crescimento rápido ou ulcerada deve ser encaminhada para biópsia e possível excisão cirúrgica.
- **Blefarite crônica**: Inflamação crônica das bordas das pálpebras, frequentemente associada a disfunção das glândulas de Meibomius, resultando em irritação, crostas e vermelhidão. Pacientes com blefarite crônica que não respondem ao tratamento tópico devem ser avaliados para tratamentos oculoplásticos especializados.

- Vias Lacrimais:
  - **Obstrução nasolacrimal congênita ou adquirida**: Pacientes que apresentam lacrimejamento crônico (epífora) devido à obstrução do ducto nasolacrimal, causando infecções recorrentes (dacriocistite) ou inflamação. Crianças com obstrução congênita podem necessitar de sondagem das vias lacrimais, enquanto adultos podem precisar de cirurgia de dacriocistorrinostomia (DCR) para restaurar o fluxo lacrimal.
  - **Dacriocistite crônica**: Inflamação ou infecção recorrente do saco lacrimal, geralmente associada à obstrução do ducto nasolacrimal. Pacientes com inchaço, dor ou secreção purulenta no canto interno do olho devem ser avaliados para drenagem e possível cirurgia corretiva.
  - **Tumores das vias lacrimais**: Massas ou inchaços localizados no trajeto lacrimal devem ser avaliados com exames de imagem e biópsia, se necessário, para determinar a natureza da lesão e o tratamento adequado.
- Órbita:
  - **Exoftalmia (protusão do globo ocular)**: Pacientes com protrusão ocular (olho "saltado") devem ser avaliados para causas subjacentes, como **doença de Graves** (oftalmopatia associada à tireoide), tumores orbitários, ou trauma. O manejo pode incluir exames de imagem, controle da doença subjacente ou cirurgia orbitária.
  - **Fraturas orbitárias**: Pacientes com trauma facial que resultam em fraturas orbitárias podem apresentar sintomas como dor ocular, visão dupla (diplopia), ou

restrição de movimentos oculares. A avaliação e tratamento cirúrgico são necessários para corrigir a fratura e evitar complicações.

- **Tumores orbitários**: Massas orbitárias, benignas ou malignas, podem causar dor, deslocamento ocular, ou perda de visão. A avaliação com exames de imagem (como tomografia computadorizada ou ressonância magnética) e biópsia é necessária para definir o tratamento, que pode incluir excisão cirúrgica.
- **Celulite orbitária**: Infecção grave dos tecidos ao redor do olho, geralmente associada a sinusites. Pacientes com dor ocular intensa, inchaço, febre e restrição de movimentos oculares devem ser encaminhados de urgência para tratamento antibiótico e, em casos graves, drenagem cirúrgica.
- **Enoftalmia (retração do globo ocular)**: Afundamento do globo ocular na órbita, frequentemente associado a trauma ou doenças sistêmicas. O tratamento cirúrgico pode ser necessário para corrigir o problema e prevenir complicações estéticas e funcionais.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em oculoplástica deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (pálpebras caídas, lacrimejamento excessivo, dor ocular, visão dupla, inflamação, protusão ocular, ou trauma facial).
  - Histórico de doenças sistêmicas, como doenças da tireoide, diabetes, ou doenças autoimunes.
  - História de trauma ou cirurgias orbitárias anteriores.
  - Histórico de tratamentos anteriores, como uso de lubrificantes oculares ou antibióticos.
- **Exames realizados**:
  - **Acuidade visual**: Avaliação da acuidade visual corrigida e não corrigida.
  - **Testes lacrimais**: Resultados de testes para avaliar a produção lacrimal (teste de Schirmer) e o fluxo nasolacrimal (teste de irrigação).
  - **Exames de imagem**: Se disponíveis, exames de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) para avaliação de fraturas orbitárias ou massas orbitárias.
  - **Biópsia**: Em casos de tumores palpebrais ou orbitários, os resultados de biópsias anteriores, se aplicável.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antibióticos tópicos, corticosteroides, colírios lubrificantes, ou outros tratamentos tópicos ou sistêmicos.

IV. Fluxo de Atendimento

  - **Triagem inicial**: Pacientes com sintomas como lacrimejamento crônico, deformidades palpebrais, protusão ocular ou lesões palpebrais devem ser encaminhados para avaliação com oculoplástica. Traumas orbitários e infecções orbitárias são considerados emergências e devem ser tratados imediatamente.
  - **Avaliação oftalmológica**: A avaliação inclui exame físico detalhado das pálpebras, vias lacrimais e órbita, testes de função lacrimal, e exames de imagem, quando necessário. O tratamento pode envolver correção cirúrgica, drenagem de abscessos, ou excisão de tumores.

- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **doenças palpebrais menores** (como ectrópio ou entrópio) podem ser tratados com cirurgia corretiva eletiva.
  - Pacientes com **condições orbitárias graves**, como celulite orbitária ou tumores, devem ser tratados de forma urgente, com cirurgia ou terapia medicamentosa intensiva.
  - Pacientes com **condições oculoplásticas** envolvendo as **pálpebras, vias lacrimais ou órbita** serão **encaminhados para regulação** para avaliação especializada, com tratamento cirúrgico ou terapêutico conforme a gravidade do quadro.

Esse é o protocolo para **Oculoplástica: Pálpebras, Vias Lacrimais e Órbita**. Caso precise de mais informações ou outro protocolo, estou à disposição!

9.3.1.118. Protocolo para Consulta em Oftalmologia: **Glaucoma**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Glaucoma é uma doença progressiva do nervo óptico que, se não tratada, pode levar à perda irreversível da visão. É comumente associada à pressão intraocular elevada (PIO), mas pode ocorrer mesmo com PIO normal (glaucoma de pressão normal). O encaminhamento para oftalmologia é necessário para diagnóstico precoce, monitoramento e tratamento adequado, que pode incluir medicamentos, laser ou cirurgia.

II. Critérios para Encaminhamento

- Glaucoma de Ângulo Aberto
    - **Pressão intraocular elevada**: Pacientes com pressão intraocular acima de 21 mmHg, detectada em exames de rotina, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica, mesmo que não apresentem sintomas. O glaucoma de ângulo aberto geralmente não causa sintomas até estágios avançados.
    - **Perda gradual de visão periférica**: Pacientes que relatam diminuição progressiva da visão periférica ou visão "tubular" devem ser avaliados para glaucoma. A perda visual pode ser lenta e imperceptível nas fases iniciais, mas se não tratada, pode progredir para cegueira.
    - **História familiar de glaucoma**: Pacientes com histórico familiar de glaucoma, especialmente parentes de primeiro grau, devem ser monitorados regularmente, mesmo na ausência de sintomas.
    - **Fatores de risco**: Pacientes com idade avançada, diabetes, hipertensão, miopia ou uso prolongado de corticosteroides estão em maior risco de desenvolver glaucoma de ângulo aberto e devem ser encaminhados para triagem oftalmológica.
- Glaucoma de Ângulo Fechado
    - **Crise aguda de glaucoma (glaucoma de ângulo fechado)**: Pacientes que apresentam episódios súbitos de dor ocular intensa, vermelhidão ocular, visão embaçada, halos ao redor de luzes, cefaleia, náusea e vômito devem ser encaminhados de emergência para avaliação oftalmológica. Esse quadro é uma emergência médica e pode resultar em perda permanente da visão se não tratado imediatamente.
    - **Diagnóstico incidental de ângulo estreito**: Pacientes que, em exames de rotina, são diagnosticados com ângulo estreito devem ser monitorados de perto para evitar o fechamento súbito do ângulo. O tratamento preventivo pode incluir iridotomia a laser.
- Glaucoma Congênito
    - **Sintomas em bebês e crianças**: Bebês que apresentam aumento do tamanho dos olhos (buftalmia), lacrimejamento excessivo, fotofobia (sensibilidade à luz) ou opacidade corneana devem ser encaminhados de imediato para avaliação. O glaucoma congênito é uma condição rara, mas grave, que pode causar cegueira se não tratada rapidamente.
    - **História familiar de glaucoma congênito**: Crianças com histórico familiar de glaucoma congênito devem ser monitoradas precocemente.

- Glaucoma Secundário
    - **Glaucoma secundário a trauma ocular**: Pacientes que sofreram trauma ocular e apresentam elevação da pressão intraocular ou sinais de dano ao nervo óptico devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica especializada.
    - **Glaucoma secundário a inflamação ou infecção ocular**: Pacientes com inflamação ocular crônica (uveíte) ou infecções oculares que resultam em aumento da pressão intraocular devem ser monitorados para evitar dano ao nervo óptico.
    - **Uso prolongado de corticosteroides**: Pacientes em uso prolongado de corticosteroides (tópicos ou sistêmicos) estão em risco de desenvolver glaucoma secundário e devem ser acompanhados regularmente com medidas da pressão intraocular.
- Glaucoma de Pressão Normal
    - **Dano ao nervo óptico sem elevação da pressão intraocular**: Pacientes que apresentam perda visual típica de glaucoma (perda de visão periférica) e alterações no nervo óptico, mesmo com pressão intraocular normal, devem ser encaminhados para investigação de glaucoma de pressão normal.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em oftalmologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Sintomas oculares, como perda de visão periférica, dor ocular, visão embaçada, halos ao redor de luzes, lacrimejamento excessivo, ou sensibilidade à luz.
    - Fatores de risco, como idade avançada, história familiar de glaucoma, diabetes, hipertensão, miopia, ou uso prolongado de corticosteroides.
    - História de trauma ocular, inflamação ocular crônica, ou infecções.
    - Uso atual de medicamentos, como corticosteroides.
- **Exames realizados**:
    - **Pressão intraocular**: Resultados das medidas de pressão intraocular (tonometria), se disponíveis.
    - **Acuidade visual**: Avaliação da acuidade visual corrigida e não corrigida.
    - **Exame de campo visual**: Resultados de exames de campo visual, se realizados, para avaliar a presença de defeitos visuais típicos de glaucoma.
    - **Exame de fundo de olho**: Observação de alterações no nervo óptico (excavação aumentada, palidez do disco óptico), se aplicável.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com elevação da pressão intraocular, perda de visão periférica, ou outros sinais sugestivos de glaucoma devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica completa, incluindo tonometria (medição da pressão intraocular), exame do campo visual e exame de fundo de olho.
- **Avaliação oftalmológica**: O oftalmologista avaliará a pressão intraocular, examinará o nervo óptico e realizará testes de campo visual. O tratamento pode incluir medicamentos tópicos (colírios) para reduzir a pressão intraocular, laser (trabeculoplastia ou iridotomia) ou cirurgia (trabeculectomia ou implante de drenagem) nos casos mais avançados.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **glaucoma de ângulo aberto leve** podem ser tratados com medicamentos tópicos e acompanhados regularmente.
    - Pacientes com **glaucoma avançado** ou **glaucoma de ângulo fechado agudo** devem ser tratados de forma urgente com laser ou cirurgia.
    - Pacientes com **glaucoma** ou suspeita de glaucoma serão **encaminhados para regulação** para avaliação oftalmológica especializada, com acompanhamento contínuo para controlar a pressão intraocular e prevenir a progressão da perda visual.

Protocolo para Consulta em Oftalmologia: Doenças da Córnea e da Superfície Ocular

I. Condições Clínicas para Atendimento

Doenças da córnea e da superfície ocular incluem uma variedade de condições que podem afetar a integridade e a transparência da córnea, bem como a saúde do filme lacrimal e das estruturas associadas. Essas condições podem resultar em sintomas que variam de desconforto leve até perda significativa da visão. O encaminhamento para oftalmologia é necessário para diagnóstico precoce e tratamento especializado, que pode incluir colírios, tratamentos cirúrgicos, ou transplante de córnea.

II. Critérios para Encaminhamento

- Ceratocone
    - **Visão embaçada e irregular**: Pacientes, especialmente jovens, que apresentam visão embaçada que não melhora com óculos devem ser avaliados para

ceratocone, uma doença progressiva que causa afinamento e deformidade da córnea.

- **Astigmatismo irregular**: Pacientes com astigmatismo irregular ou de difícil correção, detectado em exames de refração, devem ser encaminhados para avaliação de ceratocone, especialmente se houver história familiar.
- **Progressão rápida de erros refrativos**: Mudanças frequentes no grau dos óculos, especialmente o aumento do astigmatismo, podem indicar ceratocone em progressão e devem ser avaliados por um oftalmologista.

- Infecções da Córnea (Cerate)
  - **Úlceras de córnea**: Pacientes com dor ocular intensa, vermelhidão, lacrimejamento e diminuição súbita da visão podem estar com úlceras de córnea. Essas condições, frequentemente associadas ao uso inadequado de lentes de contato ou traumas oculares, requerem encaminhamento urgente.
  - **Infecções bacterianas, virais ou fúngicas**: Pacientes com histórico de infecções oculares recorrentes, especialmente após cirurgia ocular ou trauma, devem ser monitorados para ceratite infecciosa. Infecções virais, como o herpes ocular, podem resultar em cicatrizes corneanas e perda visual permanente.
  - **Ceratoendotelite herpética**: Pacientes com surtos recorrentes de herpes ocular, que apresentam dor, vermelhidão ocular e diminuição da visão, necessitam de avaliação e tratamento imediato para prevenir danos permanentes à córnea.
- Distrofias Corneanas
  - **História familiar de distrofias corneanas**: Pacientes com distrofias corneanas hereditárias, como distrofia de Fuchs ou distrofia granular, devem ser acompanhados para monitorar a progressão da opacificação corneana e determinar o momento ideal para intervenções, como transplante de córnea.
  - **Sintomas de visão embaçada e sensibilidade à luz**: Pacientes que apresentam esses sintomas de forma crônica, associados a opacidades na córnea, devem ser avaliados para distrofias corneanas, que podem evoluir lentamente, mas impactam significativamente a visão ao longo do tempo.
- Doenças da Superfície Ocular
  - **Olho seco**: Pacientes com queixas de ardência, sensação de areia nos olhos, visão embaçada intermitente ou lacrimejamento excessivo, especialmente associados a condições sistêmicas como síndrome de Sjögren, devem ser encaminhados para avaliação oftalmológica. O tratamento do olho seco pode incluir colírios

lubrificantes, medicamentos anti-inflamatórios tópicos ou procedimentos como oclusão dos pontos lacrimais.

- **Conjuntivite cicatricial**: Pacientes com inflamação crônica da conjuntiva que causa cicatrizes e pode resultar em deformidades das pálpebras e da córnea, como no pênfigo ocular cicatricial, precisam de encaminhamento para manejo especializado.
- **Pterígio**: Crescimento anormal da conjuntiva sobre a córnea, geralmente associado à exposição ao sol. Pacientes com pterígios grandes ou em crescimento que causam desconforto ou afetam a visão devem ser encaminhados para cirurgia.

- Degenerações Corneanas
  - **Degeneração marginal de Terrien**: Afecção rara que causa afinamento progressivo da periferia da córnea. Pacientes com queixas de astigmatismo progressivo e perda de visão devem ser avaliados para monitoramento e possível intervenção cirúrgica.
  - **Degeneração calcificada (gerontoxon)**: Pacientes com opacidades brancas no limbo da córnea, geralmente relacionadas à idade, devem ser avaliados para determinar a necessidade de tratamento ou acompanhamento.
- Trauma Ocular e Cicatrizes Corneanas
  - **Cicatrizes corneanas**: Pacientes com história de trauma ocular, cirurgia ou infecções que resultam em cicatrizes na córnea e comprometem a visão devem ser encaminhados para avaliação. O tratamento pode incluir transplante de córnea ou procedimentos de correção óptica.
  - **Erosão corneana recorrente**: Pacientes com episódios de dor ocular intensa e recorrente, geralmente ao acordar, podem ter erosão corneana recorrente, causada por danos prévios à superfície ocular. O tratamento pode incluir terapias tópicas ou procedimentos cirúrgicos.
- Transplante de Córnea (Ceratoplastia)
  - **Indicação de transplante de córnea**: Pacientes com opacidades corneanas graves, ceratocone avançado, ou distrofias corneanas que comprometam a visão devem ser encaminhados para avaliação de transplante de córnea. O tipo de transplante (penetrante ou lamelar) será determinado conforme a extensão do dano corneano.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em oftalmologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Sintomas visuais como dor ocular, lacrimejamento, sensação de corpo estranho, fotofobia, ou perda de visão progressiva.
- História de trauma ocular, uso de lentes de contato, ou cirurgias oculares anteriores.
- Condições sistêmicas associadas, como doenças autoimunes (síndrome de Sjögren), diabetes ou exposição excessiva à radiação UV.

- **Exames realizados**:
  - **Acuidade visual**: Avaliação da acuidade visual corrigida e não corrigida.
  - **Exame de lâmpada de fenda**: Se realizado, descreva achados como opacidades corneanas, úlceras, ou edema.
  - **Teste de Schirmer**: Em pacientes com suspeita de olho seco, se o teste foi realizado, inclua os resultados.
  - **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de colírios, antibióticos, lubrificantes, ou corticosteroides, especialmente em casos de infecções ou inflamações recorrentes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com sintomas de infecções corneanas agudas, traumas oculares ou úlceras corneanas devem ser encaminhados de forma urgente para evitar complicações graves, como perfuração ou perda da visão. Pacientes com doenças crônicas ou degenerativas da córnea devem ser acompanhados regularmente para monitorar a progressão.
- **Avaliação oftalmológica**: O oftalmologista realizará exames de lâmpada de fenda, topografia corneana e, se necessário, exames de imagem para avaliar a espessura corneana e a integridade da superfície ocular. O tratamento pode incluir colírios terapêuticos, procedimentos de correção a laser ou transplante de córnea.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **condições menores** (como pterígio ou degenerações corneanas leves) podem ser tratados com medidas conservadoras, como colírios ou cirurgia eletiva.
- Pacientes com **condições graves**, como ceratocone avançado, infecções ou cicatrizes corneanas, podem necessitar de intervenções mais complexas, como crosslinking de córnea, transplante de córnea ou cirurgia refrativa.
- Pacientes com **doenças da córnea e da superfície ocular** serão **encaminhados para regulação** para avaliação oftalmológica especializada, com tratamento direcionado para preservar a integridade da córnea e a função visual.

9.3.1.119. Protocolo para Consulta em Ortopedia: **Dor Lombar e Alterações em Exames de Imagem da Coluna Lombar**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dor lombar é uma das condições musculoesqueléticas mais comuns e pode ter várias causas, como degeneração discal, hérnias de disco, espondilose, fraturas por osteoporose, ou distúrbios musculoesqueléticos. O encaminhamento para ortopedia é indicado quando há dor persistente, sintomas neurológicos associados ou achados de relevância em exames de imagem.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor Lombar Crônica
    - **Dor persistente por mais de 6 semanas**: Pacientes com dor lombar que não melhora com medidas conservadoras, como analgésicos, repouso, fisioterapia ou mudanças posturais, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
    - **Recorrência frequente de dor**: Pacientes que apresentam episódios recorrentes de dor lombar ao longo do tempo, que afetam sua qualidade de vida e capacidade de trabalho, devem ser avaliados por um ortopedista.
- Alterações em Exames de Imagem da Coluna Lombar
    - **Hérnia de disco**: Achados de hérnia de disco em exames de ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC), especialmente em pacientes com sintomas neurológicos como dor irradiada para os membros inferiores (ciatalgia), perda de força muscular, dormência ou formigamento.
    - **Degeneração discal e espondilose**: Pacientes com sinais de degeneração dos discos intervertebrais, como redução do espaço discal ou espondilose, especialmente se associado a dor crônica ou limitação funcional, devem ser encaminhados para manejo especializado.
    - **Estenose de canal vertebral**: Pacientes com achados de estreitamento do canal vertebral (estenose) que apresentam claudicação neurogênica (dificuldade de caminhar, dor nas pernas ao caminhar) devem ser avaliados para possível intervenção cirúrgica ou manejo conservador.
    - **Listese (espondilolistese)**: O deslocamento de uma vértebra sobre a outra, detectado em exames de imagem, é uma condição que pode causar dor lombar severa, instabilidade e sintomas neurológicos. O acompanhamento ortopédico é necessário para determinar o tratamento adequado.

- **Fraturas vertebrais**: Pacientes com fraturas vertebrais, especialmente aquelas relacionadas à osteoporose, trauma ou lesões esportivas, devem ser encaminhados para manejo ortopédico, que pode incluir imobilização ou cirurgia.
- **Lesões tumorais ou infecciosas**: Achados de tumores ou infecções na coluna vertebral, como abscessos ou metástases ósseas, são indicações para avaliação urgente por um ortopedista.

- Sinais Neurológicos Associados
  - **Radiculopatia**: Pacientes com dor irradiada para as pernas (ciatalgia), perda de força ou sensibilidade nos membros inferiores, e achados de compressão radicular em exames de imagem devem ser encaminhados para avaliação ortopédica, com possibilidade de manejo conservador ou cirúrgico.
  - **Síndrome da cauda equina**: Pacientes que apresentam perda de controle esfincteriano (incontinência urinária ou fecal), anestesia em "sela" (perda de sensibilidade nas áreas perineal e glútea), ou fraqueza severa nos membros inferiores devem ser encaminhados de urgência para ortopedia, pois essa condição é uma emergência cirúrgica.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição da dor lombar (intensidade, duração, fatores de piora e melhora, irradiação para membros inferiores).
- Presença de sintomas neurológicos, como perda de força, formigamento, dormência ou dificuldade para caminhar.
- História de trauma, fraturas ou lesões prévias na coluna.
- Medidas de tratamento anteriores (uso de medicação, fisioterapia, repouso) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
  - **Ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC)**: Resultados de exames que indiquem hérnias de disco, degeneração discal, espondilose, estenose de canal vertebral, ou outras alterações estruturais na coluna lombar.
  - **Exames neurológicos**: Avaliações de força muscular, sensibilidade e reflexos nos membros inferiores.

- **Raio-X da coluna lombar**: Resultados que indiquem fraturas, instabilidade ou desvio vertebral (espondilolistese).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, ou outros tratamentos já realizados.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor lombar persistente, sintomas neurológicos ou achados anormais em exames de imagem devem ser encaminhados para ortopedia para avaliação detalhada. Casos de urgência, como síndrome da cauda equina, devem ser tratados imediatamente.
- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário, para confirmar o diagnóstico. O tratamento pode incluir fisioterapia, uso de órteses, bloqueios de dor, ou, nos casos mais graves, cirurgia.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com medidas conservadoras, como fisioterapia, medicamentos, e orientação postural.
  - Pacientes com **condições graves**, como hérnia de disco com compressão radicular ou fraturas, podem necessitar de intervenções cirúrgicas, como descompressão nervosa ou fixação vertebral.
  - Pacientes com **dor lombar** e **alterações em exames de imagem da coluna lombar** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme o diagnóstico e a gravidade da condição.

9.3.1.120. Protocolo para Consulta em Ortopedia: **Dor Cervical e Alterações em Exames de Imagem da Coluna Cervical**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dor cervical (cervicalgia) é uma condição comum que pode estar relacionada a causas mecânicas, degenerativas, traumáticas ou neurológicas. A dor pode ser localizada no pescoço ou irradiar para os braços (cervicobraquialgia), dependendo da causa subjacente. Alterações em exames de imagem da coluna cervical, como degeneração discal, hérnias, espondilose ou estenose, requerem avaliação ortopédica especializada para determinar o tratamento adequado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor Cervical Crônica
    - **Dor persistente por mais de 6 semanas**: Pacientes com dor cervical que não melhora com medidas conservadoras (analgésicos, fisioterapia, mudanças posturais) devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
    - **Recorrência frequente de dor**: Pacientes que apresentam episódios repetidos de dor cervical, com impacto na qualidade de vida ou capacidade de trabalho, devem ser avaliados por um ortopedista.
- Alterações em Exames de Imagem da Coluna Cervical
    - **Hérnia de disco cervical**: Pacientes com achados de hérnia de disco em ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC), principalmente se acompanhados de dor irradiada para os braços (cervicobraquialgia), dormência, formigamento ou fraqueza muscular, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
    - **Degeneração discal e espondilose cervical**: Pacientes com sinais de degeneração dos discos intervertebrais (como redução do espaço discal) e/ou espondilose (desgaste nas vértebras), especialmente se associados a dor crônica, devem ser encaminhados para manejo especializado.
    - **Estenose de canal vertebral cervical**: Pacientes com achados de estreitamento do canal vertebral na região cervical, com ou sem sinais neurológicos, como dor irradiada, perda de força nos braços, ou dificuldade em realizar movimentos finos (como segurar objetos), devem ser avaliados para possível tratamento cirúrgico ou conservador.
    - **Listese (espondilolistese cervical)**: Deslocamento de uma vértebra sobre a outra, identificado em exames de imagem, pode causar dor cervical severa, instabilidade e sintomas neurológicos, e requer acompanhamento ortopédico.
    - **Fraturas vertebrais cervicais**: Pacientes com fraturas cervicais devido a trauma ou osteoporose devem ser encaminhados para tratamento ortopédico, que pode envolver imobilização ou cirurgia.
- Sinais Neurológicos Associados
    - **Radiculopatia cervical**: Pacientes com dor irradiada para os braços (cervicobraquialgia), perda de força ou sensibilidade nos membros superiores, dormência, ou formigamento, com achados de compressão radicular nos exames de imagem, devem ser encaminhados para ortopedia.
    - **Mielopatia cervical**: Pacientes com compressão medular evidenciada por RM ou TC, acompanhada de sintomas como perda de coordenação, dificuldade para

caminhar, dormência nas mãos e pernas, devem ser encaminhados com urgência para ortopedia. A mielopatia cervical pode ser uma condição grave que pode evoluir para comprometimento neurológico permanente se não tratada.

- Sinais de Alerta (Red Flags)
    - **Síndrome de compressão medular**: Pacientes com perda de controle esfincteriano (incontinência urinária ou fecal), perda de força severa nos braços ou pernas, ou dificuldade de caminhar devido à compressão medular, devem ser encaminhados de urgência para avaliação ortopédica.
    - **História de trauma cervical**: Pacientes com história de trauma recente, como acidentes automobilísticos ou quedas, que apresentam dor cervical e achados anormais em exames de imagem, devem ser avaliados imediatamente para descartar fraturas, luxações ou lesões de ligamentos.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição da dor cervical (intensidade, duração, fatores de piora e melhora, irradiação para braços ou cabeça).
    - Presença de sintomas neurológicos, como perda de força, formigamento ou dormência nos membros superiores.
    - História de trauma cervical, quedas ou acidentes.
    - Medidas de tratamento anteriores (medicações, fisioterapia, repouso) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
    - **Ressonância magnética (RM) ou tomografia computadorizada (TC)**: Resultados de exames que indiquem hérnias de disco, degeneração discal, espondilose, estenose de canal vertebral, ou outras alterações estruturais na coluna cervical.
    - **Exames neurológicos**: Avaliações de força muscular, sensibilidade, e reflexos nos membros superiores.
    - **Raio-X da coluna cervical**: Resultados que indiquem fraturas, instabilidade ou desalinhamento vertebral (espondilolistese).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, ou outros tratamentos já realizados.

IV. Fluxo de Atendimento

Triagem inicial: Pacientes com dor cervical persistente, sintomas neurológicos ou alterações significativas em exames de imagem devem ser encaminhados para ortopedia. Casos de urgência, como mielopatia cervical ou trauma cervical, devem ser tratados imediatamente.

Avaliação ortopédica: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário, para confirmar o diagnóstico. O tratamento pode incluir fisioterapia, medicações, imobilização com colar cervical ou, nos casos mais graves, cirurgia.

Estratificação de tratamento:

Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com medidas conservadoras, como fisioterapia, uso de colar cervical e medicamentos.

Pacientes com **condições graves**, como hérnia de disco com compressão radicular ou mielopatia cervical, podem necessitar de cirurgia descompressiva ou artrodese cervical.

Pacientes com **dor cervical** e **alterações em exames de imagem da coluna cervical** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme o diagnóstico e a gravidade da condição.

9.3.1.121. Protocolo para Consulta em Ortopedia: Osteoartrite (Artrose)

I. Condições Clínicas para Atendimento

Osteoartrite, também chamada de artrose, é uma doença degenerativa que afeta as articulações, causando desgaste da cartilagem e alterações ósseas, levando à dor, rigidez e perda de função articular. A osteoartrite é comum em articulações de carga, como joelhos, quadris e coluna, mas pode afetar outras articulações. O encaminhamento para ortopedia é necessário em casos de dor persistente, limitação funcional significativa ou falha no tratamento conservador.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor e Rigidez Articular Crônicas
    - **Dor articular persistente por mais de 6 semanas**: Pacientes com dor articular crônica que não melhora com medidas conservadoras (analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia) devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
    - **Rigidez matinal**: Pacientes que apresentam rigidez articular, especialmente pela manhã ou após períodos de repouso, com duração de até 30 minutos, devem ser avaliados para osteoartrite.

- **Limitação funcional**: Pacientes com dificuldade em realizar atividades diárias, como caminhar, subir escadas, ou segurar objetos devido à dor e limitação articular, devem ser encaminhados para manejo especializado.

- Alterações em Exames de Imagem
  - **Alterações radiográficas**: Achados de osteoartrite em radiografias simples, como estreitamento do espaço articular, presença de osteófitos (esporões ósseos), esclerose subcondral, ou cistos ósseos, devem ser avaliados pelo ortopedista para definição do tratamento adequado.
  - **Exames avançados**: Em casos de dúvida diagnóstica ou para avaliação de alterações em tecidos moles, a ressonância magnética (RM) pode ser realizada, especialmente em articulações como quadril e ombro.
- Falha no Tratamento Conservador
  - **Ineficácia de medicações orais**: Pacientes que não apresentam alívio adequado da dor com o uso de analgésicos comuns, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou opioides leves devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
  - **Falha de tratamentos como fisioterapia e infiltrações**: Pacientes que, apesar de fisioterapia ou infiltrações com corticosteroides ou ácido hialurônico, continuam com dor e limitação funcional, devem ser considerados para intervenções cirúrgicas.
- Deformidades Articulares
  - **Deformidades visíveis**: Pacientes com sinais de deformidade articular, como joelhos em varo (desalinhados para dentro) ou em valgo (desalinhados para fora), devem ser avaliados para determinar a progressão do CGIteoartrite e as opções de tratamento.
  - **Instabilidade articular**: Instabilidade ou sensação de falseio nas articulações afetadas, especialmente joelhos e quadris, pode indicar dano significativo à cartilagem ou ao osso subjacente e requer encaminhamento.
- Indicações para Cirurgia
  - **Indicação de artroplastia**: Pacientes com osteoartrite avançada que apresentam dor severa e incapacitante, sem melhora com tratamento conservador, são candidatos a artroplastia (prótese) articular. Isso é comum em articulações como joelhos, quadris e ombros.
  - **Sinovite crônica**: Pacientes com inflamação crônica da articulação (sinovite), que não melhora com tratamento conservador e está associada à osteoartrite,

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor articular (intensidade, duração, fatores de piora e melhora, relação com atividades físicas).
  - Presença de rigidez articular, especialmente pela manhã, e limitação funcional.
  - Histórico de traumas, lesões esportivas ou cirurgias articulares anteriores.
  - Medidas de tratamento conservador (medicações, fisioterapia, infiltrações) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
  - **Radiografias simples**: Resultados de exames de imagem que mostrem sinais típicos de osteoartrite (estreitamento do espaço articular, osteófitos, esclerose subcondral).
  - **Ressonância magnética (RM)**: Resultados, se aplicáveis, em casos com alterações em tecidos moles, ou quando há dúvida diagnóstica.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de analgésicos, AINEs, opioides leves, ou infiltrações já realizadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor articular crônica, limitação funcional, e achados de osteoartrite em exames de imagem devem ser encaminhados para avaliação ortopédica para definição do tratamento. Casos de deformidades articulares significativas ou falha de tratamento conservador devem ser tratados com urgência relativa.
- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir mudanças nos medicamentos, infiltrações articulares, ou indicação de cirurgia, como artroplastia ou procedimentos minimamente invasivos.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **osteoartrite leve a moderada** podem ser tratados com fisioterapia, uso de medicações, e infiltrações articulares.
- Pacientes com **osteoartrite avançada**, dor severa ou deformidades significativas, que não respondem ao tratamento conservador, podem ser indicados para artroplastia (substituição articular) ou outros procedimentos cirúrgicos.

- Pacientes com **osteoartrite** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com o objetivo de melhorar a função articular e a qualidade de vida, e determinar a necessidade de intervenções cirúrgicas, quando apropriado.

9.3.1.122. Protocolo para Consulta em Ortopedia: Bursite e Tendinite

I. Condições Clínicas para Atendimento

Bursite e **tendinite** são condições inflamatórias que afetam as bursas (pequenas bolsas cheias de líquido que reduzem o atrito nas articulações) e os tendões (estruturas que conectam os músculos aos ossos), respectivamente. Ambas as condições causam dor, inflamação e podem limitar o movimento articular. O encaminhamento para ortopedia é indicado quando há dor persistente, limitação funcional significativa, ou falha no tratamento conservador.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor e Inflamação Crônica
  - **Dor persistente por mais de 6 semanas**: Pacientes com dor associada a bursite ou tendinite que não melhora com medidas conservadoras (analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia) devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
  - **Limitação funcional**: Pacientes com dificuldade para realizar atividades diárias ou movimento restrito na articulação afetada, como ombro, quadril, joelho ou cotovelo, devem ser avaliados por um ortopedista.
  - **Reincidência de episódios**: Pacientes que apresentam episódios recorrentes de bursite ou tendinite, com impacto na qualidade de vida e atividades diárias, devem ser encaminhados para manejo especializado.
- Falha no Tratamento Conservador
  - **Ineficácia de medicações e fisioterapia**: Pacientes que não apresentam alívio adequado da dor com o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), analgésicos e após sessões de fisioterapia devem ser encaminhados para ortopedia.
  - **Infiltrações sem sucesso**: Pacientes que, mesmo após infiltrações com corticosteroides ou outros tratamentos conservadores, continuam com dor significativa e limitação funcional devem ser considerados para intervenções mais avançadas.
- Tipos Específicos de Bursite e Tendinite
  - Bursite

- **Bursite do ombro (subacromial ou subdeltoidea)**: Pacientes com dor no ombro que piora ao levantar o braço ou ao realizar atividades acima da cabeça devem ser avaliados para bursite subacromial, especialmente se houver espessamento da bursa em exames de imagem.
- **Bursite do quadril (trocanteriana)**: Pacientes com dor na região lateral do quadril, que piora ao deitar sobre o lado afetado ou ao caminhar, devem ser avaliados para bursite trocanteriana.
- **Bursite do cotovelo (olecraniana)**: Pacientes com inchaço e dor na parte posterior do cotovelo, especialmente após trauma ou infecção, devem ser avaliados para bursite olecraniana.
- **Bursite do joelho (anserina ou pré-patelar)**: Pacientes com dor localizada no lado medial do joelho (bursite anserina) ou na parte anterior do joelho (bursite pré-patelar), associada a inchaço, devem ser encaminhados para avaliação.

  - Tendinite
    - **Tendinite do manguito rotador**: Pacientes com dor no ombro, principalmente ao levantar o braço ou realizar movimentos acima da cabeça, e achados de inflamação ou ruptura do manguito rotador em exames de imagem devem ser encaminhados para ortopedia.
    - **Tendinite de Aquiles**: Pacientes com dor e inchaço no tendão de Aquiles, especialmente após atividades físicas ou longas caminhadas, devem ser avaliados para inflamação crônica ou risco de ruptura.
    - **Tendinite patelar**: Pacientes com dor na parte inferior da patela (joelho), comum em atletas e pessoas que realizam atividades de impacto, como correr ou pular, devem ser avaliados para tendinite patelar.
    - **Epicondilite lateral ou medial (cotovelo de tenista ou de golfista)**: Pacientes com dor no cotovelo, agravada ao fazer movimentos de preensão ou ao levantar objetos, devem ser avaliados para tendinite dos extensores (epicondilite lateral) ou flexores (epicondilite medial) do cotovelo.
- Sinais de Complicações ou Outras Condições
  - **Suspeita de ruptura tendínea**: Pacientes que apresentam perda súbita de força ou função, especialmente nos tendões de Aquiles, manguito rotador ou patelar, devem ser encaminhados de urgência para avaliação de possível ruptura tendínea.

- **Infecção associada (bursite séptica)**: Pacientes com bursite que apresentam sinais de infecção, como calor local, vermelhidão, febre ou drenagem de pus, devem ser avaliados para drenagem e tratamento antibiótico imediato.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor (intensidade, duração, fatores de piora e melhora, localização) e da limitação funcional.
  - Atividades que desencadeiam ou agravam os sintomas (atividades físicas, trabalho manual, movimentos repetitivos).
  - História de traumas, lesões esportivas ou cirurgias na área afetada.
  - Medidas de tratamento anteriores (uso de medicações, fisioterapia, infiltrações) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia ou ressonância magnética (RM)**: Exames de imagem que indiquem espessamento das bursas, inflamação ou ruptura tendínea.
  - **Raio-X**, se aplicável: Para descartar calcificações ou anomalias ósseas associadas à dor e inflamação.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de AINEs, corticosteroides, analgésicos, ou outros tratamentos tópicos ou sistêmicos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor persistente, limitação funcional, ou suspeita de ruptura tendínea devem ser encaminhados para ortopedia. Casos de bursite séptica devem ser tratados de urgência com drenagem e antibióticos.
- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir fisioterapia, infiltrações adicionais, imobilização, ou intervenções cirúrgicas em casos mais graves.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com medicações, fisioterapia, e infiltrações.
  - Pacientes com **condições graves**, como ruptura tendínea, dor severa ou complicações infecciosas, podem necessitar de cirurgia ou tratamento de emergência.

- Pacientes com **bursite** ou **tendinite** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e a evolução da condição.

9.3.1.123. Protocolo para Consulta em Ortopedia: **Problemas de Mão e Punho**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Problemas de mão e punho incluem uma variedade de condições que afetam ossos, tendões, nervos e articulações, causando dor, limitação funcional e deformidades. Condições comuns incluem síndrome do túnel do carpo, tendinites, artrite e traumas. O encaminhamento para ortopedia é indicado quando há dor persistente, deformidade, sintomas neurológicos ou falha no tratamento conservador.

II. Critérios para Encaminhamento

- Síndrome do Túnel do Carpo
  - **Dor e formigamento nos dedos**: Pacientes que apresentam dor, formigamento ou dormência nas mãos e dedos, especialmente no polegar, indicador e dedo médio, com piora à noite ou após atividades repetitivas, devem ser avaliados para síndrome do túnel do carpo.
  - **Perda de força**: Pacientes que relatam fraqueza ao segurar objetos, perda de coordenação ou atrofia dos músculos da mão devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
  - **Diagnóstico eletromiográfico**: Pacientes com diagnóstico confirmado de compressão do nervo mediano em exames de eletroneuromiografia (ENMG) devem ser encaminhados para possível tratamento cirúrgico, se indicado.
- Tendinite de De Quervain
  - **Dor no lado radial do punho**: Pacientes com dor no lado do punho, agravada por movimentos de rotação ou preensão, especialmente ao segurar objetos, devem ser avaliados para tendinite de De Quervain.
  - **Testes clínicos positivos**: Pacientes com teste de Finkelstein positivo (dor ao dobrar o polegar na palma da mão e desviar o punho para o lado ulnar) devem ser encaminhados para tratamento ortopédico, caso não haja resposta ao tratamento conservador.
- Artrite das Mãos e Punhos

- **Dor crônica nas articulações das mãos e punhos**: Pacientes com dor persistente e rigidez nas articulações interfalângicas, articulações metacarpofalângicas ou punho, especialmente ao acordar, devem ser avaliados para osteoartrite ou artrite inflamatória (como artrite reumatoide).
- **Deformidades articulares**: Presença de deformidades visíveis, como desvio ulnar dos dedos, nódulos de Heberden ou Boutonnière, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
- **Falha no tratamento conservador**: Pacientes com artrite que não respondem a anti-inflamatórios, fisioterapia ou infiltrações articulares, devem ser considerados para tratamentos mais avançados, incluindo cirurgia.

- Fraturas e Traumas do Punho e Mão
  - **Fraturas do punho (fratura de Colles, fratura de Smith)**: Pacientes com fraturas confirmadas de rádio distal ou ulna, com desvio ou encurtamento do osso, devem ser encaminhados de urgência para avaliação ortopédica, especialmente se houver limitação de movimento ou dor intensa.
  - **Fraturas dos ossos do carpo (escafoide)**: Fraturas de escafoide, comum em traumas com quedas sobre a mão estendida, devem ser avaliadas por um ortopedista, pois a cicatrização é frequentemente lenta, e o risco de necrose avascular é elevado.
  - **Luxações e entorses**: Pacientes com suspeita de luxações dos dedos ou do punho, ou entorses severas, devem ser encaminhados para ortopedia para redução e imobilização, se necessário.
- Síndrome de Dupuytren
  - **Contraturas progressivas dos dedos**: Pacientes com nódulos endurecidos na palma da mão e contratura progressiva dos dedos, impedindo a extensão completa, devem ser avaliados para a síndrome de Dupuytren. A condição pode necessitar de tratamento cirúrgico em casos avançados.
- Tenossinovite Estenosante (Dedo em Gatilho)
  - **Bloqueio ou estalido ao dobrar os dedos**: Pacientes que apresentam travamento dos dedos ao flexionar e dificuldade em estendê-los, com sensação de estalido ou bloqueio, devem ser avaliados para dedo em gatilho. Se o tratamento conservador falhar, pode ser necessário tratamento cirúrgico.
- Cistos Sinoviais
  - **Inchaço no dorso ou palma do punho**: Pacientes com cistos sinoviais (gânglios) no punho ou mão, que causam dor ou limitam o movimento, devem

ser encaminhados para avaliação ortopédica. O tratamento pode incluir aspiração ou remoção cirúrgica, se indicado.

- Lesões Tendíneas e Neurológicas
    - **Lesão de tendões extensores ou flexores**: Pacientes com lesões agudas ou crônicas dos tendões dos dedos ou do punho, com perda de função ou movimento, devem ser encaminhados de urgência para reparo cirúrgico.
    - **Lesões nervosas (nervo mediano, ulnar ou radial)**: Pacientes com perda de sensibilidade, força ou função após trauma, devem ser avaliados para lesões nervosas com necessidade de tratamento cirúrgico, se indicado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição da dor (intensidade, localização, duração, fatores de piora e melhora), formigamento, fraqueza ou perda de função.
    - Sintomas neurológicos, como perda de sensibilidade, dormência ou formigamento nas mãos ou dedos.
    - Atividades que agravam os sintomas (movimentos repetitivos, uso de ferramentas, trauma recente).
    - Tratamentos conservadores já realizados (medicações, fisioterapia, infiltrações) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
    - **Radiografias**: Resultados de raio-X em casos de fraturas ou traumas ósseos, e para descartar artropatias.
    - **Ultrassonografia ou ressonância magnética (RM)**: Exames que indiquem espessamento de tendões, compressão nervosa, ou lesões tendíneas.
    - **Eletroneuromiografia (ENMG)**: Resultados de exames neurofisiológicos em casos de compressão nervosa (túnel do carpo ou lesões nervosas).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anti-inflamatórios, corticosteroides, analgésicos, ou outros tratamentos tópicos ou sistêmicos.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor persistente, sintomas neurológicos, deformidades, ou lesões traumáticas na mão ou punho devem ser encaminhados para avaliação

ortopédica. Casos de fraturas, luxações ou lesões tendíneas devem ser tratados de urgência.

- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir fisioterapia, imobilização, infiltrações, ou cirurgia, conforme a gravidade da condição.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com medicações, fisioterapia, uso de órteses e infiltrações.
    - Pacientes com **condições graves**, como fraturas, lesões nervosas ou tendíneas, ou deformidades, podem necessitar de tratamento cirúrgico.
    - Pacientes com **problemas de mão e punho** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

9.3.1.124. Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor no Joelho

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dor no joelho é uma queixa comum que pode ser causada por várias condições, como lesões ligamentares, tendinites, bursites, artrose, ou traumas. O encaminhamento para ortopedia é indicado quando há dor persistente, instabilidade, inchaço recorrente, ou limitações funcionais, além de alterações em exames de imagem que sugiram lesões estruturais.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor Crônica no Joelho
    - **Dor persistente por mais de 6 semanas**: Pacientes com dor no joelho que não melhora com medidas conservadoras (analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia) devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
    - **Limitação funcional**: Pacientes com dificuldade para caminhar, subir escadas, ou realizar atividades diárias devido à dor no joelho devem ser encaminhados para avaliação especializada.
- Lesões Ligamentares e Meniscais
    - **Instabilidade articular**: Pacientes com sensação de falseio ou instabilidade no joelho, especialmente após lesões agudas, devem ser avaliados para lesões ligamentares, como rupturas do ligamento cruzado anterior (LCA), ligamento cruzado posterior (LCP), ligamento colateral medial (LCM) ou lateral (LCL).

- **Lesões de menisco**: Pacientes com dor localizada, bloqueio articular (joelho "travado"), estalidos ou inchaço recorrente após atividades físicas devem ser avaliados para possíveis lesões meniscais, principalmente se confirmadas em exames de imagem (ressonância magnética).

- Artrose (Osteoartrite)
  - **Dor relacionada ao desgaste articular**: Pacientes com dor crônica e rigidez no joelho, especialmente ao acordar ou após períodos de inatividade, devem ser avaliados para osteoartrite, com base em exames de imagem (radiografias mostrando estreitamento do espaço articular, osteófitos, ou esclerose).
  - **Deformidades articulares**: Presença de deformidades visíveis no joelho, como desvio em varo (joelhos arqueados) ou valgo (joelhos voltados para dentro), pode indicar progressão do CGIteoartrite e necessidade de intervenção cirúrgica.
- Bursite e Tendinite
  - **Bursite anserina ou pré-patelar**: Pacientes com dor e inchaço localizado na parte medial do joelho (bursite anserina) ou na região anterior (bursite pré-patelar), especialmente após atividades repetitivas ou trauma, devem ser avaliados para tratamento ortopédico.
  - **Tendinite patelar (joelho de saltador)**: Pacientes com dor na parte inferior da patela, que piora após correr, saltar ou subir escadas, devem ser avaliados para tendinite patelar, principalmente em atletas ou pessoas que realizam atividades de impacto.
- Lesões Traumáticas e Fraturas
  - **Trauma recente**: Pacientes com histórico de trauma direto no joelho, quedas ou acidentes, que apresentam dor intensa, inchaço, ou limitação de movimento, devem ser avaliados para fraturas, lesões ligamentares ou de menisco, com exames de imagem (radiografias ou ressonância magnética).
  - **Fraturas patelares ou do fêmur distal**: Pacientes com fraturas confirmadas em exames de imagem, como fraturas da patela ou do fêmur distal, devem ser encaminhados de urgência para avaliação ortopédica e tratamento cirúrgico ou imobilização.
- Sinais de Complicações
  - **Derrame articular recorrente**: Pacientes com acúmulo frequente de líquido no joelho (derrame articular) devem ser avaliados para lesões intra-articulares, como lesões de menisco, osteoartrite avançada, ou sinovite.

- **Suspeita de infecção**: Pacientes com sinais de infecção, como inchaço, vermelhidão, calor local, febre, e dor intensa no joelho, devem ser encaminhados de urgência para avaliação e possível drenagem e antibioticoterapia (artrite séptica).

- Outras Condições
  - **Síndrome da dor patelofemoral**: Pacientes com dor anterior no joelho, especialmente ao subir escadas ou após ficar sentado por longos períodos, devem ser avaliados para síndrome da dor patelofemoral (joelho de corredor).
  - **Doença de Osgood-Schlatter**: Adolescentes com dor e inchaço na região inferior da patela, principalmente após atividades físicas, devem ser avaliados para doença de Osgood-Schlatter, uma condição inflamatória do tendão patelar na tuberosidade da tíbia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor (intensidade, localização, duração, fatores de piora e melhora, presença de inchaço ou instabilidade).
  - Presença de sintomas após trauma ou atividades físicas.
  - Tratamentos anteriores (uso de medicações, fisioterapia, infiltrações) e sua eficácia.
  - Sinais de deformidade ou limitação funcional significativa.
- **Exames realizados**:
  - **Radiografias**: Resultados de exames de raio-X para avaliar fraturas, artrose ou desalinhamentos articulares.
  - **Ressonância magnética (RM)**: Exames que indiquem lesões de menisco, ligamentos ou outras estruturas intra-articulares.
  - **Ultrassonografia**: Em casos de suspeita de bursite ou tendinite.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anti-inflamatórios, analgésicos, ou infiltrações já realizadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor persistente, inchaço recorrente, instabilidade, ou histórico de trauma recente devem ser encaminhados para ortopedia. Casos de fraturas, lesões ligamentares graves ou infecção devem ser tratados de urgência.

- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir fisioterapia, infiltrações, uso de órteses, ou cirurgia, conforme a gravidade do caso.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com fisioterapia, medicações, infiltrações ou imobilizações.
    - Pacientes com **condições graves**, como lesões ligamentares, meniscais, fraturas ou osteoartrite avançada, podem necessitar de cirurgia (artroscopia, reconstrução ligamentar, ou artroplastia).
    - Pacientes com **dor no joelho** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

9.3.1.125. Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor no Ombro

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dor no ombro pode ser causada por várias condições, como tendinite, bursite, lesões do manguito rotador, instabilidade articular, ou artrose. A dor no ombro pode limitar a mobilidade, causar fraqueza muscular e interferir nas atividades diárias. O encaminhamento para ortopedia é indicado quando há dor persistente, limitação funcional, ou suspeita de lesões estruturais.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor Crônica no Ombro
    - **Dor persistente por mais de 6 semanas**: Pacientes com dor no ombro que não melhora com medidas conservadoras, como analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia ou repouso, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
    - **Limitação funcional**: Pacientes com dificuldade em levantar o braço, realizar movimentos acima da cabeça ou realizar atividades diárias devido à dor no ombro devem ser encaminhados para avaliação especializada.
- Lesões do Manguito Rotador
    - **Dor ao levantar o braço**: Pacientes com dor ao levantar o braço ou realizar movimentos de rotação, especialmente após atividades repetitivas, devem ser avaliados para lesões do manguito rotador.

- **Fraqueza muscular**: Pacientes que relatam perda de força no ombro, com dificuldade em levantar ou segurar objetos, devem ser avaliados para rupturas parciais ou totais do manguito rotador.
- **Achados em exames de imagem**: Pacientes com lesões confirmadas de tendões do manguito rotador em ressonância magnética (RM) ou ultrassonografia devem ser encaminhados para tratamento ortopédico, especialmente se houver falha no tratamento conservador.

- Bursite Subacromial
  - **Dor ao movimentar o ombro**: Pacientes com dor no ombro, especialmente ao realizar movimentos acima da cabeça, com sensibilidade localizada na parte superior do ombro, devem ser avaliados para bursite subacromial.
  - **Limitação do movimento**: Casos em que a dor limita a amplitude de movimento do ombro, causando restrição funcional, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
- Tendinite do Ombro
  - **Tendinite do manguito rotador**: Pacientes com dor no ombro, especialmente ao levantar o braço ou realizar movimentos repetitivos, devem ser avaliados para tendinite. Isso é comum em atletas, trabalhadores manuais ou pessoas que utilizam o ombro em atividades repetitivas.
  - **Tendinite bicipital**: Pacientes com dor na parte anterior do ombro, agravada por movimentos de elevação ou flexão do braço, devem ser avaliados para tendinite do bíceps, com possível tratamento conservador ou cirúrgico, se necessário.
- Lesões Traumáticas
  - **Luxação do ombro**: Pacientes com histórico de luxação do ombro, ou sensação de instabilidade após um episódio de deslocamento, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica para avaliação de lesão ligamentar ou de instabilidade crônica.
  - **Fraturas do ombro**: Pacientes com fraturas confirmadas da clavícula, úmero proximal ou escapula após trauma, que apresentam dor intensa e limitação de movimento, devem ser encaminhados de urgência para avaliação ortopédica e possível tratamento cirúrgico ou imobilização.
- Artrose (Osteoartrite) do Ombro
  - **Dor crônica associada a rigidez**: Pacientes com dor crônica no ombro, associada à rigidez e limitação de movimento, especialmente pela manhã ou após

períodos de inatividade, devem ser avaliados para osteoartrite do ombro, com base em exames de imagem (radiografias).
    - **Deformidades articulares**: Presença de deformidades ou crepitação ao movimentar o ombro pode indicar osteoartrite avançada, e o paciente deve ser encaminhado para avaliação ortopédica para possível intervenção cirúrgica (artroplastia).
- Outras Condições
    - **Capsulite adesiva (ombro congelado)**: Pacientes com dor no ombro associada a rigidez severa e progressiva, com limitação de movimentos em todas as direções, devem ser avaliados para capsulite adesiva. O tratamento pode incluir fisioterapia intensiva ou manipulação sob anestesia.
    - **Lesões de labrum**: Pacientes com sensação de "clique" ou "travamento" no ombro, associada a dor e instabilidade, devem ser avaliados para lesões de labrum (como a lesão de SLAP), com confirmação por ressonância magnética.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição da dor (intensidade, localização, duração, fatores de piora e melhora).
    - Presença de limitação de movimento ou fraqueza no ombro.
    - História de traumas ou luxações prévias.
    - Tratamentos anteriores realizados (fisioterapia, uso de medicações, infiltrações) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
    - **Radiografias**: Resultados de exames de raio-X para avaliar fraturas, artrose ou desalinhamentos articulares.
    - **Ressonância magnética (RM)**: Exames que indiquem lesões do manguito rotador, labrum, ou outras estruturas intra-articulares.
    - **Ultrassonografia**: Em casos de suspeita de bursite ou tendinite.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anti-inflamatórios, analgésicos, ou infiltrações já realizadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor persistente, fraqueza, limitação de movimento ou histórico de trauma devem ser encaminhados para avaliação ortopédica. Casos de fraturas, lesões do manguito rotador ou luxações devem ser tratados de urgência.
- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir fisioterapia, infiltrações, imobilização ou cirurgia, conforme a gravidade do caso.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com fisioterapia, medicações e infiltrações.
    - Pacientes com **condições graves**, como rupturas do manguito rotador, fraturas ou instabilidade crônica, podem necessitar de cirurgia (reparação do manguito, artroscopia ou artroplastia).
    - Pacientes com **dor no ombro** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

9.3.1.126. Protocolo para Consulta em Ortopedia: Dor no Quadril

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dor no quadril pode ter várias causas, incluindo lesões musculoesqueléticas, inflamações, artrite, bursite, lesões de labrum ou impacto femoroacetabular. A dor no quadril pode limitar a mobilidade, causar fraqueza e interferir nas atividades diárias. O encaminhamento para ortopedia é necessário quando há dor persistente, limitação funcional significativa, ou suspeita de lesões estruturais com achados em exames de imagem.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor Crônica no Quadril
    - **Dor persistente por mais de 6 semanas**: Pacientes com dor no quadril que não melhora com medidas conservadoras, como analgésicos, anti-inflamatórios, fisioterapia ou repouso, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
    - **Limitação funcional**: Pacientes com dificuldade em caminhar, subir escadas, ou realizar atividades diárias devido à dor no quadril devem ser encaminhados para avaliação especializada.
- Osteoartrite do Quadril (Coxartrose)
    - **Dor crônica associada a rigidez**: Pacientes com dor crônica no quadril, especialmente ao acordar ou após longos períodos de inatividade, associada a

rigidez e limitação de movimento, devem ser avaliados para osteoartrite, com base em exames de imagem (radiografias mostrando estreitamento do espaço articular, esclerose e osteófitos).
    - **Deformidades articulares**: Pacientes com dor e crepitação ao movimentar o quadril, ou com deformidades visíveis, podem ter osteoartrite avançada e devem ser avaliados para possível intervenção cirúrgica (artroplastia).
- Bursite Trocanteriana
    - **Dor na lateral do quadril**: Pacientes com dor na região lateral do quadril, que piora ao deitar sobre o lado afetado ou caminhar, devem ser avaliados para bursite trocanteriana.
    - **Sensibilidade ao toque**: Pacientes com sensibilidade ao toque sobre o grande trocanter, que limita a mobilidade, devem ser encaminhados para tratamento ortopédico se o manejo conservador falhar.
- Impacto Femoroacetabular (IFA)
    - **Dor no quadril ao flexionar o quadril**: Pacientes com dor ao realizar movimentos como sentar para avaliação ortopédica para possível correção cirúrgica.
- Lesões de Labrum
    - **Dor no quadril com sensação de "travamento"**: Pacientes com dor no quadril, associada a sensação de "travamento" ou "clique" durante o movimento, devem ser avaliados para lesões de labrum acetabular, especialmente em pacientes jovens e atletas.
    - **Confirmadas por exames de imagem**: Lesões de labrum diagnosticadas por RM devem ser encaminhadas para tratamento ortopédico, podendo incluir fisioterapia ou correção cirúrgica.
- Fraturas e Lesões Traumáticas
    - **Fraturas de fêmur proximal**: Pacientes com histórico de queda ou trauma no quadril, que apresentam dor intensa e incapacidade de sustentar peso no membro afetado, devem ser avaliados de urgência para fraturas do fêmur proximal, com exames de imagem confirmatórios.
    - **Fraturas do acetábulo**: Pacientes com fraturas confirmadas do acetábulo devem ser encaminhados para avaliação ortopédica urgente, sendo que esses casos muitas vezes requerem tratamento cirúrgico.
- Tendinite e Lesões Musculares

- **Tendinite dos músculos flexores do quadril**: Pacientes com dor na virilha ou na parte anterior do quadril, especialmente após atividades físicas como corrida ou levantamento de peso, devem ser avaliados para tendinite dos flexores do quadril.
- **Lesões musculares**: Pacientes com dor aguda associada a traumas ou estiramentos musculares, com limitação de movimento e edema, devem ser avaliados para lesões musculares, como as dos músculos isquiotibiais ou do glúteo médio.

- Sinais de Complicações ou Outras Condições
  - **Artrite séptica**: Pacientes com dor intensa no quadril, associada a sinais sistêmicos como febre, inchaço e calor local, devem ser encaminhados de urgência para avaliação de artrite séptica, que requer tratamento imediato com antibióticos e possível drenagem cirúrgica.
  - **Necrose avascular da cabeça femoral**: Pacientes com dor no quadril, principalmente em repouso, que piora progressivamente, e com história de uso prolongado de corticosteroides ou alcoolismo, devem ser avaliados para necrose avascular da cabeça femoral.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor (intensidade, localização, duração, fatores de piora e melhora).
  - Presença de limitação funcional ou rigidez.
  - História de traumas ou quedas.
  - Tratamentos anteriores realizados (fisioterapia, uso de medicações, infiltrações) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
  - **Radiografias**: Resultados de exames de raio-X para avaliar fraturas, artrose ou desalinhamentos articulares.
  - **Ressonância magnética (RM)**: Exames que indiquem lesões de labrum, necrose avascular ou outras alterações intra-articulares.
  - **Ultrassonografia**: Em casos de suspeita de bursite ou tendinite.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anti-inflamatórios, analgésicos, ou infiltrações já realizadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor persistente, limitação funcional, ou histórico de trauma devem ser encaminhados para avaliação ortopédica. Casos de fraturas, necrose avascular ou artrite séptica devem ser tratados de urgência.
- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir fisioterapia, infiltrações, uso de órteses ou cirurgia, conforme a gravidade do caso.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com fisioterapia, medicações e infiltrações.
    - Pacientes com **condições graves**, como fraturas, lesões de labrum ou osteoartrite avançada, podem necessitar de cirurgia (artroplastia, artroscopia ou osteossíntese).
    - Pacientes com **dor no quadril** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

9.3.1.127. Protocolo para Consulta em Ortopedia: Patologias do Pé e Tornozelo

I. Condições Clínicas para Atendimento

As patologias do pé e tornozelo podem incluir uma ampla gama de condições, como entorses, fraturas, tendinites, fascite plantar, esporão de calcâneo, deformidades como joanetes (hálux valgo) e pé plano, além de condições artríticas. A dor e disfunção no pé e tornozelo podem afetar a mobilidade e limitar a qualidade de vida. O encaminhamento para ortopedia é necessário em casos de dor persistente, deformidades ou lesões agudas.

II. Critérios para Encaminhamento

- Entorses e Lesões Ligamentares
    - **Entorse de tornozelo**: Pacientes com dor e inchaço no tornozelo após uma torção, com dificuldade para apoiar o pé, devem ser avaliados para entorse de tornozelo. O encaminhamento para ortopedia é necessário quando há instabilidade crônica ou falha no tratamento conservador.
    - **Instabilidade crônica do tornozelo**: Pacientes com entorses frequentes ou sensação de falseio no tornozelo devem ser encaminhados para avaliação

ortopédica, principalmente se houver suspeita de lesão ligamentar crônica ou necessidade de correção cirúrgica.

- Tendinites e Bursites
    - **Tendinite de Aquiles**: Pacientes com dor no tendão de Aquiles, especialmente após atividades físicas, como correr ou subir escadas, devem ser avaliados para tendinite. Casos com dor persistente ou risco de ruptura requerem avaliação ortopédica.
    - **Bursite retrocalcânea**: Pacientes com dor e inchaço na parte posterior do calcanhar, agravada pelo uso de sapatos apertados, devem ser avaliados para bursite retrocalcânea.
    - **Tendinite dos tibiais (anterior ou posterior)**: Pacientes com dor ao longo da parte medial do tornozelo ou pé, agravada por caminhada ou atividades físicas, devem ser avaliados para tendinite dos tibiais.
- Fraturas e Lesões Traumáticas
    - **Fraturas do tornozelo**: Pacientes com dor intensa, inchaço e incapacidade de apoiar o pé após trauma, como uma torção severa ou queda, devem ser avaliados para fraturas do tornozelo, com exames de imagem confirmatórios (radiografia).
    - **Fraturas do pé (metatarsos e falanges)**: Pacientes com dor localizada e inchaço no pé, especialmente após trauma direto ou atividades repetitivas (fraturas por estresse), devem ser encaminhados para avaliação ortopédica, com possível imobilização ou cirurgia.
    - **Fratura de Jones (5º metatarso)**: Pacientes com dor na lateral do pé, especialmente no quinto metatarso, após trauma ou torção, devem ser encaminhados para avaliação urgente, pois essa fratura tem alto risco de não união e pode exigir cirurgia.
- Fascite Plantar e Esporão de Calcâneo
    - **Fascite plantar**: Pacientes com dor na planta do pé, especialmente ao acordar e ao dar os primeiros passos, devem ser avaliados para fascite plantar. Se o tratamento conservador falhar (fisioterapia, uso de órteses, anti-inflamatórios), o paciente deve ser encaminhado para ortopedia.
    - **Esporão de calcâneo**: Pacientes com dor persistente no calcanhar associada a fascite plantar ou que não melhora com o tratamento conservador devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
- Joanete (Hálux Valgo)

- **Deformidade do hálux**: Pacientes com dor e deformidade no hálux, em que o dedo grande do pé se desvia para fora (hálux valgo), causando dificuldade de usar calçados ou dor ao caminhar, devem ser avaliados para possível correção cirúrgica, caso o tratamento conservador não seja eficaz.
- **Evolução com dor e limitação**: Pacientes com progressão da deformidade ou dor significativa, que não melhora com medidas conservadoras como uso de palmilhas, fisioterapia ou calçados apropriados, devem ser encaminhados para ortopedia.

- Pé Plano (Pé Chato)
  - **Desabamento do arco plantar**: Pacientes com dor nos pés associada ao pé plano, especialmente crianças ou adultos jovens com deformidade progressiva e dor ao caminhar, devem ser encaminhados para ortopedia. Em casos de pé plano rígido ou associado a outras deformidades, a correção cirúrgica pode ser necessária.
  - **Falha no tratamento conservador**: Pacientes com pé plano que não melhoram com o uso de órteses, palmilhas ou fisioterapia, e que apresentam limitação funcional, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica.
- Pé Cavus
  - **Arco plantar elevado**: Pacientes com pé cavus (arco plantar excessivamente elevado) que apresentam dor no pé ou instabilidade ao caminhar devem ser avaliados. Esta condição pode estar associada a distúrbios neurológicos e requer acompanhamento ortopédico.
  - **Limitação funcional**: Em casos de dor persistente ou deformidade progressiva, o paciente deve ser encaminhado para possível correção cirúrgica.
- Artrose (Osteoartrite) do Tornozelo e Pé
  - **Dor crônica e rigidez**: Pacientes com dor crônica e rigidez no tornozelo ou articulações do pé, especialmente pela manhã ou após longos períodos de inatividade, devem ser avaliados para osteoartrite. Casos avançados podem requerer intervenção cirúrgica, como artrodese ou artroplastia.
  - **Deformidades e limitação funcional**: Pacientes com deformidades visíveis no tornozelo ou pé, associadas a dor e perda de mobilidade, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica para planejamento de tratamento cirúrgico.
- Outras Deformidades e Patologias

- **Dedos em garra ou martelo**: Pacientes com deformidades dos dedos (dedos em garra ou martelo) que causam dor, dificuldade de usar sapatos ou úlceras devem ser avaliados para tratamento conservador ou cirúrgico.
- **Neuroma de Morton**: Pacientes com dor e sensação de queimação entre os dedos dos pés, associada a formigamento e piora ao caminhar, devem ser avaliados para neuroma de Morton. Se o tratamento conservador não for eficaz, o paciente deve ser encaminhado para ortopedia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da dor (intensidade, localização, duração, fatores de piora e melhora).
  - Presença de inchaço, instabilidade ou deformidade.
  - História de traumas ou torções.
  - Tratamentos anteriores realizados (fisioterapia, uso de órteses, infiltrações) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
  - **Radiografias**: Resultados de exames de raio-X para avaliar fraturas, desalinhamentos articulares ou esporões ósseos.
  - **Ressonância magnética (RM)**: Exames para lesões ligamentares, tendinites, fascite plantar ou lesões ósseas não evidentes no raio-X.
  - **Ultrassonografia**: Para avaliar tendinites ou bursites, se aplicável.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de anti-inflamatórios, analgésicos ou infiltrações já realizadas.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor persistente, deformidades ou lesões traumáticas devem ser encaminhados para avaliação ortopédica. Casos de fraturas, luxações ou lesões ligamentares graves devem ser tratados de urgência.
- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista realizará exames clínicos e de imagem adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir fisioterapia, infiltrações, uso de órteses ou cirurgia, conforme a gravidade do caso.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **condições leves a moderadas** podem ser tratados com medicações, fisioterapia, órteses ou infiltrações.

- Pacientes com **condições graves**, como fraturas, lesões ligamentares, deformidades ou osteoartrite avançada, podem necessitar de cirurgia (reparação ligamentar, artrodese ou artroplastia).
- Pacientes com **patologias do pé e tornozelo** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

9.3.1.128. Protocolo para Consulta em Ortopedia: Fraturas de Quadril

I. Condições Clínicas para Atendimento

As fraturas de quadril são lesões graves, comuns em idosos devido à osteoporose, mas também podem ocorrer em adultos jovens por traumas de alta energia, como acidentes automobilísticos ou quedas. Essas fraturas geralmente afetam o fêmur proximal (colo femoral, cabeça femoral ou região intertrocantérica). O tratamento ortopédico imediato é essencial para prevenir complicações como necrose avascular, trombose venosa profunda, e perda de mobilidade.

II. Critérios para Encaminhamento

- Suspeita de Fratura de Quadril
  - **Dor intensa no quadril ou na virilha após trauma**: Pacientes, especialmente idosos, que apresentam dor intensa no quadril ou na região da virilha após uma queda ou trauma devem ser avaliados para fraturas de quadril.
  - **Incapacidade de sustentar peso**: Pacientes que são incapazes de colocar peso sobre a perna afetada, com dor ao tentar se levantar ou caminhar, devem ser encaminhados de urgência para avaliação ortopédica.
  - **Deformidade visível ou encurtamento do membro**: Pacientes com sinais visíveis de encurtamento ou rotação externa do membro afetado devem ser considerados como suspeitos de fratura de quadril.
- Diagnóstico Confirmado de Fratura de Quadril
  - **Fraturas do colo do fêmur**: Pacientes com diagnóstico confirmado de fratura do colo femoral, que é comum em idosos com osteoporose, devem ser encaminhados para tratamento ortopédico urgente. Essas fraturas têm alto risco de necrose avascular da cabeça femoral e geralmente requerem tratamento cirúrgico (próteses ou fixação).
  - **Fraturas intertrocantéricas**: Pacientes com fraturas na região intertrocantérica do fêmur devem ser encaminhados para avaliação ortopédica, pois essas fraturas

também necessitam de tratamento cirúrgico (fixação interna com placa e parafusos ou haste intramedular).
    - **Fraturas subtrocantéricas**: Fraturas abaixo do trocanter menor também requerem avaliação ortopédica urgente para definição do tratamento cirúrgico.
- Fraturas em Pacientes Jovens
    - **Trauma de alta energia**: Pacientes jovens que sofreram acidentes de alta energia, como acidentes automobilísticos ou quedas de grandes alturas, e apresentam fratura de quadril, devem ser encaminhados de urgência. O tratamento cirúrgico imediato é necessário para restaurar a função articular e prevenir complicações a longo prazo.
    - **Fraturas com deslocamento**: Fraturas de quadril em jovens com deslocamento significativo requerem tratamento cirúrgico imediato para realinhamento e fixação adequada, visando preservar a articulação e evitar sequelas.
- Complicações Potenciais
    - **Necrose avascular da cabeça femoral**: Pacientes com fraturas do colo do fêmur estão em risco de necrose avascular devido ao comprometimento do suprimento sanguíneo para a cabeça femoral. O diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico imediato são fundamentais para preservar a função articular.
    - **Complicações tromboembólicas**: Pacientes imobilizados por fraturas de quadril estão em risco de desenvolver trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar. O manejo profilático com anticoagulantes e a mobilização precoce são essenciais para reduzir esses riscos.
    - **Pseudartrose ou falha de consolidação**: Fraturas de quadril que não cicatrizam corretamente podem resultar em pseudartrose, necessitando de nova intervenção cirúrgica para corrigir a falha de consolidação.
- Tratamento Cirúrgico
    - **Fixação interna**: Pacientes com fraturas de quadril são frequentemente tratados com fixação interna utilizando parafusos, placas ou hastes intramedulares, dependendo do tipo e localização da fratura. O encaminhamento urgente para ortopedia é necessário para definir o tipo de procedimento.
    - **Próteses de quadril**: Em pacientes idosos ou em casos de fraturas mais complexas, pode ser necessário substituir a articulação do quadril com uma prótese parcial ou total. O tratamento cirúrgico imediato melhora o prognóstico e previne complicações como necrose avascular.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Descrição do trauma (queda, acidente ou outro tipo de impacto).
- Presença de dor intensa no quadril ou virilha, incapacidade de caminhar, ou deformidades visíveis no membro afetado.
- Idade do paciente e fatores de risco, como osteoporose ou uso de corticosteroides.
- **Exames realizados**:
    - **Radiografias**: Resultados de raio-X confirmando a presença de fratura do fêmur proximal (colo femoral, região intertrocantérica ou subtrocantérica).
    - **Ressonância magnética (RM)** ou **tomografia computadorizada (TC)**: Exames avançados podem ser solicitados para avaliar a extensão da fratura ou comprometimento da cabeça femoral, principalmente em fraturas com dúvidas diagnósticas.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de analgésicos, anticoagulantes, ou outras medicações em curso.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com fraturas de quadril devem ser encaminhados de urgência para avaliação ortopédica. A avaliação inicial inclui exame físico e exames de imagem para confirmar o diagnóstico e planejar a intervenção.
- **Avaliação ortopédica**: O ortopedista determinará o tipo de fratura e o tratamento apropriado. A maioria dos casos requer cirurgia, seja para fixação interna (placas, parafusos, hastes) ou substituição articular (próteses).
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **fraturas do colo do fêmur**: Geralmente requerem próteses ou fixação interna imediata, especialmente em idosos com risco de complicações como necrose avascular.
    - Pacientes com **fraturas intertrocantéricas ou subtrocantéricas**: Requerem cirurgia para fixação com hastes ou placas, visando estabilizar a fratura e permitir a mobilização precoce.
    - Pacientes com **fraturas de quadril** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica especializada e tratamento cirúrgico urgente, com foco em reduzir o risco de complicações e restaurar a mobilidade.

I. Condições Clínicas para Atendimento

Vertigem é a sensação de rotação ou desequilíbrio, frequentemente causada por distúrbios do sistema vestibular no ouvido interno. As causas podem incluir vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), doença de Ménière, neurite vestibular, labirintite e outras condições otorrinolaringológicas. O encaminhamento para otorrinolaringologia é necessário para avaliação detalhada e tratamento especializado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Vertigem Paroxística Posicional Benigna (VPPB)
  - **Episódios breves de vertigem ao mudar de posição**: Pacientes que relatam vertigem ao virar a cabeça, deitar ou levantar-se, especialmente ao mudar de posição na cama, devem ser avaliados para VPPB.
  - **Sintomas desencadeados por manobras de movimento**: Pacientes com sintomas sugestivos de VPPB confirmados por manobras de Dix-Hallpike (que desencadeia a vertigem) devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica para confirmação diagnóstica e tratamento, como manobra de reposicionamento canalicular (Epley).
- Doença de Ménière
  - **Vertigem recorrente com perda auditiva e zumbido**: Pacientes que apresentam episódios de vertigem recorrente, associada a perda auditiva flutuante, sensação de pressão no ouvido e zumbido, devem ser avaliados para doença de Ménière.
  - **Comprometimento auditivo**: Pacientes com sintomas auditivos associados, como perda auditiva ou sensação de plenitude auricular, devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para exames audiológicos e avaliação da função vestibular.
- Neurite Vestibular
  - **Vertigem intensa e prolongada sem perda auditiva**: Pacientes com episódios de vertigem intensa, durando horas a dias, sem perda auditiva, devem ser avaliados para neurite vestibular. A presença de nistagmo espontâneo (movimento involuntário dos olhos) também é indicativa de disfunção vestibular periférica.

- **Sintomas de desequilíbrio prolongados**: Pacientes que apresentam desequilíbrio persistente após o episódio agudo de vertigem devem ser encaminhados para reabilitação vestibular.

- Labirintite
  - **Vertigem associada a infecção do ouvido**: Pacientes com sintomas de vertigem acompanhada de infecção no ouvido (otalgia, otorreia) e perda auditiva devem ser avaliados para labirintite, especialmente em casos de otite média recorrente.
  - **Perda auditiva súbita e vertigem**: Pacientes que apresentam perda auditiva súbita, associada a vertigem e sinais de infecção, devem ser encaminhados de urgência para otorrinolaringologia.
- Outras Causas de Vertigem
  - **Vertigem central**: Pacientes com sintomas de vertigem acompanhados de sinais neurológicos, como visão dupla, fraqueza nos membros ou disartria (dificuldade para falar), devem ser encaminhados para avaliação neurológica urgente. A vertigem central pode ser causada por condições como acidente vascular cerebral (AVC), esclerose múltipla ou tumores.
  - **Vertigem induzida por medicamentos**: Pacientes que desenvolvem vertigem após o início de medicamentos ototóxicos (antibióticos aminoglicosídeos, diuréticos, ou outros) devem ser encaminhados para revisão medicamentosa e avaliação otorrinolaringológica para determinar a causa e ajustar o tratamento.
- Diagnóstico Diferencial de Vertigem
  - **Vertigem postural ortostática**: Pacientes que apresentam vertigem ao se levantar rapidamente (hipotensão ortostática) devem ser avaliados para causas sistêmicas e regulados para otorrinolaringologia caso haja suspeita de causas otoneurológicas associadas.
  - **Enxaqueca vestibular**: Pacientes com história de enxaqueca, associada a episódios de vertigem, fotofobia e fonofobia, devem ser avaliados para enxaqueca vestibular, uma condição neurológica frequentemente associada à vertigem.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da vertigem (intensidade, duração, fatores desencadeantes, relação com movimentos ou mudanças de posição).

- Sintomas associados, como perda auditiva, zumbido, sensação de plenitude auricular, náuseas ou vômitos.
- História de infecções de ouvido, cirurgias otológicas prévias, ou uso de medicamentos ototóxicos.

- **Exames realizados**:
  - **Audiometria**: Resultados de exames auditivos para avaliar a presença de perda auditiva associada.
  - **Teste calórico ou prova rotacional**: Se disponível, o resultado de testes vestibulares para avaliação da função do ouvido interno.
  - **Manobra de Dix-Hallpike**: Resultados de testes clínicos realizados para detecção de VPPB.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos, como antivertiginosos, diuréticos, ou antibióticos, além de qualquer medicação ototóxica.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com episódios recorrentes de vertigem, perda auditiva ou zumbido associados devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para avaliação. Casos de vertigem acompanhada de sinais neurológicos devem ser avaliados de urgência por neurologia.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará exames clínicos, testes audiológicos e vestibulares adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir manobras de reposicionamento, medicações antivertiginosas ou intervenções cirúrgicas em casos de doenças como a doença de Ménière ou labirintite.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **vertigem leve a moderada**, como VPPB ou neurite vestibular, podem ser tratados com manobras de reposicionamento e reabilitação vestibular.
  - Pacientes com **condições mais graves**, como doença de Ménière ou labirintite, podem necessitar de intervenções mais avançadas, como uso de diuréticos, injeções intratimpânicas ou cirurgias.
  - Pacientes com **vertigem** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada, com tratamento adequado conforme o diagnóstico e a gravidade da condição.

9.3.1.130. Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Obstrução Nasal

I. Condições Clínicas para Atendimento

Obstrução nasal pode ser causada por uma variedade de condições, incluindo desvio de septo nasal, hipertrofia dos cornetos nasais, pólipos nasais, rinite alérgica, rinite medicamentosa e tumores nasais. O encaminhamento para otorrinolaringologia é indicado para avaliação detalhada, diagnóstico diferencial e tratamento especializado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Desvio de Septo Nasal
    - **Dificuldade respiratória unilateral ou bilateral**: Pacientes que relatam dificuldade persistente para respirar pelo nariz, especialmente se a obstrução for mais pronunciada em um dos lados, devem ser avaliados para desvio de septo nasal.
    - **Alterações confirmadas em exame físico**: Pacientes com desvio de septo nasal diagnosticado em exame clínico (rinoscopia) devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para avaliação de correção cirúrgica (septoplastia) se a obstrução for significativa e não responder ao tratamento conservador.
- Hipertrofia de Cornetos
    - **Congestão nasal crônica**: Pacientes com congestão nasal crônica, que piora à noite ou com a exposição a alérgenos, devem ser avaliados para hipertrofia dos cornetos nasais.
    - **Resistência ao tratamento com descongestionantes ou corticoides**: Pacientes que não respondem ao tratamento com descongestionantes ou corticoides nasais, ou que dependem excessivamente de sprays descongestionantes (rinite medicamentosa), devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica.
- Pólipos Nasais
    - **Obstrução nasal progressiva bilateral**: Pacientes com obstrução nasal progressiva, associada a perda de olfato (hiposmia) e coriza, devem ser avaliados para pólipos nasais. Casos confirmados em exame clínico ou tomografia devem ser encaminhados para tratamento especializado.
    - **História de asma ou alergias**: Pacientes com pólipos nasais frequentemente têm história de asma ou alergias, devendo ser encaminhados para tratamento cirúrgico (polipectomia) ou manejo clínico com corticoides intranasais e sistêmicos.
- Rinite Alérgica ou Rinossinusite Crônica

- **Obstrução nasal intermitente com espirros e coriza**: Pacientes com história de obstrução nasal intermitente, frequentemente associada a espirros, prurido nasal e coriza, devem ser avaliados para rinite alérgica.
- **Falha no manejo clínico**: Pacientes que não melhoram com o uso de antihistamínicos e corticoides nasais para tratamento da rinite alérgica devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica e possível imunoterapia.
- **Rinossinusite crônica**: Pacientes com obstrução nasal associada a secreção purulenta, dor facial, ou congestão persistente, devem ser avaliados para rinossinusite crônica e encaminhados para otorrinolaringologia se houver necessidade de exames de imagem ou intervenções cirúrgicas.

- Tumores Nasais
  - **Obstrução nasal unilateral persistente**: Pacientes com obstrução nasal unilateral que não melhora com o tratamento e que não tem causa evidente, devem ser avaliados para possíveis neoplasias nasais. O encaminhamento urgente é necessário para avaliação otorrinolaringológica e exames de imagem.
  - **Sangramento nasal recorrente (epistaxe)**: Pacientes que apresentam obstrução nasal com sangramento nasal recorrente devem ser avaliados para lesões vasculares ou tumores, sendo o encaminhamento para otorrinolaringologia urgente.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da obstrução nasal (intensidade, lateralidade, duração, fatores desencadeantes).
  - Sintomas associados, como rinorreia, espirros, prurido nasal, ou dor facial.
  - História de alergias, asma, uso de descongestionantes nasais ou cirurgias anteriores.
- **Exames realizados**:
  - **Rinoscopia**: Resultados de rinoscopia anterior ou endoscopia nasal, se disponível, com achados de desvio septal, hipertrofia de cornetos, pólipos ou secreção purulenta.
  - **Tomografia de seios da face**: Se já realizado, fornecer resultados de exames de imagem para avaliação de pólipos, sinusites ou massas nasais.

- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de descongestionantes nasais, antihistamínicos, corticoides intranasais ou outros tratamentos já realizados.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com obstrução nasal persistente, não responsiva a tratamentos conservadores, ou com suspeita de desvio septal, pólipos nasais ou tumores, devem ser encaminhados para otorrinolaringologia.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará uma avaliação clínica e endoscópica para confirmar o diagnóstico e planejar o tratamento, que pode incluir manejo clínico ou cirúrgico.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **condições leves** (como rinite alérgica ou hipertrofia de cornetos) podem ser tratados com medicações, como corticoides nasais e antihistamínicos.
- Pacientes com **condições mais graves** (como pólipos nasais, desvio septal ou tumores) podem necessitar de cirurgia (septoplastia, polipectomia, ou remoção de massas nasais).
- Pacientes com **obstrução nasal** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

9.3.1.131. Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Rinossinusite

I. Condições Clínicas para Atendimento

Rinossinusite é uma inflamação da mucosa nasal e dos seios da face, com sintomas como obstrução nasal, secreção nasal, dor facial e cefaleia. A rinossinusite pode ser aguda, subaguda ou crônica, e pode ser causada por infecções virais, bacterianas ou fatores alérgicos. O encaminhamento para otorrinolaringologia é necessário para casos de rinossinusite crônica, recorrente ou de difícil manejo.

Critérios para Encaminhamento

- Rinossinusite Aguda (RSA)
    - **Sintomas de duração superior a 10 dias**: Pacientes com sintomas de obstrução nasal, secreção nasal purulenta, dor facial e pressão nos seios da face, que persistem por mais de 10 dias, devem ser avaliados para rinossinusite bacteriana aguda.

- **Falha no tratamento com antibióticos**: Pacientes que não melhoram com um curso adequado de antibióticos ou outros tratamentos clínicos para rinossinusite aguda devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica.
- **Infecções recorrentes**: Pacientes com episódios repetidos de rinossinusite aguda, com frequência maior que 3 a 4 episódios por ano, devem ser avaliados para possíveis causas estruturais (desvio de septo, pólipos nasais) ou imunológicas.

- Rinossinusite Crônica (RSC)
  - **Sintomas persistentes por mais de 12 semanas**: Pacientes com obstrução nasal, secreção nasal, dor ou pressão facial e redução ou perda do olfato (hiposmia/anosmia) por mais de 12 semanas devem ser avaliados para rinossinusite crônica.
  - **Secreção nasal purulenta**: Pacientes com rinossinusite crônica que apresentam secreção nasal purulenta persistente, frequentemente associada à dor facial e sintomas sistêmicos, devem ser encaminhados para exames de imagem (tomografia de seios da face) e avaliação otorrinolaringológica para possível intervenção cirúrgica.
  - **Associação com pólipos nasais**: Pacientes com rinossinusite crônica associada a pólipos nasais devem ser avaliados para tratamento especializado, com manejo clínico (corticoides tópicos e orais) ou cirúrgico (polipectomia ou cirurgia endoscópica).
- Rinossinusite Fúngica
  - **Pacientes imunocomprometidos ou com sintomas atípicos**: Pacientes com infecção fúngica nos seios da face, que pode ser invasiva ou não invasiva, devem ser encaminhados para avaliação urgente, especialmente se forem imunocomprometidos ou apresentarem sinais de complicações (como edema orbital, dor facial intensa ou febre).
  - **Achados sugestivos em exames de imagem**: Pacientes com rinossinusite crônica e achados de sinusopatia fúngica em tomografia devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para diagnóstico e manejo especializado.
- Complicações da Rinossinusite
  - **Complicações orbitárias**: Pacientes com dor ocular, edema ou vermelhidão na região dos olhos, associada a sintomas de rinossinusite, devem ser encaminhados de urgência para otorrinolaringologia para descartar complicações orbitárias (celulite pré-septal ou orbitária, abscesso subperiosteal).

- **Complicações intracranianas**: Pacientes com sinais neurológicos (cefaleia intensa, confusão mental, febre alta) associados à rinossinusite, devem ser encaminhados de urgência para avaliação de possíveis complicações intracranianas (meningite, abscesso cerebral).

- Outras Indicações de Encaminhamento
  - **Falha no manejo clínico da rinossinusite crônica**: Pacientes que não melhoram com tratamento clínico convencional (antibióticos, corticoides tópicos ou orais) devem ser encaminhados para avaliação cirúrgica (cirurgia endoscópica nasossinusal).
  - **Rinossinusite associada a doenças sistêmicas**: Pacientes com rinossinusite crônica associada a doenças como fibrose cística, discinesia ciliar primária ou doenças autoimunes (granulomatose com poliangiite) devem ser avaliados por especialistas para manejo multidisciplinar.

II. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (obstrução nasal, dor facial, secreção nasal purulenta, anosmia).
  - Duração dos sintomas e resposta ao tratamento com antibióticos, corticoides ou outros medicamentos.
  - Frequência de episódios de rinossinusite e presença de fatores de risco, como alergias, desvio de septo, pólipos nasais ou imunossupressão.
- **Exames realizados**:
  - **Tomografia de seios da face**: Resultados de tomografia computadorizada (TC) dos seios da face, se disponível, para avaliar a extensão da inflamação, presença de pólipos ou complicações.
  - **Rinoscopia ou endoscopia nasal**: Achados clínicos de pólipos nasais, secreção purulenta ou edema da mucosa nasal.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antibióticos, corticoides tópicos ou orais, antihistamínicos ou descongestionantes nasais.

III. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com rinossinusite crônica, aguda de difícil manejo, ou suspeita de complicações devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para avaliação adicional e possível tratamento cirúrgico.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará exames clínicos, endoscópicos e de imagem para determinar a melhor abordagem terapêutica, que pode incluir cirurgia ou ajustes no manejo clínico.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **rinossinusite leve a moderada** podem ser tratados com manejo clínico, incluindo antibióticos, corticoides tópicos ou sistêmicos e irrigação nasal.
    - Pacientes com **rinossinusite crônica refratária ou com complicações** podem necessitar de cirurgia endoscópica nasossinusal para desobstrução e drenagem dos seios da face.
    - Pacientes com **rinossinusite** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

9.3.1.132. Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono

I. Condições Clínicas para Atendimento

Ronco e Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) são distúrbios respiratórios que ocorrem durante o sono. A AOS é caracterizada por pausas respiratórias (apneias) repetidas, causadas pela obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores. O ronco é um sintoma comum, mas nem sempre está associado à apneia. O encaminhamento para otorrinolaringologia é necessário quando o ronco ou a apneia comprometem a qualidade do sono, provocam sonolência diurna ou são refratários a tratamentos conservadores.

II. Critérios para Encaminhamento

- Ronco
    - **Ronco frequente e alto**: Pacientes com ronco frequente e perturbador, especialmente quando associado a pausas respiratórias, devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica para diagnóstico diferencial.
    - **Falha no tratamento conservador**: Pacientes que não respondem a tratamentos conservadores, como mudança de hábitos de sono, perda de peso ou

posicionamento durante o sono, devem ser encaminhados para avaliação adicional.

- Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)
    - **Sonolência diurna e fadiga**: Pacientes com sonolência excessiva durante o dia, dificuldade para manter o foco e fadiga, associados a pausas respiratórias durante o sono, devem ser avaliados para AOS. O diagnóstico deve ser confirmado por meio de polissonografia.
    - **Pausas respiratórias durante o sono**: Pacientes cujos parceiros relatam apneias observadas (pausas respiratórias superiores a 10 segundos) durante o sono devem ser encaminhados para avaliação, com polissonografia para confirmar a presença de AOS.
    - **Sintomas associados**: Pacientes com apneia e outros sintomas como cefaleia matinal, irritabilidade, dificuldade de concentração e pressão alta devem ser encaminhados para avaliação de AOS.
- Fatores de Risco para Apneia Obstrutiva do Sono
    - **Obesidade**: Pacientes com índice de massa corporal (IMC) elevado têm maior risco de apneia obstrutiva do sono. O controle de peso deve ser parte do tratamento, mas o encaminhamento é necessário para confirmar o diagnóstico e orientar outras intervenções.
    - **Anatomia das vias aéreas superiores**: Pacientes com desvio de septo, hipertrofia de cornetos, amígdalas ou adenóides aumentadas, ou outros fatores estruturais que possam obstruir as vias aéreas superiores durante o sono devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para avaliação e possível tratamento cirúrgico.
- Complicações Associadas
    - **Doenças cardiovasculares**: Pacientes com apneia obstrutiva do sono não tratada estão em risco aumentado de desenvolver hipertensão arterial, arritmias, insuficiência cardíaca e acidentes vasculares cerebrais. O encaminhamento urgente para avaliação otorrinolaringológica e tratamento adequado é indicado nesses casos.
    - **Diabetes e resistência à insulina**: A apneia obstrutiva do sono pode estar associada ao aumento da resistência à insulina e ao risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2, requerendo uma abordagem multidisciplinar.
- Falha no Tratamento com CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas)

- **Intolerância ao CPAP**: Pacientes com apneia obstrutiva do sono que não toleram o uso de CPAP devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para avaliação de tratamentos alternativos, como cirurgia (uvulopalatofaringoplastia, avanço mandibular) ou dispositivos intraorais.
- **AOS refratária**: Pacientes que não apresentam melhora significativa com o uso do CPAP devem ser avaliados para causas estruturais de obstrução e possível necessidade de intervenção cirúrgica.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição do ronco (frequência, intensidade) e pausas respiratórias observadas.
  - Sintomas associados, como sonolência diurna, fadiga, cefaleia matinal, irritabilidade e dificuldade de concentração.
  - Fatores de risco, como obesidade, hipertrofia de amígdalas ou adenóides, desvio de septo e histórico de hipertensão ou diabetes.
  - Tratamentos anteriores realizados (uso de CPAP, perda de peso, mudança de hábitos de sono) e sua eficácia.
- **Exames realizados**:
  - **Polissonografia**: Resultados de estudos de sono para confirmar o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono, incluindo o índice de apneia-hipopneia (IAH).
  - **Exames físicos e endoscópicos**: Achados clínicos de obstrução anatômica das vias aéreas superiores, como desvio de septo ou hipertrofia de amígdalas.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicações ou dispositivos, como CPAP ou dispositivos intraorais, e sua eficácia.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com ronco frequente ou suspeita de apneia obstrutiva do sono devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para avaliação diagnóstica, incluindo polissonografia.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará uma avaliação clínica e exames endoscópicos, além de interpretar os resultados da polissonografia. O tratamento pode incluir CPAP, dispositivos intraorais ou intervenções cirúrgicas, dependendo da gravidade da apneia e da obstrução anatômica.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **ronco sem apneia** podem ser tratados com mudanças no estilo de vida, perda de peso e ajustes posturais.
- Pacientes com **apneia leve a moderada** podem ser tratados com CPAP, dispositivos intraorais ou cirurgia.
- Pacientes com **apneia grave** ou que não respondem a tratamentos conservadores podem necessitar de cirurgias mais complexas (uvulopalatofaringoplastia, avanço mandibular, ou cirurgia do septo).
- Pacientes com **ronco** ou **apneia obstrutiva do sono** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada e tratamento conforme a gravidade da condição.

9.3.1.133. Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Otite

I. Condições Clínicas para Atendimento

Otite é a inflamação ou infecção do ouvido e pode afetar o ouvido externo, médio ou interno. As principais condições incluem otite externa (infecção do canal auditivo), otite média aguda (infecção do ouvido médio) e otite média com efusão (presença de líquido no ouvido médio sem sinais de infecção aguda). O encaminhamento para otorrinolaringologia é necessário em casos recorrentes, crônicos, com complicações ou que não respondem ao tratamento clínico.

II. Critérios para Encaminhamento

- Otite Externa
  - **Dor intensa e secreção no canal auditivo**: Pacientes com dor intensa, vermelhidão e secreção purulenta no canal auditivo, frequentemente associados a otite externa bacteriana ou fúngica, devem ser avaliados para tratamento especializado quando não respondem ao manejo clínico com antibióticos tópicos ou antifúngicos.
  - **Otite externa recorrente ou crônica**: Pacientes com episódios recorrentes de otite externa, ou que apresentam otite externa crônica, devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica para investigar fatores predisponentes, como dermatites, uso excessivo de cotonetes ou doenças imunológicas.
- Otite Média Aguda (OMA)
  - **Infecção aguda com dor e febre**: Pacientes com dor intensa no ouvido, febre, e sinais de infecção aguda do ouvido médio (abaulamento da membrana timpânica, secreção purulenta) devem ser tratados inicialmente com antibióticos.

O encaminhamento para otorrinolaringologia é indicado quando não há resposta ao tratamento.

  - **Otite média recorrente**: Pacientes com três ou mais episódios de otite média aguda em um período de seis meses, ou quatro ou mais episódios em um ano, devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica. A colocação de tubos de ventilação (timpanostomia) pode ser considerada.
  - **Complicações**: Pacientes com sinais de complicações da otite média, como mastoidite (inchaço e dor atrás da orelha), paralisia facial, ou meningite, devem ser encaminhados de urgência para avaliação especializada.
- Otite Média com Efusão (OME)
  - **Presença de líquido no ouvido médio sem infecção**: Pacientes com efusão (líquido) no ouvido médio por mais de três meses, sem sinais de infecção aguda, devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica. Essa condição pode causar perda auditiva e afetar o desenvolvimento da fala em crianças.
  - **Sintomas persistentes apesar do tratamento**: Pacientes com efusão persistente no ouvido médio, acompanhada de perda auditiva ou desconforto, que não respondem ao tratamento conservador (como descongestionantes ou corticoides), devem ser avaliados para possível colocação de tubos de ventilação.
- Otite Média Crônica
  - **Perfuração timpânica com otorreia crônica**: Pacientes com perfuração da membrana timpânica e secreção crônica (otorreia) devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica. A cirurgia (timpanoplastia) pode ser necessária para fechar a perfuração e restaurar a audição.
  - **Colesteatoma**: Pacientes com otite média crônica que apresentam colesteatoma (crescimento anormal de células escamosas no ouvido médio) devem ser encaminhados para cirurgia. Essa condição pode causar erosão óssea e complicações intracranianas se não tratada.
- Otite Interna (Labirintite)
  - **Tontura ou vertigem com perda auditiva**: Pacientes com tontura ou vertigem associada à perda auditiva, que sugerem inflamação do ouvido interno (labirintite), devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento adequado.
  - **Complicações neurológicas**: Pacientes com sintomas neurológicos associados à otite interna, como nistagmo, perda auditiva súbita ou desequilíbrio severo, devem ser encaminhados de urgência.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (dor no ouvido, secreção, perda auditiva, vertigem, febre) e duração dos sintomas.
  - História de episódios anteriores de otite e tratamentos realizados (antibióticos, antifúngicos, corticoides).
  - Fatores de risco, como exposição a água, uso de cotonetes, alergias ou imunodeficiências.
- **Exames realizados**:
  - **Otoscopia**: Achados clínicos da otoscopia, como presença de perfuração timpânica, abaulamento da membrana timpânica, secreção ou sinais de inflamação.
  - **Audiometria**: Resultados de testes de audição em casos de perda auditiva associada à otite média ou otite interna.
  - **Imagem (se aplicável)**: Resultados de tomografia ou ressonância magnética em casos de complicações, como mastoidite ou colesteatoma.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de antibióticos, antifúngicos ou corticoides, e a resposta ao tratamento.

Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com otites agudas, crônicas, ou com complicações que não respondem ao tratamento clínico inicial devem ser encaminhados para otorrinolaringologia.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará uma avaliação clínica e otoscópica, além de solicitar exames adicionais, se necessário. O tratamento pode incluir antibióticos, corticoides, antifúngicos, drenagem cirúrgica ou timpanoplastia.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **otites leves a moderadas** podem ser tratados com antibióticos tópicos ou orais, antifúngicos e medidas de higiene.
  - Pacientes com **otites crônicas, complicadas ou refratárias** podem necessitar de intervenção cirúrgica, como timpanoplastia, mastoidectomia ou colocação de tubos de ventilação.

- Pacientes com **otite** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade e evolução da condição.

Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Hipoacusia / Perda Auditiva e Protetização Auditiva

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hipoacusia (perda auditiva) pode ser causada por vários fatores, incluindo envelhecimento (presbiacusia), infecções de ouvido, traumas acústicos, exposição prolongada a ruídos, doenças otológicas (como otite média ou otosclerose), e problemas neurossensoriais. O encaminhamento para otorrinolaringologia é necessário para a avaliação do grau de perda auditiva, diagnóstico diferencial e indicação de tratamento, que pode incluir protetização auditiva (uso de aparelhos auditivos) ou, em alguns casos, cirurgia.

II. Critérios para Encaminhamento

- Perda Auditiva Condutiva
  - **Perda auditiva associada a otite média crônica**: Pacientes com perda auditiva condutiva (dificuldade na transmissão do som no ouvido externo ou médio) associada a condições como otite média crônica, perfuração da membrana timpânica ou otosclerose, devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica para diagnóstico e possível correção cirúrgica (timpanoplastia, ossiculoplastia, estapedectomia).
  - **Obstrução auditiva por cerume**: Pacientes com obstrução do canal auditivo externo por cerume impactado que não melhoram com irrigação ou tratamento clínico devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para remoção adequada e exame detalhado.
- Perda Auditiva Sensorioneural
  - **Presbiacusia (perda auditiva relacionada à idade)**: Pacientes com perda auditiva neurossensorial, especialmente aqueles com idade avançada, devem ser avaliados para presbiacusia. A protetização auditiva com aparelhos auditivos é indicada para melhorar a audição e a qualidade de vida.
  - **Perda auditiva súbita**: Pacientes com perda auditiva neurossensorial súbita, unilateral ou bilateral, devem ser encaminhados de urgência para avaliação e tratamento, que pode incluir o uso de corticoides sistêmicos ou intratimpânicos para recuperação da audição.

- **Perda auditiva relacionada a traumas acústicos**: Pacientes com perda auditiva após exposição a ruídos altos (trauma acústico) devem ser encaminhados para avaliação de possíveis danos permanentes e protetização auditiva, se indicado.

- Perda Auditiva Mista
  - **Perda auditiva de origem condutiva e neurossensorial**: Pacientes com perda auditiva mista (condutiva e sensorioneural) devem ser avaliados para identificar as causas de ambos os tipos de perda auditiva e planejar o tratamento adequado, que pode incluir cirurgia para causas condutivas e protetização auditiva para causas neurossensoriais.
- Protetização Auditiva (Aparelhos Auditivos)
  - **Indicação para aparelhos auditivos**: Pacientes com perda auditiva moderada a severa que apresentam dificuldade significativa na comunicação devem ser encaminhados para avaliação de protetização auditiva com aparelhos auditivos. A escolha do tipo de aparelho dependerá do grau e tipo de perda auditiva, além das preferências do paciente.
  - **Acompanhamento de protetização auditiva**: Pacientes que já usam aparelhos auditivos devem ser encaminhados para reavaliação periódica em otorrinolaringologia para ajustes e manutenção do dispositivo, bem como para monitoramento da progressão da perda auditiva.
- Perda Auditiva Infantil
  - **Hipoacusia congênita ou detectada em exames neonatais**: Bebês e crianças com suspeita de hipoacusia, detectada em exames de triagem auditiva neonatal ou por dificuldades no desenvolvimento da fala, devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica e protetização auditiva precoce, se necessário.
  - **Atraso na fala ou problemas de aprendizado**: Crianças com atraso no desenvolvimento da fala, dificuldades de aprendizado ou suspeita de perda auditiva devem ser avaliadas com urgência para diagnóstico precoce e intervenção adequada (aparelhos auditivos ou implante coclear).
- Indicações para Implante Coclear
  - **Perda auditiva severa a profunda**: Pacientes com perda auditiva neurossensorial severa a profunda, que não se beneficiam de aparelhos auditivos convencionais, podem ser candidatos a implante coclear. O encaminhamento para otorrinolaringologia é necessário para avaliação multidisciplinar e indicação cirúrgica.

- **Falha com protetização auditiva convencional**: Pacientes que não obtêm melhora satisfatória com o uso de aparelhos auditivos devem ser reavaliados para considerar o implante coclear ou outras opções cirúrgicas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da perda auditiva (início, unilateral ou bilateral, progressiva ou súbita) e sintomas associados (zumbido, vertigem, dor no ouvido, infecções prévias).
  - Fatores de risco, como histórico de exposição a ruídos altos, traumas acústicos, uso de ototóxicos, ou cirurgias otológicas prévias.
  - Histórico de uso de aparelhos auditivos e eficácia.
- **Exames realizados**:
  - **Audiometria tonal e vocal**: Resultados de audiometria para determinar o grau e tipo de perda auditiva.
  - **Impedanciometria**: Resultados de testes de função do ouvido médio para avaliar perfurações, otite média ou outros fatores condutivos.
  - **Potenciais evocados auditivos**: Se disponível, resultados de potenciais evocados auditivos em crianças ou adultos com perda auditiva de origem neurossensorial.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicações ototóxicas, como certos antibióticos ou diuréticos, que possam estar contribuindo para a perda auditiva.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com suspeita de perda auditiva devem ser encaminhados para otorrinolaringologia para avaliação diagnóstica, que inclui exames audiológicos e clínicos para determinar a causa da perda e o melhor tratamento.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará uma avaliação clínica, com exames de audição e imagem, se necessário. O tratamento pode incluir protetização auditiva com aparelhos, cirurgia para correção de causas condutivas ou implante coclear para perda auditiva severa.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **perda auditiva leve a moderada** podem se beneficiar de aparelhos auditivos convencionais e acompanhamento regular.

- Pacientes com **perda auditiva severa a profunda** podem necessitar de implante coclear, especialmente se não responderem à protetização convencional.
- Pacientes com **hipoacusia** ou **perda auditiva** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada e planejamento de protetização auditiva ou outras intervenções necessárias.

9.3.1.134. Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: **Disfonia Persistente com Sinais de Alarme (Disfagia, Emagrecimento ou Astenia)**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Disfonia é a alteração da voz, com rouquidão, cansaço vocal ou dificuldade para falar, que persiste por mais de duas semanas. Quando associada a sinais de alarme, como disfagia (dificuldade para engolir), emagrecimento não intencional, ou astenia (fraqueza generalizada), indica a necessidade urgente de avaliação para condições mais graves, como câncer de laringe, paralisia de pregas vocais ou outras doenças graves. O encaminhamento para otorrinolaringologia é essencial nesses casos.

II. Critérios para Encaminhamento

- Disfonia com Disfagia (Dificuldade para Engolir)
  - **Disfonia persistente com dificuldade para engolir**: Pacientes que apresentam rouquidão acompanhada de disfagia (dificuldade para engolir alimentos sólidos ou líquidos) devem ser encaminhados de urgência para avaliação otorrinolaringológica. Isso pode indicar a presença de tumores de laringe ou faringe, alterações neuromusculares, ou estenose de laringe.
  - **Disfagia dolorosa**: A disfagia associada a dor ao engolir (odinofagia) também é um sinal de alarme que requer investigação urgente para descartar condições malignas.
- Disfonia com Emagrecimento Não Intencional
  - **Perda de peso inexplicada**: Pacientes com disfonia persistente associada a perda de peso não intencional devem ser avaliados para possíveis neoplasias da laringe ou faringe. O emagrecimento sugere uma condição mais grave e deve ser considerado um sinal de alarme.

- **Sintomas sistêmicos**: Além do emagrecimento, sintomas como sudorese noturna, febre e anorexia devem ser considerados na avaliação de condições malignas ou infecciosas (como tuberculose laríngea).

- Disfonia com Astenia (Fraqueza Generalizada)
  - **Fraqueza persistente e disfonia**: Pacientes com disfonia persistente associada a astenia (fraqueza muscular generalizada) podem estar enfrentando doenças sistêmicas, como doenças neuromusculares (miastenia gravis) ou condições neoplásicas. Esses pacientes devem ser encaminhados para avaliação urgente.
  - **Disfonia com fadiga vocal rápida**: Pacientes que relatam fadiga vocal rápida, associada a fraqueza generalizada, podem ter doenças neuromusculares ou alterações das pregas vocais que requerem avaliação especializada.
- Outras Condições de Alarme
  - **Tabagismo ou uso excessivo de álcool**: Pacientes fumantes ou que consomem álcool excessivamente têm maior risco de neoplasias de cabeça e pescoço. A presença de disfonia persistente em indivíduos com esses fatores de risco, especialmente quando associada a disfagia ou emagrecimento, é indicativo de urgência para avaliação otorrinolaringológica.
  - **História de câncer de cabeça e pescoço**: Pacientes com história prévia de câncer na região de cabeça e pescoço, e que apresentam disfonia, devem ser encaminhados para reavaliação imediata para descartar recidiva ou complicações tardias.
- Disfonia com Paralisia de Prega Vocal
  - **Disfonia com voz fraca ou soprosa**: Pacientes que apresentam disfonia associada a voz fraca, soprosa ou bitonal (voz com tonalidade alterada), com ou sem dificuldade respiratória, devem ser avaliados para paralisia de pregas vocais. Isso pode ser causado por lesões do nervo laríngeo recorrente, que pode estar relacionado a cirurgias prévias, tumores ou doenças neurológicas.
  - **Paralisia vocal confirmada por laringoscopia**: Pacientes com paralisia de uma ou ambas as pregas vocais confirmada por laringoscopia devem ser encaminhados para avaliação e tratamento especializado, que pode incluir terapia vocal ou cirurgia (medialização da prega vocal ou reanimação vocal).

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:

- Descrição da disfonia (início, duração, fatores agravantes), presença de sinais de alarme como disfagia, perda de peso ou astenia.
- Histórico de tabagismo, consumo de álcool, cirurgias prévias na região de cabeça e pescoço ou tratamento oncológico anterior.
- Sintomas associados, como rouquidão, tosse persistente, dor ao engolir ou sensação de "nó" na garganta.

- **Exames realizados**:
  - **Laringoscopia ou videolaringoscopia**: Resultados de exames endoscópicos para avaliação de alterações na laringe, presença de tumores, inflamação ou paralisia de pregas vocais.
  - **Imagem (se aplicável)**: Resultados de tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) de pescoço para avaliar massas ou lesões que possam estar causando a disfonia.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicações que possam estar relacionadas à disfonia ou disfagia, como inibidores de bomba de prótons em casos de refluxo gastroesofágico.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com disfonia persistente por mais de duas semanas, associada a sinais de alarme como disfagia, perda de peso ou astenia, devem ser encaminhados para otorrinolaringologia com urgência para avaliação diagnóstica e tratamento.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará uma laringoscopia ou videolaringoscopia para avaliar a laringe e as pregas vocais, além de solicitar exames de imagem, se necessário, para investigação de lesões ou tumores.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **condições benignas** podem ser tratados com terapia vocal, medicamentos para refluxo (em caso de laringite por refluxo) ou outras intervenções clínicas.
  - Pacientes com **condições malignas ou paralisia vocal** podem necessitar de cirurgia, radioterapia ou tratamentos específicos para reabilitação vocal.
  - Pacientes com **disfonia persistente e sinais de alarme** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica urgente, com tratamento adequado conforme a gravidade da condição.

I. Condições Clínicas para Atendimento

Disfagia é a dificuldade para engolir alimentos sólidos, líquidos ou saliva, e pode estar associada a diversas condições, desde distúrbios estruturais, neurológicos até condições malignas. A disfagia pode ser dividida em orofaríngea (dificuldade de iniciar a deglutição) ou esofágica (sensação de bloqueio ou dificuldade durante a passagem do alimento). O encaminhamento para otorrinolaringologia é essencial quando a disfagia é persistente, progressiva ou acompanhada de sinais de alarme, como perda de peso, aspiração ou dor.

II. Critérios para Encaminhamento

- Disfagia Orofaríngea
  - **Dificuldade para iniciar a deglutição**: Pacientes que apresentam dificuldade em iniciar a deglutição, com sensação de "nó na garganta" ou necessidade de várias tentativas para engolir, devem ser encaminhados para avaliação otorrinolaringológica. Essa condição pode estar associada a distúrbios neurológicos, como doença de Parkinson, acidente vascular cerebral (AVC), ou fraqueza muscular.
  - **Regurgitação nasal ou tosse durante a deglutição**: Pacientes que apresentam regurgitação nasal, aspiração ou tosse enquanto tentam engolir devem ser avaliados com urgência, pois podem estar em risco de aspiração pulmonar.
- Disfagia Esofágica
  - **Sensação de bloqueio ao engolir**: Pacientes com sensação de que os alimentos ficam presos ou bloqueados na garganta ou no peito devem ser avaliados para condições como estenose esofágica, esofagite, ou tumores esofágicos.
  - **Disfagia progressiva**: Pacientes que relatam disfagia progressiva, que piora com o tempo, especialmente se inicialmente dificultava a deglutição de sólidos e evolui para dificuldades com líquidos, devem ser encaminhados de urgência para descartar neoplasias ou estenoses esofágicas.
- Disfagia com Sinais de Alarme
  - **Perda de peso inexplicada**: Pacientes com disfagia associada a perda de peso não intencional devem ser encaminhados com urgência para investigação de causas malignas, como câncer de esôfago ou laringe.

- **Dor ao engolir (odinofagia)**: Pacientes com disfagia acompanhada de dor ao engolir podem ter condições inflamatórias graves, como esofagite, infecções (herpes, candidíase esofágica) ou tumores. O encaminhamento deve ser urgente nesses casos.
- **História de tabagismo ou alcoolismo**: Pacientes com história de uso de álcool ou tabaco, que apresentam disfagia, têm risco aumentado de câncer de cabeça e pescoço. A avaliação otorrinolaringológica deve ser imediata.

- Disfagia Pós-Cirúrgica ou Pós-Radioterapia
  - **Disfagia após tratamento oncológico**: Pacientes que foram submetidos à cirurgia ou radioterapia para cânceres de cabeça e pescoço, e que desenvolvem disfagia, devem ser encaminhados para reabilitação e avaliação de possíveis complicações, como estenose cicatricial ou fístulas.
  - **Complicações pós-intubação**: Pacientes que desenvolveram disfagia após intubação prolongada ou traqueostomia podem apresentar lesões nas estruturas da laringe ou faringe, e devem ser avaliados para diagnóstico e tratamento especializado.
- Disfagia Neuromuscular
  - **Disfagia associada a condições neurológicas**: Pacientes com doenças neurológicas, como esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença de Parkinson ou miastenia gravis, que apresentam disfagia, devem ser avaliados para manejo especializado. A terapia fonoaudiológica pode ser indicada para prevenir complicações, como aspiração e pneumonia.
  - **Aspiração recorrente**: Pacientes com disfagia que apresentam episódios de aspiração de alimentos ou líquidos (indicada por tosse ao engolir ou infecções respiratórias recorrentes) devem ser encaminhados para avaliação e tratamento, que pode incluir dieta modificada, exercícios de deglutição ou intervenções cirúrgicas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição da disfagia (início, duração, evolução, dificuldade com sólidos ou líquidos).
  - Sintomas associados, como perda de peso, dor ao engolir, regurgitação, tosse, ou sensação de bloqueio.

- História de fatores de risco, como tabagismo, alcoolismo, doenças neurológicas, cirurgias ou radioterapia prévias.

- **Exames realizados**:
  - **Nasofibroscopia ou videofluoroscopia de deglutição**: Se disponível, fornecer resultados de exames endoscópicos para avaliar a função da deglutição e estruturas da laringe e faringe.
  - **Esofagograma ou endoscopia digestiva alta**: Se o paciente realizou esofagograma ou endoscopia digestiva alta para avaliar o trato esofágico e possíveis causas de obstrução ou inflamação, os resultados devem ser incluídos no encaminhamento.
  - **Tomografia ou ressonância magnética (se aplicável)**: Em casos de suspeita de tumores ou compressão estrutural, os resultados de exames de imagem podem ser relevantes para o diagnóstico.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de medicamentos que possam estar associados a efeitos adversos relacionados à disfagia, como medicamentos ototóxicos, anti-inflamatórios, ou outras medicações que podem afetar a deglutição.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com disfagia persistente, progressiva ou com sinais de alarme (como perda de peso, dor ao engolir, ou aspiração) devem ser encaminhados com urgência para otorrinolaringologia.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará exames clínicos e endoscópicos para determinar a causa da disfagia. Exames complementares, como videofluoroscopia, laringoscopia ou esofagografia, podem ser solicitados para avaliar a função da deglutição e identificar obstruções.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **disfagia leve** podem ser tratados com mudanças na dieta, terapia fonoaudiológica, ou tratamentos clínicos para condições inflamatórias.
  - Pacientes com **disfagia grave ou associada a tumores** podem necessitar de cirurgia, dilatação esofágica ou terapias oncológicas, além de reabilitação da deglutição.
  - Pacientes com **disfagia** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada e tratamento conforme a gravidade da condição, com enfoque na prevenção de complicações como aspiração e desnutrição.

Protocolo para Consulta em Otorrinolaringologia: Suspeita de Neoplasia na Região de Cabeça e Pescoço

I. Condições Clínicas para Atendimento

A suspeita de neoplasia na região de cabeça e pescoço envolve lesões, massas ou sintomas sugestivos de tumores em áreas como laringe, faringe, cavidade oral, glândulas salivares, nasofaringe, orofaringe e esôfago. Neoplasias malignas na região de cabeça e pescoço estão frequentemente associadas ao tabagismo, consumo excessivo de álcool e infecção pelo HPV. Os sintomas incluem rouquidão persistente, disfagia, massas palpáveis, dor ou perda de peso inexplicada. O encaminhamento urgente para otorrinolaringologia é necessário para avaliação diagnóstica e manejo adequado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Massas ou Nódulos Cervicais
    - **Nódulo cervical palpável**: Pacientes que apresentam nódulos cervicais que não regridem após três semanas devem ser avaliados com urgência, pois podem indicar metástases de tumores de cabeça e pescoço, linfoma ou outras neoplasias.
    - **Massas indolores**: Nódulos cervicais indolores, especialmente em pacientes com fatores de risco (tabagismo, consumo de álcool ou HPV), devem ser encaminhados para avaliação urgente, com realização de exames de imagem e biópsia de aspiração por agulha fina (PAAF).
- Rouquidão Persistente
    - **Disfonia por mais de três semanas**: Pacientes com rouquidão persistente, especialmente se associados a outros sintomas como disfagia, perda de peso ou dor, devem ser avaliados para câncer de laringe ou neoplasias das pregas vocais.
    - **Fatores de risco associados**: Pacientes com histórico de tabagismo, consumo de álcool ou infecção por HPV que apresentam rouquidão devem ser encaminhados com urgência para laringoscopia.
- Disfagia e Odinofagia
    - **Dificuldade para engolir**: Pacientes com disfagia progressiva ou dor ao engolir (odinofagia) devem ser avaliados para possíveis neoplasias esofágicas, laríngeas ou faríngeas. A presença de dor, emagrecimento e outros sintomas de alarme aumenta a necessidade de encaminhamento urgente.

- **Regurgitação ou sensação de massa ao engolir**: Esses sintomas também podem sugerir neoplasias em áreas como a hipofaringe ou esôfago, sendo necessária investigação com endoscopia digestiva alta ou laringoscopia.

- Úlceras ou Lesões Persistentes na Cavidade Oral
  - **Lesão na mucosa oral que não cicatriza**: Pacientes com úlceras ou lesões persistentes na cavidade oral, lábios, gengivas ou língua, que não cicatrizam após três semanas, devem ser encaminhados para avaliação urgente. Essas lesões podem ser indicativas de câncer de cavidade oral.
  - **Sangramento inexplicado ou dor oral**: Lesões associadas a sangramento ou dor podem ser suspeitas de carcinoma de células escamosas e necessitam de biópsia e avaliação urgente.
- Dor Referida e Otalgia
  - **Dor irradiada para o ouvido (otalgia referida)**: Pacientes com dor no ouvido, sem causas otológicas aparentes, e associados a rouquidão ou disfagia, devem ser avaliados para neoplasias de cabeça e pescoço, pois tumores da orofaringe e hipofaringe podem causar dor referida no ouvido.
- Sangramento
  - **Epistaxe (sangramento nasal) recorrente**: Pacientes com epistaxe recorrente, especialmente quando associada a obstrução nasal unilateral, devem ser avaliados para neoplasias nasossinusais.
  - **Hemoptise (sangue ao tossir)**: Sangramento ao tossir ou durante a deglutição pode ser um sinal de câncer de laringe ou traqueia e deve ser investigado com urgência.
- Perda de Peso Inexplicada
  - **Emagrecimento sem causa aparente**: Pacientes com perda de peso significativa e inexplicada, especialmente em conjunto com sintomas de dor, disfagia ou rouquidão, devem ser encaminhados para avaliação de possíveis neoplasias.
- Alterações na Voz ou Respiração
  - **Mudança súbita na voz**: Alterações repentinas na voz, sem uma causa aparente, especialmente em fumantes, podem ser um sinal precoce de câncer de laringe e devem ser avaliadas com laringoscopia.
  - **Dificuldade respiratória**: Pacientes que apresentam dificuldade para respirar ou sensação de obstrução das vias aéreas podem ter tumores na laringe ou traqueia e devem ser encaminhados de urgência.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (massas palpáveis, rouquidão, disfagia, odinofagia, sangramento, emagrecimento) e sua duração.
  - Fatores de risco, como tabagismo, consumo de álcool, infecção por HPV, ou histórico familiar de câncer.
  - Histórico de sintomas adicionais, como dor, perda auditiva, obstrução nasal ou sangramento.
- **Exames realizados**:
  - **Laringoscopia ou nasofibroscopia**: Resultados de exames endoscópicos para visualização de tumores ou massas suspeitas na laringe, faringe ou cavidade oral.
  - **Imagem (tomografia ou ressonância magnética)**: Exames de imagem que mostrem lesões, massas ou nódulos cervicais e sua extensão.
  - **PAAF ou biópsia**: Se disponível, resultados de biópsia de aspiração por agulha fina ou biópsias realizadas para confirmar suspeita de neoplasia.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com sintomas sugestivos de neoplasia de cabeça e pescoço, como nódulos cervicais, rouquidão persistente, disfagia ou perda de peso, devem ser encaminhados com urgência para otorrinolaringologia.
- **Avaliação otorrinolaringológica**: O otorrinolaringologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com exames endoscópicos e de imagem para confirmar o diagnóstico. A biópsia será essencial para o diagnóstico definitivo.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **lesões benignas ou pré-malignas** podem ser monitorados ou tratados com cirurgia conservadora.
  - Pacientes com **neoplasias malignas** necessitarão de tratamento multidisciplinar, que pode incluir cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia.
  - Pacientes com **suspeita de neoplasia na região de cabeça e pescoço** serão **encaminhados para regulação** para avaliação otorrinolaringológica especializada e tratamento oncológico adequado, conforme o diagnóstico e a gravidade da condição.

9.3.1.136. Protocolo para Consulta em Pneumologia: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

I. Condições Clínicas para Atendimento

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição respiratória progressiva caracterizada por obstrução do fluxo aéreo, geralmente associada ao tabagismo. Engloba bronquite crônica e enfisema. Os sintomas incluem falta de ar, tosse crônica, produção de escarro e exacerbações respiratórias frequentes. O encaminhamento para pneumologia é necessário para casos confirmados, suspeitos, ou em exacerbação, para manejo adequado e controle da doença.

II. Critérios para Encaminhamento

- Sintomas Respiratórios Persistentes
  - **Dispneia (falta de ar) progressiva**: Pacientes que apresentam dispneia persistente ou progressiva, especialmente em atividades diárias, devem ser encaminhados para avaliação pneumológica para diagnóstico de DPOC.
  - **Tosse crônica produtiva**: Pacientes com tosse crônica produtiva por mais de três meses em dois anos consecutivos, sem outra causa evidente, devem ser avaliados para DPOC.
  - **Produção crônica de escarro**: Pacientes que produzem escarro crônico associado à tosse e dispneia devem ser encaminhados para confirmação diagnóstica e manejo da DPOC.
- Histórico de Exposição a Fatores de Risco
  - **Tabagismo atual ou prévio**: Pacientes com histórico de tabagismo, especialmente aqueles com mais de 20 anos-maço, e que apresentam sintomas respiratórios devem ser avaliados para DPOC. O tabagismo é o principal fator de risco, mas outros fatores, como exposição à fumaça de lenha ou poluentes industriais, também devem ser considerados.
  - **Exposição ocupacional a poluentes**: Pacientes que foram expostos a poluentes industriais, poeiras ou produtos químicos inaláveis no trabalho por longos períodos devem ser avaliados para possível DPOC.
- Diagnóstico Confirmado de DPOC
  - **Confirmação por espirometria**: Pacientes com espirometria que demonstra relação VEF1/CVF < 0,70 após broncodilatador (indicando obstrução ao fluxo

aéreo) e que têm sintomas respiratórios crônicos devem ser encaminhados para acompanhamento especializado.

- **Estadiamento da doença**: Pacientes com diagnóstico confirmado de DPOC que requerem estadiamento clínico para ajuste terapêutico (leve, moderado, grave, muito grave) devem ser encaminhados para pneumologia. O estadiamento é baseado na redução do VEF1 em relação ao previsto e nos sintomas do paciente.

- Exacerbações Frequentes ou Graves
  - **Exacerbações frequentes**: Pacientes com exacerbações frequentes de DPOC (definidas como piora dos sintomas respiratórios que requerem mudanças no tratamento) devem ser encaminhados para avaliação e ajuste terapêutico.
  - **Hospitalizações por exacerbações**: Pacientes que necessitam de internações frequentes ou uso repetido de corticoides sistêmicos e antibióticos para controlar exacerbações devem ser encaminhados para avaliação especializada.
  - **Insuficiência respiratória**: Pacientes com exacerbação grave que desenvolvem insuficiência respiratória (hipoxemia ou hipercapnia) devem ser encaminhados para ajuste de terapia, incluindo oxigenoterapia domiciliar.
- Comorbidades Associadas
  - **Doenças cardiovasculares**: Pacientes com DPOC frequentemente apresentam comorbidades cardiovasculares, como hipertensão pulmonar ou insuficiência cardíaca. Pacientes com sintomas de sobrecarga cardíaca devem ser avaliados para controle otimizado da DPOC e de suas complicações cardíacas.
  - **Perda de peso ou desnutrição**: Pacientes com DPOC grave que apresentam perda de peso ou desnutrição devem ser encaminhados para avaliação nutricional e ajuste no manejo da doença.
  - **Osteoporose ou fraqueza muscular**: Pacientes com DPOC grave podem apresentar comorbidades como osteoporose e fraqueza muscular, necessitando de avaliação e tratamento multidisciplinar.
- Necessidade de Terapias Especiais
  - **Oxigenoterapia domiciliar**: Pacientes com DPOC grave, especialmente aqueles com hipoxemia crônica ($PaO_2 \leq 55$ mmHg ou saturação de $O_2 \leq 88\%$) devem ser avaliados para indicação de oxigenoterapia domiciliar de longa duração.
  - **Ventilação não invasiva (VNI)**: Pacientes com DPOC grave que necessitam de suporte ventilatório (VNI) devido à insuficiência respiratória crônica devem ser encaminhados para pneumologia para ajuste e monitoramento.
- Falha no Tratamento Inicial

- **Resistência ao tratamento com broncodilatadores**: Pacientes que não respondem adequadamente a broncodilatadores inalatórios, corticoides inalatórios ou outras terapias padrão para DPOC devem ser encaminhados para ajuste terapêutico.
- **Necessidade de terapia avançada**: Pacientes com DPOC avançada, que requerem terapias adicionais como uso de broncodilatadores de longa ação, corticoides sistêmicos ou tratamentos cirúrgicos (bullectomia, redução de volume pulmonar) devem ser encaminhados para pneumologia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em pneumologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (dispneia, tosse, produção de escarro) e sua duração.
  - Histórico de tabagismo (anos-maço) ou exposição a poluentes ocupacionais ou ambientais.
  - Frequência de exacerbações e hospitalizações, uso de medicações e tratamentos prévios.
- **Exames realizados**:
  - **Espirometria**: Resultados de espirometria pré e pós-broncodilatador para confirmar a presença de obstrução do fluxo aéreo (VEF1/CVF < 0,70).
  - **Gasometria arterial**: Se disponível, resultados de gasometria arterial para avaliação de hipoxemia ou hipercapnia.
  - **Imagem (se aplicável)**: Radiografias de tórax ou tomografias computadorizadas que demonstrem alterações pulmonares, como enfisema ou fibrose.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de broncodilatadores inalatórios, corticoides inalatórios, oxigenoterapia ou outras medicações em curso.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com suspeita de DPOC, sintomas progressivos ou exacerbações frequentes devem ser encaminhados para pneumologia para confirmação diagnóstica e ajuste terapêutico.
- **Avaliação pneumológica**: O pneumologista realizará uma avaliação completa, incluindo testes funcionais pulmonares, exames de imagem, e análise de comorbidades. O tratamento pode incluir broncodilatadores de longa ação, corticoides inalatórios, reabilitação pulmonar ou oxigenoterapia.

- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **DPOC leve a moderada** podem ser tratados com broncodilatadores inalatórios e acompanhamento regular.
    - Pacientes com **DPOC grave ou muito grave** podem necessitar de terapias adicionais, como oxigenoterapia, ventilação não invasiva ou intervenções cirúrgicas.
    - Pacientes com **DPOC** serão **encaminhados para regulação** para avaliação pneumológica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade da condição e as necessidades terapêuticas.

Protocolo para Consulta em Pneumologia: Asma de Difícil Controle

I. Condições Clínicas para Atendimento

Asma de difícil controle é definida como asma que persiste com sintomas significativos e exacerbações frequentes, apesar de um tratamento adequado, com uso de doses altas de corticoides inalatórios associados a broncodilatadores de longa duração. Esses pacientes podem apresentar fatores como adesão inadequada ao tratamento, comorbidades ou resistência ao tratamento padrão. O encaminhamento para pneumologia é essencial para ajuste terapêutico e investigação de causas subjacentes.

II. Critérios para Encaminhamento

- Persistência de Sintomas apesar do Tratamento
    - **Sintomas persistentes**: Pacientes que apresentam sintomas como falta de ar, chiado no peito, tosse ou aperto no peito em dias frequentes, mesmo com o uso regular de corticoides inalatórios em dose alta e broncodilatadores de longa duração (beta-agonistas de longa ação ou anticolinérgicos).
    - **Uso frequente de medicação de alívio**: Pacientes que necessitam usar medicação de resgate (broncodilatadores de curta duração) mais de duas vezes por semana, indicando que a asma não está adequadamente controlada, devem ser encaminhados para avaliação pneumológica.
- Exacerbações Frequentes
    - **Exacerbações graves**: Pacientes que apresentam exacerbações frequentes (duas ou mais exacerbações graves por ano), definidas como aquelas que requerem uso de corticoides sistêmicos (prednisona) ou hospitalizações, devem ser encaminhados com urgência.

- **Hospitalizações ou intubações prévias**: Pacientes que tiveram internações frequentes ou histórico de intubação devido a crises asmáticas severas requerem avaliação especializada urgente.

- Necessidade de Corticoides Sistêmicos
  - **Dependência de corticoides orais**: Pacientes que necessitam de corticoides orais por períodos prolongados (> 3 meses ao ano) para controlar a asma devem ser encaminhados para ajuste terapêutico e manejo das complicações relacionadas ao uso crônico de corticoides.
  - **Corticorresistência**: Pacientes que apresentam resistência ao tratamento com corticoides inalatórios, necessitando de doses altas de corticoides sistêmicos para controle mínimo dos sintomas, devem ser avaliados para asma grave e possíveis tratamentos biológicos.
- Comorbidades e Fatores Contribuintes
  - **Comorbidades não controladas**: Pacientes com doenças associadas que podem agravar a asma, como refluxo gastroesofágico, sinusite crônica, obesidade, rinite alérgica ou apneia do sono, devem ser encaminhados para uma abordagem multidisciplinar.
  - **Alergias severas**: Pacientes com asma alérgica grave, especialmente aqueles com sensibilização significativa a alérgenos ambientais (ácaros, mofo, pólens) que não respondem ao manejo ambiental e tratamento clínico, devem ser encaminhados para avaliação de imunoterapia ou tratamento biológico.
- Suspeita de Diagnóstico Alternativo
  - **Dúvida diagnóstica**: Pacientes cuja asma não responde ao tratamento padrão, levantando suspeita de diagnósticos alternativos (bronquiectasias, DPOC, disfunção de pregas vocais, fibrose pulmonar), devem ser avaliados para investigação mais aprofundada, incluindo exames de imagem e testes de função pulmonar.
  - **Disfunção de pregas vocais**: Pacientes que apresentam sintomas de chiado no peito com características atípicas, especialmente aqueles que têm disfunção de pregas vocais ou obstrução variável das vias aéreas superiores, devem ser avaliados com laringoscopia ou outros exames diagnósticos.
- Indicação de Tratamentos Biológicos
  - **Falha com tratamentos convencionais**: Pacientes que não respondem adequadamente a terapias inalatórias tradicionais (corticoides inalatórios e broncodilatadores) podem ser candidatos a tratamentos biológicos, como

omalizumabe, mepolizumabe ou dupilumabe, conforme o perfil de inflamação da asma (alérgica ou eosinofílica). O encaminhamento para pneumologia é necessário para considerar essas opções.

- **Asma eosinofílica**: Pacientes com níveis elevados de eosinófilos no sangue, que não respondem a tratamentos convencionais, podem se beneficiar de terapias biológicas e devem ser encaminhados para avaliação.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em pneumologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (dispneia, tosse, chiado no peito) e sua duração, além de frequência de exacerbações e uso de medicação de resgate.
  - Uso atual de medicações, incluindo doses de corticoides inalatórios, broncodilatadores de longa e curta duração, e corticoides sistêmicos.
  - Histórico de hospitalizações, uso de corticoides orais e complicações associadas, como osteoporose ou diabetes.
- **Exames realizados**:
  - **Espirometria**: Resultados da espirometria com teste de broncodilatação e, se aplicável, monitoramento do PFE (pico de fluxo expiratório).
  - **Gasometria arterial**: Se disponível, fornecer resultados de gasometria arterial para avaliar hipoxemia ou hipercapnia, especialmente em casos graves.
  - **Imagem (se aplicável)**: Radiografias de tórax ou tomografias computadorizadas para excluir diagnósticos alternativos ou avaliar complicações.
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de broncodilatadores inalatórios, corticoides inalatórios ou orais, imunossupressores ou biológicos, além de qualquer necessidade de ventilação não invasiva.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com asma de difícil controle, sintomas persistentes ou exacerbações frequentes devem ser encaminhados para pneumologia para ajuste do manejo terapêutico.
- **Avaliação pneumológica**: O pneumologista realizará uma avaliação clínica detalhada, incluindo testes de função pulmonar e exames de imagem, para confirmar o diagnóstico e planejar o tratamento. Podem ser incluídos tratamentos biológicos, ajustes nas medicações inalatórias e manejo de comorbidades.

- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **asma moderada a grave** podem ser tratados com aumento da terapia inalatória, imunoterapia ou biológicos.
    - Pacientes com **asma grave e refratária** podem necessitar de terapias avançadas, incluindo biológicos, ou avaliação para suporte ventilatório em casos de exacerbações graves.
    - Pacientes com **asma de difícil controle** serão **encaminhados para regulação** para avaliação pneumológica especializada e tratamento conforme a gravidade da condição e as necessidades terapêuticas, com foco no controle dos sintomas e prevenção de exacerbações.

9.3.1.137. Protocolo para Consulta em Pneumologia: **Alterações em Exames Complementares**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Alterações em exames complementares, como radiografias de tórax, tomografias, espirometria, ou exames laboratoriais, podem indicar doenças pulmonares subjacentes que requerem avaliação especializada. Pacientes com achados anormais em exames de imagem ou função pulmonar, especialmente quando associados a sintomas respiratórios ou comorbidades, devem ser encaminhados para pneumologia para investigação diagnóstica e tratamento.

II. Critérios para Encaminhamento

- Alterações em Exames de Imagem
    - **Opacidades pulmonares (nódulos, massas, infiltrações)**: Pacientes com nódulos ou massas pulmonares identificadas em radiografia de tórax ou tomografia computadorizada devem ser encaminhados para avaliação pneumológica para investigação de neoplasias, infecções ou outras doenças pulmonares, como granulomas ou doenças intersticiais.
    - **Padrão intersticial**: Pacientes com achados de infiltrado intersticial em radiografias ou tomografia (indicando possíveis doenças intersticiais pulmonares, como fibrose pulmonar ou sarcoidose) devem ser encaminhados para avaliação e confirmação diagnóstica.
    - **Derrame pleural**: A presença de derrame pleural (acúmulo de líquido entre as pleuras) em exames de imagem, especialmente em pacientes com sintomas como dor torácica, dispneia ou febre, requer encaminhamento para pneumologia para

investigação das causas (infecções, neoplasias, insuficiência cardíaca ou embolia pulmonar).

- **Alterações enfisematosas ou bronquiectasias**: Pacientes com alterações sugerindo enfisema, bronquiectasias ou alterações estruturais pulmonares devem ser encaminhados para avaliação de condições crônicas, como DPOC ou doenças infecciosas, como tuberculose.

- Alterações na Espirometria
  - **Obstrução do fluxo aéreo (VEF1/CVF < 0,70)**: Pacientes com obstrução ao fluxo aéreo, confirmada pela espirometria, sugerindo condições como DPOC ou asma, devem ser encaminhados para avaliação e ajuste terapêutico. Isso inclui pacientes com resposta inadequada ao tratamento inicial.
  - **Restrição ao fluxo aéreo**: Pacientes com padrão restritivo na espirometria (diminuição dos volumes pulmonares) devem ser avaliados para doenças pulmonares restritivas, como doenças intersticiais ou condições extrapulmonares (como doenças neuromusculares ou obesidade grave).
  - **Resposta significativa ao broncodilatador**: Pacientes que apresentam melhora significativa na espirometria após o uso de broncodilatador podem ter asma, e a confirmação do diagnóstico e ajuste do tratamento devem ser realizados por um pneumologista.
- Alterações em Gasometria Arterial
  - **Hipoxemia (PaO2 < 60 mmHg)**: Pacientes com níveis baixos de oxigênio no sangue, sugerindo insuficiência respiratória crônica ou aguda, devem ser encaminhados para avaliação pneumológica, especialmente se houver necessidade de oxigenoterapia domiciliar.
  - **Hipercapnia (PaCO2 > 45 mmHg)**: Pacientes com elevação dos níveis de dióxido de carbono no sangue, indicando insuficiência respiratória ventilatória, devem ser avaliados para causas subjacentes, como DPOC grave ou doenças neuromusculares, com possível indicação de ventilação não invasiva (VNI).
- Alterações em Exames Laboratoriais
  - **Aumento de eosinófilos no sangue**: Pacientes com eosinofilia persistente (nível elevado de eosinófilos no hemograma), associada a sintomas respiratórios, podem ter condições como asma eosinofílica, doenças autoimunes ou infecções parasitárias e devem ser encaminhados para investigação pneumológica.
  - **Elevação de marcadores inflamatórios (PCR, VSG)**: Pacientes com elevação de marcadores inflamatórios (proteína C-reativa, velocidade de

hemossedimentação) associada a sintomas respiratórios ou achados radiológicos devem ser avaliados para infecções pulmonares, doenças intersticiais ou doenças autoimunes.
    - **Suspeita de tuberculose**: Pacientes com testes tuberculínicos positivos (PPD) ou alterações sugestivas de tuberculose em exames de escarro ou imagem devem ser encaminhados com urgência para avaliação e tratamento.
- Outras Alterações Diagnósticas
    - **Suspeita de embolia pulmonar**: Pacientes com alterações em exames de imagem ou laboratórios (elevação de dímero-D), associados a sintomas como dor torácica ou dispneia, devem ser encaminhados para investigação de embolia pulmonar.
    - **Alterações em exames cardiopulmonares de exercício**: Pacientes que apresentam resultados anormais em testes de exercício cardiopulmonar, como queda significativa da saturação de oxigênio durante o esforço, devem ser avaliados para doenças pulmonares crônicas ou insuficiência cardíaca.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em pneumologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Sintomas respiratórios associados (tosse, dispneia, dor torácica, hemoptise) e duração.
    - Exposição a fatores de risco (tabagismo, exposição ocupacional ou ambiental, histórico de infecções respiratórias).
    - Tratamentos prévios e resposta às terapias.
- **Exames realizados**:
    - **Imagem**: Radiografias de tórax ou tomografias computadorizadas com descrição dos achados (nódulos, opacidades, infiltrações, derrame pleural, entre outros).
    - **Espirometria**: Resultados da espirometria com descrição da função pulmonar (obstrutiva, restritiva, ou mista) e resposta ao broncodilatador.
    - **Gasometria arterial**: Resultados da gasometria arterial, especialmente em casos de hipoxemia ou hipercapnia.
    - **Exames laboratoriais**: Resultados de hemograma, testes tuberculínicos, marcadores inflamatórios e outros exames relevantes.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com alterações em exames de imagem, espirometria, ou gasometria devem ser encaminhados para pneumologia para investigação e confirmação diagnóstica.
- **Avaliação pneumológica**: O pneumologista realizará uma avaliação clínica completa, com revisão dos exames de imagem e função pulmonar. Novos exames, como broncoscopia, biópsias ou testes laboratoriais adicionais, podem ser solicitados para elucidação diagnóstica.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **achados benignos** ou alterações funcionais leves podem ser tratados com acompanhamento clínico e ajuste terapêutico.
    - Pacientes com **achados sugestivos de neoplasias ou doenças pulmonares graves** serão encaminhados para investigação avançada e tratamento multidisciplinar, se necessário.
    - Pacientes com **alterações em exames complementares** serão **encaminhados para regulação** para avaliação pneumológica especializada, com tratamento conforme o diagnóstico e gravidade da condição.

9.3.1.138. **Protocolo para Consulta em Pneumologia:** Tosse Crônica e Dispneia Após Investigação Inconclusiva na Atenção Básica e Ausência de Resposta ao Tratamento

I. Condições Clínicas para Atendimento

Tosse crônica (duração superior a 8 semanas) e dispneia (falta de ar), após investigação e tratamento inconclusivos na atenção básica, indicam a necessidade de avaliação especializada em pneumologia. Tosse e dispneia crônicas podem ter causas variadas, incluindo doenças respiratórias, cardíacas, gastroesofágicas ou até distúrbios neuromusculares, que exigem investigação mais aprofundada.

II. Critérios para Encaminhamento

- Tosse Crônica e Dispneia Sem Diagnóstico Definido
    - **Tosse crônica sem melhora com tratamento padrão**: Pacientes com tosse crônica, que não respondem ao tratamento de causas comuns como rinite alérgica, asma, doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ou infecções respiratórias, devem ser encaminhados para avaliação pneumológica.

- **Dispneia progressiva**: Pacientes que apresentam dispneia de esforço ou em repouso, sem uma causa diagnosticada ou sem resposta ao tratamento inicial, requerem encaminhamento para investigação especializada.

- Falha de Tratamento para Causas Comuns
  - **Falta de resposta ao tratamento para asma**: Pacientes que não respondem ao tratamento com broncodilatadores e corticoides inalatórios, após diagnóstico presumido de asma, necessitam de uma avaliação mais detalhada para descartar condições como asma de difícil controle, DPOC ou disfunção de pregas vocais.
  - **Refluxo gastroesofágico não controlado**: Pacientes tratados para DRGE, com persistência de tosse e dispneia, devem ser avaliados para outras causas, como aspiração silenciosa ou doenças respiratórias associadas.
- Exclusão de Causas Cardiovasculares e Outras Comorbidades
  - **Exclusão de causas cardíacas**: Pacientes com dispneia, após exclusão de insuficiência cardíaca ou doença cardíaca isquêmica, devem ser encaminhados para pneumologia para investigar causas pulmonares, como fibrose pulmonar, embolia pulmonar crônica ou doenças intersticiais.
  - **Comorbidades associadas**: Pacientes com comorbidades como obesidade, apneia obstrutiva do sono ou doenças neuromusculares, que apresentam tosse crônica e dispneia, devem ser encaminhados para avaliação e manejo multidisciplinar.
- Investigação de Doenças Respiratórias Crônicas
  - **Suspeita de DPOC ou bronquiectasias**: Pacientes que não melhoram com tratamento padrão, especialmente aqueles com histórico de tabagismo, exposição a poluentes ou infecções pulmonares recorrentes, devem ser investigados para condições crônicas como DPOC ou bronquiectasias.
  - **Suspeita de doenças intersticiais**: Pacientes com dispneia progressiva e tosse crônica sem causa aparente, ou com achados radiológicos sugestivos de doenças pulmonares intersticiais (como fibrose pulmonar), devem ser encaminhados para confirmação diagnóstica.
- Exames Inconclusivos na Atenção Básica
  - **Radiografia de tórax sem alterações significativas**: Pacientes com tosse crônica e dispneia, cuja radiografia de tórax não revela alterações, mas que continuam apresentando sintomas, devem ser encaminhados para avaliação pneumológica com exames mais detalhados, como tomografia de alta resolução (TCAR) ou espirometria.

- **Espirometria normal ou inconclusiva**: Pacientes com sintomas persistentes, sem evidência de obstrução ou restrição na espirometria, podem necessitar de outros exames diagnósticos, como teste de difusão de gases, tomografia ou broncoscopia, para investigação de causas menos comuns.

- Tosse Crônica Idiopática
  - **Tosse refratária sem diagnóstico claro**: Pacientes com tosse crônica idiopática, que não melhora com tratamento para as causas comuns, devem ser encaminhados para avaliação pneumológica, considerando causas raras, como bronquiectasias de pequeno calibre, aspiração crônica, ou disfunção de pregas vocais.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em pneumologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (tosse, dispneia), sua duração e evolução.
  - Fatores desencadeantes ou agravantes, como exposição a alérgenos, poluição ou tabagismo.
  - Tratamentos prévios realizados para causas comuns (asma, DRGE, infecções) e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Radiografia de tórax**: Resultados da radiografia de tórax e descrição de quaisquer achados relevantes.
  - **Espirometria**: Resultados da espirometria, com testes pré e pós-broncodilatador, se aplicável.
  - **Imagem adicional (se disponível)**: Tomografias computadorizadas ou outros exames de imagem realizados para investigação.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de broncodilatadores, corticoides inalatórios, antiácidos ou outros medicamentos em curso.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com tosse crônica e dispneia, que não respondem ao tratamento inicial na atenção básica, devem ser encaminhados para pneumologia para investigação diagnóstica mais detalhada.

- **Avaliação pneumológica**: O pneumologista realizará exames clínicos, funcionais e de imagem para identificar a causa dos sintomas. Exames adicionais, como broncoscopia, teste de difusão pulmonar, ou testes alérgicos, podem ser necessários.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **condições benignas** ou reversíveis podem ser tratados com ajuste de medicação ou controle de fatores ambientais.
    - Pacientes com **doenças pulmonares crônicas ou graves** podem necessitar de tratamento prolongado, com monitoramento contínuo e manejo de exacerbações.
    - Pacientes com **tosse crônica e dispneia**, após investigação inconclusiva e sem resposta ao tratamento para causas comuns, serão **encaminhados para regulação** para avaliação pneumológica especializada e tratamento conforme a gravidade e diagnóstico da condição.

9.3.1.139. **Protocolo para Consulta em Pneumologia:** Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS)

I. Condições Clínicas para Atendimento

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS**)** é caracterizada por episódios repetidos de obstrução parcial (hipopneia) ou total (apneia) das vias aéreas superiores durante o sono, resultando em fragmentação do sono e dessaturação de oxigênio. Os sintomas incluem ronco alto, sonolência diurna excessiva, fadiga e falta de concentração. A SAHOS está associada a complicações como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e acidentes de trânsito. O encaminhamento para pneumologia ou otorrinolaringologia é necessário para confirmação diagnóstica e tratamento.

II. Critérios para Encaminhamento

- Suspeita Clínica de SAHOS
    - **Ronco alto e persistente**: Pacientes com ronco alto e frequente, especialmente quando associado a apneias presenciadas (pausas respiratórias observadas por parceiros) durante o sono, devem ser encaminhados para avaliação especializada.
    - **Sonolência diurna excessiva**: Pacientes que relatam sonolência excessiva durante o dia, fadiga, dificuldades de concentração ou irritabilidade devem ser investigados para SAHOS.

- **Cefaleia matinal e boca seca**: Pacientes que acordam frequentemente com cefaleia ou sensação de boca seca também podem apresentar SAHOS e requerem avaliação diagnóstica.

- Fatores de Risco para SAHOS
  - **Obesidade**: Pacientes com obesidade (IMC > 30 kg/m²) têm risco aumentado para SAHOS, especialmente aqueles com gordura visceral excessiva, que pode comprimir as vias aéreas superiores durante o sono.
  - **Fatores anatômicos**: Pacientes com características anatômicas predisponentes, como desvio de septo nasal, hipertrofia de amígdalas, retrognatia (mandíbula retraída) ou hipertrofia dos cornetos, devem ser encaminhados para avaliação especializada.
  - **Histórico familiar**: Pacientes com história familiar de SAHOS ou outras doenças do sono têm maior risco e devem ser investigados.
- Sintomas e Complicações Associadas
  - **Hipertensão arterial e doenças cardiovasculares**: Pacientes com hipertensão de difícil controle, arritmias, insuficiência cardíaca ou outras doenças cardiovasculares que coexistem com ronco ou sonolência diurna devem ser encaminhados para investigação de SAHOS.
  - **Distúrbios metabólicos**: Pacientes com síndrome metabólica, diabetes tipo 2 ou resistência à insulina, que apresentam sintomas de apneia do sono, devem ser avaliados para SAHOS.
  - **Complicações neurocognitivas**: Pacientes com dificuldades de memória, concentração ou atenção, especialmente quando associadas a sonolência diurna, podem ter SAHOS como causa subjacente.
- Diagnóstico Confirmado ou Suspeito por Polissonografia
  - **Polissonografia com apneia-hipopneia**: Pacientes com diagnóstico confirmado de SAHOS em polissonografia (índice de apneia-hipopneia [IAH] ≥ 5 eventos por hora de sono) devem ser encaminhados para pneumologia para tratamento e monitoramento contínuo.
  - **Índice de Apneia-Hipopneia Elevado**: Pacientes com IAH elevado (≥ 15 eventos por hora) apresentam risco aumentado de complicações cardiovasculares e metabólicas e devem ser priorizados no encaminhamento.
  - **Polissonografia inconclusiva ou sintomas persistentes**: Pacientes com polissonografia inconclusiva ou com persistência dos sintomas, apesar de

diagnóstico negativo em teste inicial, devem ser reavaliados para investigar outras causas ou condições associadas.

- Falha no Tratamento com CPAP
    - **Intolerância ao uso de CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas)**: Pacientes diagnosticados com SAHOS que não conseguem tolerar o tratamento com CPAP devem ser encaminhados para ajustes de tratamento ou para opções alternativas, como dispositivos intraorais ou cirurgia.
    - **Persistência dos sintomas com CPAP**: Pacientes que continuam a apresentar sonolência diurna ou outros sintomas, apesar do uso adequado de CPAP, devem ser reavaliados para investigar problemas com a máscara ou outros fatores contribuintes.
- Indicação de Terapias Alternativas
    - **Dispositivos intraorais**: Pacientes com SAHOS leve a moderada, que não toleram o CPAP, podem ser candidatos a dispositivos intraorais (aparelhos para avanço mandibular) e devem ser encaminhados para avaliação.
    - **Cirurgia**: Pacientes com fatores anatômicos severos (como desvio de septo, hipertrofia de amígdalas ou retrognatia grave) que não respondem ao tratamento clínico devem ser avaliados para tratamento cirúrgico, como uvulopalatofaringoplastia (UPFP) ou cirurgias de avanço mandibular.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em pneumologia ou otorrinolaringologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição dos sintomas (ronco, apneias observadas, sonolência diurna, fadiga) e sua duração.
    - Fatores de risco, como obesidade, hipertensão, diabetes, tabagismo e histórico familiar de apneia do sono.
    - Tratamentos prévios realizados, incluindo o uso de CPAP, dispositivos intraorais ou outras intervenções.
- **Exames realizados**:
    - **Polissonografia**: Resultados da polissonografia, incluindo o índice de apneia-hipopneia (IAH), saturação de oxigênio, e o tempo de dessaturação durante o sono.

- **Imagem (se aplicável)**: Radiografias, tomografias ou outros exames que demonstrem anormalidades anatômicas que possam estar contribuindo para a SAHOS (desvio de septo, hipertrofia de amígdalas, retrognatia, etc.).

- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de medicações para comorbidades (como hipertensão ou diabetes) e qualquer tratamento para o sono em curso.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com sintomas sugestivos de SAHOS, fatores de risco ou diagnóstico confirmado por polissonografia devem ser encaminhados para pneumologia ou otorrinolaringologia para avaliação diagnóstica e ajuste terapêutico.
- **Avaliação pneumológica ou otorrinolaringológica**: O especialista realizará uma avaliação clínica detalhada, com revisão dos exames e do tratamento em curso. Podem ser indicadas terapias alternativas, como dispositivos intraorais, cirurgias corretivas ou ajuste do CPAP.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **SAHOS leve a moderada** podem ser tratados com medidas comportamentais, dispositivos intraorais ou CPAP.
  - Pacientes com **SAHOS grave** ou com comorbidades associadas podem necessitar de CPAP contínuo, cirurgia ou monitoramento rigoroso de complicações.
  - Pacientes com **suspeita ou diagnóstico confirmado de SAHOS** serão **encaminhados para regulação** para avaliação pneumológica ou otorrinolaringológica especializada, com tratamento adequado conforme a gravidade da condição e as necessidades terapêuticas.

9.3.1.140. **Protocolo para Consulta em Pneumologia:** Tabagismo com Falência de Tratamento na Atenção Básica e Ausência de Comorbidade Psiquiátrica

I. Condições Clínicas para Atendimento

Tabagismo é um importante fator de risco para uma série de doenças, incluindo doenças pulmonares, cardiovasculares e neoplasias. Pacientes que não conseguem cessar o uso do tabaco, mesmo após intervenções na atenção básica, devem ser encaminhados para pneumologia para tratamento especializado. Esse protocolo é destinado a indivíduos sem comorbidades psiquiátricas, onde a dependência à nicotina persiste apesar do tratamento inicial.

II. Critérios para Encaminhamento

- Falência no Tratamento Inicial para Cessação do Tabagismo
    - **Persistência no uso do tabaco após tentativas de cessação**: Pacientes que, mesmo após uso de terapias farmacológicas (como adesivos, goma de mascar com nicotina, ou bupropiona) e apoio comportamental, continuam a fumar devem ser encaminhados para avaliação pneumológica.
    - **Recaídas frequentes**: Pacientes que conseguem parar de fumar temporariamente, mas sofrem recaídas frequentes, mesmo com suporte na atenção básica, precisam de avaliação especializada para ajustes no manejo da dependência à nicotina.
- Alto Grau de Dependência à Nicotina
    - **Dependência severa**: Pacientes que apresentam sinais de alta dependência à nicotina, como uso de mais de 20 cigarros por dia ou necessidade de fumar logo após acordar (primeiro cigarro em até 30 minutos), devem ser encaminhados para tratamentos mais intensivos.
    - **Falha com doses padrão de substitutos de nicotina**: Pacientes que não respondem adequadamente às doses convencionais de terapia de reposição de nicotina (TRN) devem ser avaliados para aumento da dose ou combinação de terapias.
- Sem Comorbidades Psiquiátricas
    - **Ausência de comorbidade psiquiátrica diagnosticada**: Este protocolo se aplica a pacientes sem diagnóstico ativo de comorbidades psiquiátricas, como depressão severa, transtornos de ansiedade ou psicose, que poderiam interferir no tratamento do tabagismo. Esses casos devem ser encaminhados para avaliação em saúde mental.
    - **Necessidade de tratamento especializado**: Pacientes sem comorbidades psiquiátricas, mas que apresentam alta dependência física e emocional à nicotina, devem ser encaminhados para estratégias mais especializadas em pneumologia.
- Motivação para Parar de Fumar
    - **Alta motivação para cessação**: Pacientes que demonstram forte motivação para parar de fumar, mas não conseguem fazê-lo devido à falência das tentativas na atenção básica, devem ser encaminhados para pneumologia para terapia intensiva, incluindo abordagens farmacológicas avançadas ou programas estruturados de cessação.

- **Baixa motivação ou ambivalência**: Pacientes com baixa motivação para parar de fumar, que apresentam resistência à mudança, podem se beneficiar de abordagens especializadas para motivação e cessação do tabagismo, incluindo intervenções comportamentais intensivas.

- Consideração de Tratamentos Avançados
  - **Terapias farmacológicas alternativas**: Pacientes que não respondem ao uso de bupropiona ou reposição de nicotina podem ser candidatos ao uso de vareniciclina (Chantix) ou à combinação de terapias farmacológicas para cessação do tabagismo.
  - **Acompanhamento intensivo**: Pacientes que necessitam de acompanhamento intensivo com consultas regulares, intervenções comportamentais mais profundas, ou participação em grupos de apoio especializados, devem ser encaminhados para programas estruturados de cessação de tabagismo.
  - **Tratamento combinado**: Em casos de dependência severa, pode-se combinar estratégias farmacológicas e comportamentais intensivas, com monitoramento próximo e ajuste contínuo do tratamento.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em pneumologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
- Duração do tabagismo, quantidade de cigarros fumados por dia, e grau de dependência à nicotina (exemplo: Teste de Fagerström).
- Tentativas anteriores de cessação do tabagismo e os tratamentos usados (adesivos, gomas de mascar, bupropiona, apoio comportamental).
- Motivação do paciente para parar de fumar e os obstáculos identificados durante as tentativas de cessação.
- **Exames realizados**:
- **Espirometria (se disponível)**: Resultados da espirometria para avaliar a função pulmonar, especialmente em pacientes com suspeita de DPOC ou outras doenças pulmonares relacionadas ao tabagismo.
- **Imagem (se aplicável)**: Radiografia de tórax ou outros exames que demonstrem possíveis danos relacionados ao uso prolongado de tabaco.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de reposição de nicotina, bupropiona ou outros tratamentos farmacológicos em curso, e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes que não conseguem cessar o uso de tabaco após tentativas na atenção básica devem ser encaminhados para pneumologia para avaliação e manejo especializado.
- **Avaliação pneumológica**: O pneumologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com revisão dos tratamentos anteriores e estratégias de cessação. Podem ser indicadas terapias farmacológicas avançadas, ajustes na terapia de reposição de nicotina, ou intervenções comportamentais intensivas.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **dependência leve** podem ser tratados com ajuste na reposição de nicotina e acompanhamento regular.
    - Pacientes com **dependência severa ou falha no tratamento padrão** podem necessitar de combinação de terapias farmacológicas e comportamentais, com participação em programas estruturados de cessação.
    - Pacientes com **falência no tratamento de cessação do tabagismo** na atenção básica, sem comorbidades psiquiátricas, serão **encaminhados para regulação** para avaliação pneumológica especializada e tratamento conforme o grau de dependência e resposta ao tratamento.

9.3.1.141. Protocolo para Consulta em Reumatologia: Artrite Reumatoide

I. Condições Clínicas para Atendimento

Artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica autoimune que afeta principalmente as articulações, causando dor, rigidez, edema e destruição articular progressiva. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para prevenir deformidades, perda funcional e complicações sistêmicas. O encaminhamento para reumatologia é necessário para diagnóstico e manejo especializado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Suspeita Clínica de Artrite Reumatoide
- **Poliartrite simétrica**: Pacientes que apresentam inflamação articular em várias articulações, especialmente nas mãos, punhos, joelhos, tornozelos ou pés, com sinais de dor, edema e rigidez matinal superior a 30 minutos, devem ser encaminhados para avaliação de artrite reumatoide.

- **Rigidez matinal prolongada**: Pacientes que relatam rigidez articular matinal prolongada (superior a 30 minutos), especialmente nas pequenas articulações, como mãos e punhos, devem ser encaminhados para investigação.
- **Fadiga e mal-estar generalizado**: Pacientes com sintomas sistêmicos associados, como fadiga, febre baixa e mal-estar generalizado, além de sintomas articulares, devem ser investigados para artrite reumatoide.
- **Duração superior a 6 semanas**: Pacientes com sintomas articulares inflamatórios (dor, inchaço e rigidez) que persistem por mais de seis semanas, sem resolução espontânea ou resposta adequada a tratamentos iniciais, devem ser encaminhados para avaliação reumatológica.
- **Exacerbações frequentes**: Pacientes que apresentam exacerbções frequentes de artrite, com períodos de inflamação intensa seguidos de remissão parcial, requerem acompanhamento especializado para ajuste de tratamento.
- **Presença de autoanticorpos**: Pacientes com resultados positivos para fator reumatoide (FR) ou anticorpos antipeptídeo cíclico citrulinado (anti-CCP), associados a sintomas clínicos de artrite, devem ser encaminhados para reumatologia, pois são fortemente sugestivos de artrite reumatoide.
- **Achados radiológicos compatíveis**: Pacientes com alterações radiográficas sugestivas de artrite reumatoide, como erosões articulares ou estreitamento do espaço articular, devem ser avaliados por reumatologia para confirmação e início de tratamento adequado.
- **Falta de resposta a AINEs**: Pacientes que não respondem ao tratamento inicial com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou corticosteroides, e continuam apresentando inflamação e dor articular, devem ser encaminhados para avaliação de terapias modificadoras de doença (DMARDs).
- **Necessidade de imunossupressores**: Pacientes que necessitam de imunossupressores (como metotrexato, leflunomida ou biológicos) devem ser acompanhados por um reumatologista para monitoramento de resposta ao tratamento e efeitos adversos.
- **Manifestações extra-articulares**: Pacientes com envolvimento extra-articular, como nódulos reumatoides, vasculite, pleurite, pericardite, ou síndrome de Sjögren, devem ser encaminhados com urgência para manejo especializado.
- **Complicações oculares**: Pacientes com manifestações oculares, como episclerite ou uveíte, associadas à artrite reumatoide, requerem avaliação reumatológica e oftalmológica conjunta.

- **Risco cardiovascular aumentado**: Pacientes com artrite reumatoide estão em maior risco de doenças cardiovasculares, e o tratamento deve ser ajustado para reduzir a inflamação sistêmica e o risco cardiovascular.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em reumatologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas articulares (dor, inchaço, rigidez) e sua duração, localização e simetria.
  - Presença de rigidez matinal prolongada, sintomas sistêmicos (fadiga, febre), e possíveis complicações extra-articulares.
  - Histórico de tratamentos realizados, incluindo AINEs, corticosteroides ou outros imunossupressores.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Resultados de fator reumatoide (FR), anticorpos anti-CCP, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa (PCR) e hemograma.
  - **Imagem (se disponível)**: Radiografias das articulações afetadas, especialmente das mãos, punhos e joelhos, com descrição de achados sugestivos de artrite reumatoide (erosões, osteopenia periarticular, estreitamento do espaço articular).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de AINEs, corticosteroides, DMARDs (como metotrexato), ou biológicos e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com suspeita de artrite reumatoide, sintomas persistentes ou complicações sistêmicas devem ser encaminhados para reumatologia para avaliação diagnóstica e tratamento especializado.
- **Avaliação reumatológica**: O reumatologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas, exames laboratoriais e radiológicos. O tratamento pode incluir o uso de DMARDs, biológicos e acompanhamento rigoroso para evitar progressão da doença.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **artrite reumatoide leve** podem ser tratados com DMARDs de primeira linha, como metotrexato, com monitoramento clínico regular.

- Pacientes com **artrite reumatoide moderada a grave** ou com falha no tratamento inicial podem necessitar de terapias biológicas, como inibidores de TNF, com ajustes terapêuticos contínuos.
- Pacientes com **suspeita ou diagnóstico de artrite reumatoide** serão **encaminhados para regulação** para avaliação reumatológica especializada, com tratamento conforme a gravidade da condição e monitoramento de complicações.

9.3.1.142. Protocolo para Consulta em Reumatologia: **Artrite Psoriásica**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Artrite psoriásica (AP) é uma doença inflamatória crônica associada à psoríase, que pode afetar as articulações, tendões e pele. A AP pode se manifestar de forma heterogênea, variando de oligoartrite a poliartrite simétrica, podendo também afetar a coluna vertebral e causar entesites e dactilite. O encaminhamento para reumatologia é essencial para o diagnóstico e manejo especializado da condição.

II. Critérios para Encaminhamento

- Suspeita Clínica de Artrite Psoriásica
  - **História de psoríase**: Pacientes com histórico de psoríase (pele, unhas ou couro cabeludo) e que apresentam dor, edema ou rigidez em articulações ou tendões, devem ser encaminhados para avaliação de artrite psoriásica.
  - **Inflamação articular**: Pacientes com inflamação articular, rigidez matinal e dor em articulações periféricas, especialmente em dedos das mãos e pés, associada à psoríase, devem ser avaliados para artrite psoriásica.
  - **Dactilite (dedo em salsicha)**: Pacientes que apresentam dactilite, caracterizada pelo inchaço difuso dos dedos das mãos ou dos pés (dedo em salsicha), que é um sinal clínico característico da artrite psoriásica.
  - **Enteíte**: Pacientes com dor e inflamação em locais de inserção tendínea (entesites), como tendão de Aquiles ou fáscia plantar, associados a psoríase, devem ser avaliados para AP.
- Manifestações Clínicas Associadas

- **Acometimento da coluna (espondilite psoriásica)**: Pacientes com dor lombar inflamatória, rigidez matinal e dor sacroilíaca devem ser encaminhados para avaliação de espondilite associada à artrite psoriásica.
- **Alterações ungueais**: Pacientes com psoríase ungueal (lesões nas unhas como pitting ungueal, onicólise) associadas a sintomas articulares devem ser investigados para AP, já que a psoríase das unhas é comum em pacientes com artrite psoriásica.

- Persistência dos Sintomas
  - **Sintomas articulares persistentes por mais de 6 semanas**: Pacientes com sintomas inflamatórios nas articulações (dor, inchaço, rigidez) que persistem por mais de seis semanas, mesmo após tratamento inicial, devem ser encaminhados para reumatologia.
  - **Sintomas não controlados com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)**: Pacientes com artrite inflamatória persistente, que não respondem ao uso de AINEs, requerem avaliação para introdução de terapias modificadoras de doença (DMARDs) ou biológicos.
- Diagnóstico Confirmado ou Suspeito de Artrite Psoriásica
  - **Achados radiológicos sugestivos**: Pacientes com alterações radiográficas sugestivas de AP, como erosões articulares, anquilose (fusão articular) ou afilamento ósseo em articulações periféricas ou sacroilíacas, devem ser encaminhados para manejo especializado.
  - **Positividade para HLA-B27**: Pacientes com HLA-B27 positivo e envolvimento axial (coluna vertebral) devem ser avaliados para manejo adequado da espondilite associada à artrite psoriásica.
- Complicações e Manifestações Sistêmicas
  - **Erosão e deformidade articular**: Pacientes com sinais de erosão ou deformidade articular, como deformidades em dedos ou mãos (dedos em telescópio) ou anquilose, devem ser encaminhados com urgência para reumatologia para evitar progressão.
  - **Manifestações extra-articulares**: Pacientes com manifestações extra-articulares, como uveíte (inflamação ocular), ou doenças inflamatórias intestinais associadas, devem ser acompanhados por reumatologia e oftalmologia.
- Falha no Tratamento Inicial
  - **Falta de resposta aos AINEs e corticoides**: Pacientes que não respondem ao tratamento com AINEs e corticosteroides, ou que têm sintomas persistentes ou

progressivos, devem ser encaminhados para reumatologia para introdução de DMARDs (como metotrexato) ou terapias biológicas (inibidores de TNF, IL-17).

- **Necessidade de imunossupressores**: Pacientes que necessitam de imunossupressores para controle da doença devem ser monitorados e acompanhados por um reumatologista.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em reumatologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas articulares (dor, inchaço, rigidez) e sua duração, localização e simetria.
  - Presença de manifestações associadas, como dactilite, enteíte, lesões de psoríase na pele ou unhas, e sintomas sistêmicos.
  - Histórico de tratamentos realizados, incluindo AINEs, corticosteroides ou imunossupressores, e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Resultados de hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa (PCR), fator reumatoide (FR), e anticorpos anti-CCP, embora possam ser negativos na AP.
  - **Imagem (se disponível)**: Radiografias das articulações afetadas e da coluna vertebral, descrevendo achados sugestivos de artrite psoriásica (erosões, anquilose, alterações sacroilíacas).
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de AINEs, corticosteroides, DMARDs ou biológicos e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com suspeita de artrite psoriásica, sintomas persistentes ou complicações devem ser encaminhados para reumatologia para confirmação diagnóstica e tratamento especializado.
- **Avaliação reumatológica**: O reumatologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas, exames laboratoriais e radiológicos. O tratamento pode incluir o uso de DMARDs, biológicos, e acompanhamento rigoroso para evitar progressão da doença.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **artrite psoriásica leve a moderada** podem ser tratados com DMARDs convencionais (como metotrexato ou sulfassalazina).
- Pacientes com **artrite psoriásica grave** ou com falha no tratamento inicial podem necessitar de terapias biológicas, como inibidores de TNF ou IL-17.
- Pacientes com **suspeita ou diagnóstico de artrite psoriásica** serão **encaminhados para regulação** para avaliação reumatológica especializada, com tratamento conforme a gravidade da condição e monitoramento de complicações.

9.3.1.143. Protocolo para Consulta em Reumatologia: Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

I. Condições Clínicas para Atendimento

Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune crônica que pode afetar múltiplos órgãos e sistemas, incluindo pele, articulações, rins, sistema nervoso central, coração e pulmões. A apresentação clínica pode ser variada, com sintomas que incluem desde manifestações cutâneas até envolvimento sistêmico grave. O encaminhamento para reumatologia é essencial para diagnóstico, tratamento e manejo especializado da doença.

II. Critérios para Encaminhamento

- Suspeita Clínica de Lúpus Eritematoso Sistêmico
  - **Manifestações cutâneas**: Pacientes que apresentam erupções cutâneas características, como o rash malar (eritema em forma de "asa de borboleta" sobre as bochechas e nariz) ou lesões discoides, devem ser investigados para LES.
  - **Fotossensibilidade**: Pacientes com sensibilidade exagerada à luz solar, que desenvolvem erupções cutâneas ou exacerbação de outros sintomas com a exposição ao sol, devem ser avaliados para LES.
  - **Úlceras orais ou nasais**: A presença de úlceras indolores na cavidade oral ou nasal, especialmente em associação com outros sintomas sistêmicos, sugere o diagnóstico de LES.
- Sintomas Sistêmicos
  - **Artralgia e artrite**: Pacientes com dor articular, edema e rigidez, especialmente em múltiplas articulações de forma simétrica, devem ser avaliados para LES, especialmente se os sintomas forem associados a outros sinais de inflamação sistêmica.

- **Febre, fadiga e perda de peso**: Pacientes com sintomas constitucionais como febre sem causa aparente, fadiga extrema e perda de peso não intencional, associados a outros sinais de LES, devem ser encaminhados para avaliação.

- Envolvimento de Órgãos e Sistemas
  - **Nefrite lúpica**: Pacientes com sinais de doença renal, como edema, hipertensão, proteinúria ou hematúria, devem ser encaminhados para avaliação de nefrite lúpica, uma complicação grave do LES.
  - **Envolvimento pulmonar ou cardíaco**: Pacientes com derrame pleural, pericardite, ou outros sinais de envolvimento cardiopulmonar (como dor torácica pleurítica, dispneia ou taquicardia) associados ao LES requerem manejo especializado.
  - **Envolvimento neurológico**: Pacientes que apresentam convulsões, psicose, ou sintomas neurológicos focais (como fraqueza, distúrbios sensoriais ou cefaleias intensas) devem ser avaliados para manifestações neurológicas do LES (lúpus neuropsiquiátrico).
  - **Anemia, leucopenia ou trombocitopenia**: Pacientes com anormalidades hematológicas, como anemia hemolítica, leucopenia ou trombocitopenia, associadas a sintomas clínicos sugestivos de LES, devem ser encaminhados para avaliação.
- Exames Laboratoriais Positivos
  - **FAN (Fator Antinuclear) positivo**: Pacientes com título elevado de FAN (geralmente > 1:160) e sintomas sugestivos de LES devem ser encaminhados para confirmação diagnóstica.
  - **Anticorpos anti-DNA e anti-SM**: Pacientes com anticorpos anti-DNA nativo ou anti-SM (Smith), associados a manifestações clínicas de LES, têm maior probabilidade de desenvolver complicações graves, como nefrite lúpica, e devem ser acompanhados por reumatologia.
  - **Anticorpos antifosfolípides**: Pacientes com anticorpos antifosfolípides (anticardiolipina, anti-B2-glicoproteína 1, anticoagulante lúpico) e história de trombose ou perdas gestacionais devem ser avaliados para síndrome antifosfolípide secundária ao LES.
- Falha no Tratamento Inicial
  - **Falta de resposta a AINEs e corticosteroides**: Pacientes que não respondem ao tratamento com anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou corticosteroides

de baixa dose para artrite lúpica ou outras manifestações inflamatórias devem ser encaminhados para uso de imunossupressores.

- **Necessidade de imunossupressores**: Pacientes que necessitam de imunossupressores como metotrexato, micofenolato de mofetila, ou rituximabe para controle do LES devem ser acompanhados por um reumatologista para monitoramento rigoroso e ajuste terapêutico.

- Complicações e Manifestações Graves
  - **Crise lúpica**: Pacientes com envolvimento multissistêmico grave, como nefrite lúpica com insuficiência renal, envolvimento cardíaco ou pulmonar, ou lúpus neuropsiquiátrico, devem ser encaminhados com urgência para manejo intensivo.
  - **Complicações infecciosas**: Pacientes em tratamento imunossupressor com infecções graves ou recorrentes devem ser monitorados de perto para ajuste de terapias e prevenção de complicações adicionais.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em reumatologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (cutâneos, articulares, sistêmicos) e sua duração, além de qualquer sintoma sistêmico associado (febre, fadiga, perda de peso).
  - Histórico de manifestações graves, como envolvimento renal, cardíaco, pulmonar, neurológico ou hematológico.
  - Tratamentos prévios realizados, como AINEs, corticosteroides ou imunossupressores, e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Resultados de FAN, anti-DNA, anti-SM, anticorpos antifosfolípides, complementos (C3, C4), hemograma completo, VHS e PCR.
  - **Imagem (se aplicável)**: Exames de imagem para avaliar envolvimento cardíaco, pulmonar, renal ou neurológico, como ecocardiogramas, tomografias, ou ressonância magnética.
- **Uso de medicações atuais**: Indicar o uso de AINEs, corticosteroides, hidroxicloroquina, imunossupressores ou biológicos, e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com suspeita de LES, sintomas persistentes ou complicações graves devem ser encaminhados para reumatologia para confirmação diagnóstica e tratamento especializado.
- **Avaliação reumatológica**: O reumatologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas, exames laboratoriais e radiológicos. O tratamento pode incluir o uso de imunossupressores, corticosteroides, hidroxicloroquina e acompanhamento rigoroso para evitar progressão da doença.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **LES leve a moderado** podem ser tratados com hidroxicloroquina, corticosteroides de baixa dose e DMARDs.
    - Pacientes com **LES grave ou com envolvimento multissistêmico** podem necessitar de tratamento intensivo com imunossupressores ou biológicos, além de acompanhamento contínuo para prevenir complicações.
    - Pacientes com **suspeita ou diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico** serão **encaminhados para regulação** para avaliação reumatológica especializada, com tratamento conforme a gravidade da condição e monitoramento de complicações.

9.3.1.144. Protocolo para Consulta em Ortopedia ou Reumatologia: **Dor Lombar com Alterações em Exames de Coluna Lombar**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Dor lombar com alterações em exames de imagem pode ser causada por diversas condições, incluindo alterações degenerativas, hérnias de disco, estenose espinhal, espondilolistese ou espondiloartrites inflamatórias. A presença de alterações em exames de imagem, como radiografia, ressonância magnética ou tomografia, indica a necessidade de avaliação especializada em ortopedia ou reumatologia para determinar o tratamento adequado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Alterações Degenerativas da Coluna
    - **Hérnia de disco**: Pacientes com dor lombar e ciática (dor irradiada para os membros inferiores) associada a hérnia de disco evidenciada em ressonância magnética ou tomografia computadorizada devem ser encaminhados para avaliação ortopédica para manejo clínico ou cirúrgico.

- **Discopatia degenerativa**: Pacientes com dor lombar crônica, agravada por alterações degenerativas como discopatia ou redução do espaço intervertebral, visíveis em exames de imagem, requerem encaminhamento para ortopedia ou reumatologia para manejo da dor e prevenção de agravamento.

- Estenose Espinhal
  - **Estenose do canal vertebral**: Pacientes com dor lombar associada a claudicação neurogênica (dor ou fraqueza nas pernas durante a caminhada, aliviada com repouso) e estenose do canal vertebral detectada em exames de imagem devem ser encaminhados para avaliação especializada para considerar opções cirúrgicas ou tratamento conservador.
  - **Compressão de raízes nervosas**: Pacientes com estenose espinhal que causam compressão de raízes nervosas, levando a sintomas como dor radicular, fraqueza ou perda sensorial, devem ser avaliados para tratamento especializado.
- Espondilolistese
  - **Espondilolistese**: Pacientes com dor lombar e diagnóstico de espondilolistese (deslocamento anterior de uma vértebra sobre a outra) evidenciada em exames de imagem, especialmente quando associada a instabilidade ou compressão nervosa, devem ser encaminhados para avaliação ortopédica ou reumatológica para decidir entre tratamento conservador ou cirúrgico.
- Condições Inflamatórias
  - **Espondiloartrite (espondilite anquilosante)**: Pacientes com dor lombar crônica inflamatória (pior ao repouso, melhora com atividade física) associada a alterações radiográficas sugestivas de sacroileíte ou inflamação das articulações vertebrais devem ser encaminhados para reumatologia para manejo de espondiloartrites.
  - **Doença de Baastrup (Síndrome do Beijo)**: Pacientes com dor lombar associada a alterações de contato entre processos espinhosos em exames de imagem podem ser encaminhados para avaliação e manejo especializado, conforme o grau de compressão.
- Alterações Traumáticas
  - **Fraturas ou instabilidade vertebral**: Pacientes com dor lombar associada a fraturas, colapso vertebral, ou sinais de instabilidade da coluna vertebral, evidenciados em exames de imagem, devem ser encaminhados para ortopedia com urgência para avaliação de cirurgia ou tratamento conservador.

- **Fraturas por osteoporose**: Pacientes com osteoporose diagnosticada e fraturas vertebrais compressivas devem ser encaminhados para ortopedia ou reumatologia para tratamento da fratura e manejo da densidade óssea.

- Falha no Tratamento Conservador
  - **Falta de resposta ao tratamento inicial**: Pacientes que não respondem ao tratamento conservador inicial (fisioterapia, analgésicos, AINEs, repouso) e apresentam progressão dos sintomas ou agravamento das alterações em exames de imagem devem ser encaminhados para avaliação especializada.
  - **Sintomas neurológicos progressivos**: Pacientes com dor lombar associada a déficits neurológicos progressivos (fraqueza, parestesias, ou perda de controle urinário/fecal) devem ser encaminhados para avaliação urgente.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em ortopedia ou reumatologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (dor lombar, dor irradiada, rigidez, déficit neurológico) e sua duração.
  - Relato de tratamentos prévios realizados, como fisioterapia, medicação, repouso, e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Exames de imagem**: Radiografias, ressonância magnética ou tomografia computadorizada da coluna lombar, com descrição das alterações encontradas (hérnia de disco, estenose, espondilolistese, inflamação articular, fraturas).
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares ou outros medicamentos em curso.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor lombar persistente ou progressiva e alterações em exames de imagem devem ser encaminhados para ortopedia ou reumatologia para avaliação diagnóstica e tratamento especializado.
- **Avaliação ortopédica ou reumatológica**: O especialista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos exames de imagem e na progressão dos sintomas. O tratamento pode incluir fisioterapia intensiva, infiltrações, ou intervenções cirúrgicas, dependendo da gravidade do caso.
- **Estratificação de tratamento**:

- Pacientes com **condições degenerativas leves** podem ser tratados conservadoramente com fisioterapia, analgesia, e exercícios posturais.
- Pacientes com **hérnias graves, estenose severa ou instabilidade vertebral** podem necessitar de tratamento cirúrgico ou intervenções minimamente invasivas.
- Pacientes com **dor lombar e alterações em exames de coluna lombar** serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica ou reumatológica especializada, com tratamento conforme a gravidade da condição.

9.3.1.145. Protocolo para Consulta em Reumatologia ou Ortopedia: **Osteoartrite**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Osteoartrite (OA) é uma doença degenerativa das articulações que provoca o desgaste da cartilagem articular e pode afetar qualquer articulação, sendo mais comum nos joelhos, quadris, mãos e coluna. A osteoartrite leva à dor, rigidez, limitação de movimentos e, em casos graves, pode causar deformidades articulares. O encaminhamento para reumatologia ou ortopedia é necessário para o manejo especializado de casos mais avançados ou que não respondem ao tratamento conservador.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor e Rigidez Articular Persistentes
  - **Dor articular crônica**: Pacientes com dor articular crônica que persiste por mais de três meses, especialmente em articulações de carga, como joelhos e quadris, associada à rigidez e limitação de movimento, devem ser encaminhados para avaliação.
  - **Rigidez articular matinal**: Pacientes com rigidez articular matinal breve (geralmente menos de 30 minutos), especialmente nas mãos, joelhos, ou quadris, podem ter osteoartrite, e devem ser avaliados para diagnóstico e manejo.
- Alterações Radiológicas
  - **Alterações degenerativas em exames de imagem**: Pacientes com alterações em radiografias ou ressonância magnética, como redução do espaço articular, osteófitos (bicos de papagaio), esclerose subcondral ou cistos, devem ser encaminhados para reumatologia ou ortopedia para manejo do CGIteoartrite.

- **Deformidades articulares**: Pacientes que apresentam deformidades articulares visíveis, como desvio ou desalinhamento, associadas a dor e limitação funcional, requerem encaminhamento para avaliação especializada.

- Falha no Tratamento Conservador
  - **Resistência ao tratamento inicial**: Pacientes que não respondem a terapias conservadoras, como uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), fisioterapia, exercícios de fortalecimento e redução de peso, devem ser encaminhados para reumatologia ou ortopedia para ajuste terapêutico.
  - **Incapacidade funcional significativa**: Pacientes com limitação funcional severa, que não conseguem realizar atividades diárias ou que experimentam perda de mobilidade, mesmo após tratamento conservador, devem ser encaminhados para avaliação de intervenções mais avançadas, como infiltrações ou cirurgias.
- Indicação de Procedimentos Invasivos
  - **Necessidade de infiltrações intra-articulares**: Pacientes com osteoartrite avançada, que apresentam dor significativa e não respondem ao tratamento com AINEs, podem necessitar de infiltrações intra-articulares com corticoides ou ácido hialurônico e devem ser encaminhados para avaliação.
  - **Indicação de artroplastia (prótese)**: Pacientes com osteoartrite grave, em que há perda significativa da função articular, dor intensa e deformidades, podem necessitar de cirurgia de substituição articular (artroplastia) e devem ser avaliados por um ortopedista.
  - Manifestações Articulares Generalizadas
  - **Osteoartrite em múltiplas articulações**: Pacientes com envolvimento de várias articulações, como mãos, joelhos e quadris, com sinais de osteoartrite em diferentes áreas, devem ser encaminhados para reumatologia para abordagem sistêmica da doença.
  - **Osteoartrite erosiva das mãos**: Pacientes com osteoartrite erosiva nas articulações interfalângicas distais (com sinais de erosões e inflamação) requerem avaliação por reumatologia para manejo especializado.
  - Idade e Fatores de Risco
  - **Idosos com múltiplas comorbidades**: Pacientes idosos com osteoartrite, especialmente aqueles com comorbidades como hipertensão, diabetes ou obesidade, devem ser encaminhados para avaliação multidisciplinar para controle adequado da dor e melhora da qualidade de vida.

- **Histórico de lesões articulares ou cirurgias prévias**: Pacientes com história de lesões articulares traumáticas, cirurgias articulares prévias ou trabalho físico pesado, que apresentam sintomas de osteoartrite, devem ser encaminhados para manejo especializado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em reumatologia ou ortopedia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (dor, rigidez, limitação funcional), articulações afetadas e sua duração.
  - Presença de deformidades articulares, limitação de movimento ou perda de função.
  - Histórico de tratamentos prévios realizados, como uso de AINEs, fisioterapia ou infiltrações.
- **Exames realizados**:
  - **Radiografias ou ressonância magnética**: Resultados de exames de imagem que evidenciam alterações degenerativas, como redução do espaço articular, presença de osteófitos, cistos subcondrais ou deformidades articulares.
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de analgésicos, AINEs, corticosteroides ou outros medicamentos em curso.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor articular crônica, rigidez ou limitações funcionais, associadas a alterações em exames de imagem, devem ser encaminhados para reumatologia ou ortopedia para diagnóstico e tratamento especializado.
- **Avaliação ortopédica ou reumatológica**: O especialista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas e exames de imagem, para decidir o melhor manejo, que pode incluir tratamentos conservadores ou intervenções cirúrgicas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **osteoartrite leve a moderada** podem ser tratados com fisioterapia, AINEs, infiltrações e orientações sobre mudanças no estilo de vida.
  - Pacientes com **osteoartrite grave** ou falha no tratamento conservador podem necessitar de intervenções mais invasivas, como artroplastia.

- Pacientes com **suspeita ou diagnóstico de osteoartrite**, especialmente em casos graves ou com falha no tratamento conservador, serão **encaminhados para regulação** para avaliação ortopédica ou reumatológica especializada.

9.3.1.146. Protocolo para Consulta em Reumatologia: Fibromialgia

I. Condições Clínicas para Atendimento

Fibromialgia é uma condição crônica caracterizada por dor musculoesquelética generalizada, fadiga, distúrbios do sono, além de sintomas cognitivos e emocionais. O diagnóstico é clínico, e o manejo envolve uma abordagem multidisciplinar. Pacientes que não respondem ao tratamento inicial na atenção básica ou que apresentam um impacto significativo na qualidade de vida devem ser encaminhados para reumatologia para avaliação e tratamento especializado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Dor Generalizada e Crônica
  - **Dor musculoesquelética difusa**: Pacientes com dor musculoesquelética generalizada, que afeta ambos os lados do corpo, acima e abaixo da cintura, e que persiste por mais de três meses, devem ser avaliados para fibromialgia.
  - **Sensibilidade difusa à palpação**: Pacientes que relatam dor ao toque em múltiplos pontos anatômicos (pontos sensíveis ou tender points), sem sinais de inflamação ou lesões articulares, devem ser encaminhados para investigação.
- Sintomas Associados
  - **Fadiga intensa**: Pacientes que relatam fadiga crônica, que não melhora com o repouso, devem ser avaliados para fibromialgia, especialmente se associada a outros sintomas sistêmicos.
  - **Distúrbios do sono**: Pacientes com queixas de sono não reparador, insônia ou distúrbios do sono (como apneia do sono), em conjunto com dores difusas, devem ser encaminhados para avaliação reumatológica.
  - **Sintomas cognitivos**: Pacientes que apresentam dificuldade de concentração, lapsos de memória ou "nevoeiro mental" (fibro fog), associados à dor generalizada, devem ser investigados para fibromialgia.
- Falha no Tratamento Conservador
  - **Resistência ao tratamento inicial**: Pacientes que não respondem a tratamentos conservadores na atenção básica, como o uso de analgésicos, antidepressivos,

relaxantes musculares ou mudanças no estilo de vida, devem ser encaminhados para reumatologia para ajuste terapêutico.

- **Limitação funcional significativa**: Pacientes cuja qualidade de vida e capacidade funcional estão severamente comprometidas pela dor e fadiga, mesmo após tentativas de manejo na atenção básica, devem ser avaliados para tratamento especializado.

- Presença de Comorbidades
  - **Comorbidades psiquiátricas**: Pacientes com depressão, ansiedade ou outros distúrbios psiquiátricos associados à fibromialgia devem ser encaminhados para manejo conjunto entre reumatologia e psiquiatria.
  - **Síndrome do intestino irritável e outras condições**: Pacientes com fibromialgia e outras condições associadas, como síndrome do intestino irritável, cefaleias tensionais ou síndrome da bexiga dolorosa, devem ser acompanhados por reumatologia para controle integrado.
- Exclusão de Outras Condições Reumatológicas
  - **Descartar outras doenças reumatológicas**: Pacientes com sintomas compatíveis com fibromialgia, mas que apresentam inflamação articular ou exames alterados, devem ser encaminhados para reumatologia para excluir outras condições reumatológicas, como artrite reumatoide, espondiloartrites ou lúpus eritematoso sistêmico.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em reumatologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (dor difusa, fadiga, distúrbios do sono, dificuldade cognitiva) e sua duração.
  - Presença de pontos sensíveis à palpação e ausência de sinais inflamatórios ou lesões articulares.
  - Histórico de tratamentos prévios realizados, como uso de analgésicos, antidepressivos, relaxantes musculares, ou terapias não medicamentosas (exercícios, psicoterapia), e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Hemograma completo, VHS, proteína C-reativa (PCR), e outros testes para excluir causas inflamatórias ou autoimunes (como fator reumatoide, anticorpos antinucleares).

- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de analgésicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN), anticonvulsivantes ou relaxantes musculares, e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com dor musculoesquelética difusa, fadiga e sintomas associados, que não respondem ao manejo inicial na atenção básica, devem ser encaminhados para reumatologia para diagnóstico diferencial e tratamento especializado.
- **Avaliação reumatológica**: O reumatologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas e exclusão de outras condições reumatológicas. O manejo pode incluir ajuste de medicamentos, orientações sobre atividades físicas e apoio psicoterapêutico.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **fibromialgia leve a moderada** podem ser tratados com uma combinação de exercícios físicos, apoio psicológico e medicamentos para alívio da dor e melhora do sono.
  - Pacientes com **fibromialgia grave** ou com múltiplas comorbidades podem necessitar de tratamento multidisciplinar, envolvendo reumatologistas, psiquiatras, fisioterapeutas e psicólogos.
  - Pacientes com **suspeita ou diagnóstico de fibromialgia**, especialmente aqueles com falha no tratamento inicial ou limitação funcional significativa, serão **encaminhados para regulação** para avaliação reumatológica especializada e tratamento conforme a gravidade da condição.

9.3.1.147. Protocolo para Consulta em Urologia: **Lesões no Pênis**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Lesões no pênis podem ter várias etiologias, incluindo doenças infecciosas, dermatológicas, neoplásicas e traumáticas. A avaliação e o manejo especializado em urologia são necessários para diagnóstico preciso e tratamento adequado, especialmente quando as lesões são persistentes, dolorosas ou suspeitas de malignidade.

II. Critérios para Encaminhamento

- Lesões Infecciosas

- **Úlceras ou erosões**: Pacientes com úlceras ou erosões no pênis, especialmente aquelas indolores (como no caso da sífilis) ou dolorosas (como no herpes genital), devem ser encaminhados para avaliação em urologia para confirmação diagnóstica e tratamento, caso não respondam ao manejo na atenção básica.
- **Verrugas genitais (Condiloma acuminado)**: Pacientes com verrugas genitais causadas pelo HPV, especialmente lesões de grandes dimensões ou de difícil manejo com terapias tópicas, devem ser encaminhados para avaliação urológica para considerar remoção cirúrgica ou outros tratamentos.

- Lesões Suspeitas de Neoplasia
  - **Lesões ulceradas ou não cicatrizantes**: Pacientes com lesões ulceradas no pênis, especialmente aquelas que não cicatrizam após tratamento conservador, devem ser encaminhados para investigação de carcinoma espinocelular ou outras neoplasias malignas.
  - **Lesões hiperqueratóticas ou eritematosas**: Pacientes com lesões endurecidas, hiperqueratóticas, ou com áreas de eritema persistente devem ser avaliados para descartar doenças malignas, como a doença de Bowen (carcinoma in situ) ou carcinoma espinocelular.
- Doenças Dermatológicas
  - **Balanite e balanopostite crônicas**: Pacientes com inflamação crônica da glande (balanite) ou do prepúcio (balanopostite) que não respondem ao tratamento tópico ou antifúngico devem ser encaminhados para avaliação de condições subjacentes, como líquen escleroso ou doenças autoimunes.
  - **Líquen escleroso**: Pacientes com lesões esbranquiçadas ou atróficas no pênis, típicas de líquen escleroso (também conhecido como balanite xerótica obliterante), que podem causar estreitamento do prepúcio ou dor, devem ser encaminhados para manejo especializado, com possibilidade de tratamento cirúrgico ou medicamentoso.
- Traumas ou Lesões Mecânicas
  - **Trauma peniano**: Pacientes com histórico de trauma peniano, resultando em hematomas, lacerações ou fraturas penianas, devem ser encaminhados com urgência para urologia para avaliação de reparação cirúrgica e prevenção de complicações.
  - **Priapismo**: Pacientes que apresentam ereção dolorosa e prolongada (priapismo), especialmente se associado a trauma ou uso de medicações, devem ser

encaminhados com urgência para evitar complicações graves, como necrose tecidual ou disfunção erétil.

- Lesões Relacionadas a Doenças Autoimunes ou Sistêmicas
    - **Pênfigo**: Pacientes com bolhas ou lesões ulceradas no pênis, especialmente associadas a outras áreas corporais, devem ser avaliados para doenças autoimunes como o pênfigo, necessitando de manejo especializado.
    - **Psoríase genital**: Pacientes com lesões eritematosas, descamativas ou placas na área genital, que são típicas de psoríase, e que não respondem ao manejo dermatológico padrão, devem ser encaminhados para avaliação de tratamento especializado.
- Alterações Congênitas ou Funcionais
    - **Fimose e parafimose**: Pacientes com fimose (incapacidade de retração do prepúcio) ou parafimose (estrangulamento da glande pelo prepúcio) associada a lesões recorrentes, inflamação crônica ou desconforto, devem ser encaminhados para urologia para avaliação de circuncisão ou outros tratamentos cirúrgicos.
    - **Doença de Peyronie**: Pacientes com placas fibróticas no pênis, associadas a dor ou curvatura peniana durante a ereção, devem ser encaminhados para avaliação de doença de Peyronie, com possibilidade de tratamento cirúrgico ou medicamentoso.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em urologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição das lesões (ulceradas, verrucosas, eritematosas, etc.), sua localização e duração.
    - Relato de possíveis fatores associados, como trauma, infecção, contato sexual de risco, ou presença de comorbidades dermatológicas ou autoimunes.
    - Tratamentos prévios realizados, como uso de antifúngicos, antibióticos, antivirais ou outras terapias tópicas, e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
    - **Exames laboratoriais**: Resultados de testes de sífilis (VDRL), HIV, exames de HPV ou outros testes diagnósticos pertinentes.
    - **Biópsia (se aplicável)**: Resultados de biópsias de lesões suspeitas ou neoplásicas para confirmação histopatológica.

- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de antifúngicos, antivirais, antibióticos ou outras medicações em curso.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com lesões no pênis devem ser encaminhados para urologia quando o tratamento inicial na atenção básica não for eficaz, quando houver suspeita de malignidade ou quando as lesões estiverem associadas a condições sistêmicas ou traumáticas.
- **Avaliação urológica**: O urologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas, exames laboratoriais e, se necessário, biópsia ou outros exames para confirmação diagnóstica. O tratamento pode incluir abordagem farmacológica, crioterapia, laser, ou intervenções cirúrgicas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **lesões benignas** ou infecciosas podem ser tratados com medicações tópicas ou procedimentos minimamente invasivos.
  - Pacientes com **lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas** devem ser encaminhados para tratamento cirúrgico ou acompanhamento oncológico.
  - Pacientes com **lesões no pênis**, especialmente aquelas que não respondem ao tratamento inicial ou são suspeitas de malignidade, serão **encaminhados para regulação** para avaliação urológica especializada.

9.3.1.148. Protocolo para Consulta em Urologia: Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)

I. Condições Clínicas para Atendimento

Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é o aumento não canceroso da próstata que ocorre com o envelhecimento. Esse crescimento pode comprimir a uretra e causar sintomas do trato urinário inferior (LUTS), como dificuldade para urinar, jato urinário fraco, sensação de esvaziamento incompleto e aumento da frequência urinária. O encaminhamento para urologia é necessário quando os sintomas são moderados a graves, ou quando há falha no tratamento clínico inicial.

II. Critérios para Encaminhamento

- Sintomas do Trato Urinário Inferior (LUTS)
  - **Obstrução urinária**: Pacientes com sintomas obstrutivos, como dificuldade em iniciar a micção, jato urinário fraco, intermitência urinária, ou sensação de

esvaziamento incompleto da bexiga, devem ser encaminhados para avaliação urológica.

- **Irritabilidade urinária**: Pacientes com sintomas irritativos, como urgência miccional, aumento da frequência urinária (poliúria), nictúria (acordar várias vezes à noite para urinar), devem ser avaliados para HPB.

- Falha no Tratamento Inicial
  - **Resistência ao tratamento farmacológico**: Pacientes tratados com alfa-bloqueadores (como tansulosina ou alfuzosina) ou inibidores da 5-alfa-redutase (como finasterida ou dutasterida), que continuam apresentando sintomas moderados ou graves após o tratamento, devem ser encaminhados para avaliação urológica.
  - **Progressão dos sintomas**: Pacientes que apresentam piora dos sintomas do trato urinário inferior (LUTS), mesmo após tratamento clínico, devem ser avaliados para manejo mais invasivo, incluindo terapias minimamente invasivas ou cirurgia.
- Retenção Urinária Aguda ou Crônica
  - **Retenção urinária aguda**: Pacientes que apresentam retenção urinária aguda (incapacidade súbita de urinar, com necessidade de cateterismo vesical), devem ser encaminhados com urgência para avaliação urológica.
  - **Retenção urinária crônica**: Pacientes que apresentam retenção urinária crônica com volumes residuais elevados (avaliados por ultrassonografia), que não conseguem esvaziar adequadamente a bexiga, devem ser avaliados para intervenção cirúrgica.
- Infecções do Trato Urinário Recorrentes
  - **Infecções urinárias de repetição**: Pacientes com infecções urinárias recorrentes associadas à HPB devem ser encaminhados para investigação urológica para avaliar a necessidade de tratamento cirúrgico ou outros procedimentos que melhorem o fluxo urinário.
- Alterações Renais ou Bexigoma
  - **Complicações renais**: Pacientes com sinais de comprometimento renal (elevação da creatinina ou hidronefrose) devido à obstrução causada pela HPB devem ser encaminhados com urgência para avaliação e manejo urológico.
  - **Bexigoma**: Pacientes com distensão da bexiga (bexigoma) visível à palpação ou ultrassonografia, indicando retenção urinária significativa, devem ser encaminhados para intervenção imediata.

- Suspeita de Complicações Relacionadas
    - **Hematúria macroscópica**: Pacientes com HPB e hematúria visível (sangue na urina) devem ser encaminhados para investigação de causas como câncer de bexiga ou próstata, além da possibilidade de lesão vascular associada ao aumento da próstata.
    - **Litíase vesical (cálculos na bexiga)**: Pacientes com cálculos vesicais recorrentes ou associadas à retenção urinária crônica por HPB devem ser encaminhados para avaliação de tratamento cirúrgico.
- Necessidade de Procedimentos Invasivos
    - **Indicação de ressecção transuretral da próstata (RTU)**: Pacientes com sintomas graves de HPB, que não respondem ao tratamento farmacológico, ou que apresentam complicações como retenção urinária crônica ou infecções recorrentes, podem necessitar de cirurgia como a ressecção transuretral da próstata (RTU) e devem ser encaminhados para avaliação.
    - **Outros procedimentos minimamente invasivos**: Pacientes que necessitam de intervenções como ablação por laser ou implantes prostáticos (UroLift) devem ser avaliados para essas opções menos invasivas, conforme a gravidade dos sintomas.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em urologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
    - Descrição dos sintomas urinários (obstrutivos e irritativos), sua duração e intensidade, além de outros sintomas associados, como hematúria ou infecções urinárias.
    - Histórico de tratamentos realizados, como uso de alfa-bloqueadores, inibidores da 5-alfa-redutase ou outros medicamentos, e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
    - **Ultrassonografia abdominal/pélvica**: Resultados de ultrassonografia para avaliar o volume prostático, resíduo pós-miccional e presença de complicações como hidronefrose ou bexigoma.
    - **Exames laboratoriais**: PSA (antígeno prostático específico), creatinina sérica para avaliar função renal e outros exames relevantes.
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de medicamentos como alfa-bloqueadores, inibidores da 5-alfa-redutase ou outros, e a resposta ao tratamento.

III. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com sintomas de HPB, retenção urinária ou complicações, que não respondem ao tratamento inicial na atenção básica, devem ser encaminhados para urologia para avaliação e manejo especializado.
- **Avaliação urológica**: O urologista realizará uma avaliação clínica e dos exames de imagem e laboratoriais, decidindo entre manter o manejo clínico ou realizar intervenções cirúrgicas, como a ressecção transuretral da próstata (RTU).
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **HPB leve a moderada** podem continuar o tratamento clínico com ajuste de medicação.
    - Pacientes com **HPB grave ou complicações** podem ser candidatos a cirurgias ou procedimentos minimamente invasivos.
    - Pacientes com **suspeita ou diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)**, especialmente aqueles com falha no tratamento clínico ou complicações, serão **encaminhados para regulação** para avaliação urológica especializada.

9.3.1.149. Protocolo para Consulta em Urologia: **Patologias Escrotais Benignas**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Patologias escrotais benignas incluem uma variedade de condições que afetam o escroto, como hidrocele, varicocele, cisto de epidídimo, epididimite e espermatocele. Essas condições, embora não sejam malignas, podem causar desconforto, dor, aumento do volume escrotal e impacto na fertilidade. O encaminhamento para urologia é necessário para diagnóstico preciso e manejo especializado, incluindo, em alguns casos, intervenções cirúrgicas.

II. Critérios para Encaminhamento

- Hidrocele
    - **Aumento indolor do escroto**: Pacientes com hidrocele, que apresentam acúmulo de líquido ao redor dos testículos e aumento indolor do escroto, devem ser encaminhados para urologia, especialmente se o volume é grande ou está causando desconforto.

- **Progressão do tamanho**: Hidroceles que continuam a aumentar de tamanho, mesmo sem dor significativa, podem necessitar de intervenção cirúrgica e avaliação especializada.

- Varicocele
  - **Veias dilatadas no escroto**: Pacientes com varicocele, caracterizada por veias dilatadas no plexo pampiniforme, geralmente mais comum no lado esquerdo, devem ser encaminhados quando há dor escrotal ou impacto sobre a fertilidade.
  - **Infertilidade associada**: Pacientes com diagnóstico de varicocele que apresentam dificuldades para conceber devem ser encaminhados para avaliação de correção cirúrgica, pois a varicocele pode comprometer a qualidade do sêmen.
- Cisto de Epidídimo
  - **Massa indolor no epidídimo**: Pacientes com cistos de epidídimo, que se apresentam como massas indolores e pequenas no epidídimo, podem ser encaminhados para urologia se o cisto crescer significativamente, causar desconforto ou se houver dúvida diagnóstica.
  - **Cisto de grandes dimensões**: Pacientes com cistos epididimários grandes, que causam dor ou desconforto, podem necessitar de remoção cirúrgica e devem ser encaminhados para avaliação.
- Espermatocele
  - **Acúmulo de líquido no epidídimo**: Pacientes com espermatocele, caracterizada por um acúmulo de líquido no epidídimo contendo espermatozoides, geralmente indolor, devem ser encaminhados se a lesão for de grandes dimensões, estiver causando dor ou desconforto.
  - **Espermatocele sintomática**: Pacientes com espermatocele que experimentam desconforto ou dor persistente, ou se o cisto está crescendo, devem ser avaliados para possíveis intervenções.
- Epididimite
  - **Dor e inflamação escrotal**: Pacientes com epididimite aguda, caracterizada por dor e inflamação no epidídimo, associada ou não a febre, devem ser encaminhados para urologia se não houver resposta ao tratamento com antibióticos ou se houver recorrência frequente.
  - **Epididimite crônica**: Pacientes com epididimite crônica (duração superior a seis semanas) devem ser avaliados por urologia para identificar a causa subjacente e para discutir tratamentos alternativos.
- Torsão de Hidátide Testicular (Apendicite Testicular)

- **Dor aguda no testículo**: Pacientes com dor aguda no testículo, especialmente crianças ou adolescentes, com suspeita de torsão de hidátide (apêndice testicular), devem ser encaminhados para urologia com urgência para diagnóstico e manejo.
- **Dor persistente após tratamento conservador**: Pacientes que permanecem com dor após tratamento conservador devem ser encaminhados para avaliação cirúrgica.

- Hérnia inguinal associada
  - **Aumento do escroto associado a hérnia**: Pacientes com hérnia inguinal que causa aumento do escroto ou sintomas escrotais (como dor ou sensação de peso) devem ser encaminhados para avaliação de correção cirúrgica.
- Outras Patologias Escrotais
  - **Lipomas ou lesões benignas**: Pacientes com massas benignas no escroto, como lipomas ou fibromas, devem ser encaminhados para urologia se a lesão for de grandes dimensões, causar dor ou se houver dúvida diagnóstica.
  - **Dor escrotal crônica sem diagnóstico claro**: Pacientes com dor crônica no escroto, sem uma causa definida ou com massas não diagnosticadas, devem ser encaminhados para avaliação detalhada em urologia.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em urologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas escrotais (dor, aumento de volume, massas), sua duração e impacto sobre a função diária ou qualidade de vida.
  - Presença de sintomas associados, como febre, dor abdominal ou inguinal, infertilidade ou dificuldades urinárias.
  - Histórico de tratamentos prévios realizados, como uso de antibióticos, anti-inflamatórios, ou repouso, e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia escrotal**: Resultados de ultrassonografia para avaliação de massas, líquido ou varicocele no escroto.
  - **Exames laboratoriais**: Exames de sangue ou urina, se aplicável, para avaliar infecções ou complicações associadas.
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de medicamentos como antibióticos, anti-inflamatórios ou analgésicos, e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com patologias escrotais benignas que não respondem ao manejo clínico inicial, apresentam sintomas recorrentes ou que necessitam de intervenção cirúrgica devem ser encaminhados para urologia para avaliação especializada.
- **Avaliação urológica**: O urologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas, exames de imagem e outros achados. O manejo pode incluir desde observação até intervenções cirúrgicas, dependendo da gravidade e do tipo de patologia.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **condições benignas assintomáticas** podem ser monitorados clinicamente, sem intervenção imediata.
    - Pacientes com **massas escrotais grandes, dolorosas ou complicadas** podem necessitar de tratamento cirúrgico ou outros procedimentos minimamente invasivos.
    - Pacientes com **suspeita ou diagnóstico de patologias escrotais benignas**, especialmente aqueles com sintomas significativos ou complicações, serão **encaminhados para regulação** para avaliação urológica especializada.

9.3.1.150. Protocolo para Consulta em Urologia: **Incontinência Urinária sem Resposta ao Tratamento Clínico**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Incontinência urinária é a perda involuntária de urina que afeta a qualidade de vida dos pacientes. As formas mais comuns incluem a incontinência urinária de esforço (IUE), incontinência urinária de urgência e incontinência mista. Quando o tratamento clínico, incluindo mudanças comportamentais, fisioterapia do assoalho pélvico e medicamentos, não é eficaz, é necessário encaminhar o paciente para urologia para avaliação de tratamentos mais avançados, como intervenções cirúrgicas ou procedimentos minimamente invasivos.

II. Critérios para Encaminhamento

- Incontinência Urinária de Esforço (IUE)
    - **Falta de resposta ao tratamento conservador**: Pacientes com incontinência urinária de esforço que não respondem a medidas conservadoras, como fisioterapia do assoalho pélvico, exercícios de Kegel ou pessários, devem ser

encaminhados para avaliação de opções cirúrgicas, como a colocação de sling uretral.

- **Incontinência grave ou debilitante**: Pacientes com incontinência urinária de esforço grave, que afeta significativamente a qualidade de vida, devem ser avaliados para correção cirúrgica.

- Incontinência Urinária de Urgência (Bexiga Hiperativa)
  - **Falha no tratamento medicamentoso**: Pacientes com incontinência urinária de urgência, tratados com anticolinérgicos (como oxibutinina) ou antagonistas dos receptores beta-3 (como mirabegrona), que não apresentam melhora dos sintomas, devem ser encaminhados para avaliação urológica.
  - **Sintomas refratários**: Pacientes com sintomas graves de bexiga hiperativa, como urgência urinária intensa, frequência urinária aumentada e noctúria, que não melhoram com medicação ou fisioterapia, podem necessitar de tratamentos mais invasivos, como neuromodulação ou injeções de toxina botulínica na bexiga.
- Incontinência Urinária Mista
  - **Persistência de sintomas múltiplos**: Pacientes com incontinência mista (combinação de incontinência de esforço e urgência) que não respondem a terapias combinadas, como medicamentos e fisioterapia, devem ser encaminhados para avaliação urológica para tratamentos mais avançados.
- Complicações Relacionadas à Incontinência Urinária
  - **Infecções urinárias recorrentes**: Pacientes com incontinência urinária associada a infecções urinárias de repetição, especialmente aquelas não resolvidas com tratamento antibiótico, devem ser avaliados para correção cirúrgica ou outras intervenções que melhorem o controle urinário.
  - **Dermatite associada à incontinência**: Pacientes que desenvolvem dermatite ou infecções cutâneas na região perineal, causadas por incontinência urinária severa, devem ser encaminhados para tratamento especializado.
- Avaliação de Tratamentos Cirúrgicos
  - **Sling uretral ou colposuspensão**: Pacientes com incontinência urinária de esforço sem resposta a tratamentos conservadores devem ser avaliados para procedimentos cirúrgicos, como o sling uretral ou colposuspensão.
  - **Neuromodulação sacral ou toxina botulínica**: Pacientes com incontinência urinária de urgência ou bexiga hiperativa que não respondem ao tratamento clínico podem ser candidatos a neuromodulação sacral ou injeção de toxina botulínica na bexiga.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em urologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas (incontinência de esforço, urgência ou mista), sua frequência, intensidade e impacto na qualidade de vida.
  - Relato de tratamentos prévios realizados, como fisioterapia do assoalho pélvico, uso de medicamentos (anticolinérgicos, mirabegrona, etc.), e a resposta ao tratamento.
- **Exames realizados**:
  - **Ultrassonografia**: Resultados de exames de imagem do trato urinário, se realizados, para avaliar o volume residual pós-miccional e outras anormalidades.
  - **Estudo urodinâmico**: Caso já tenha sido realizado, os resultados do estudo urodinâmico para avaliar a função da bexiga e uretra.
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de medicações para incontinência urinária, como anticolinérgicos ou beta-3 agonistas, e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com incontinência urinária que não respondem ao tratamento conservador ou medicamentoso devem ser encaminhados para urologia para avaliação de procedimentos invasivos ou cirúrgicos.
- **Avaliação urológica**: O urologista realizará uma avaliação clínica detalhada, baseada nos sintomas, exames de imagem e, se necessário, estudo urodinâmico. O tratamento pode incluir desde ajustes nos medicamentos até intervenções cirúrgicas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **incontinência leve a moderada** podem ser tratados com ajustes terapêuticos, como fisioterapia intensiva ou mudança de medicações.
  - Pacientes com **incontinência grave** ou refratária podem ser candidatos a procedimentos cirúrgicos, como sling uretral ou neuromodulação.
  - Pacientes com **incontinência urinária sem resposta ao tratamento clínico**, especialmente aqueles com impacto significativo na qualidade de vida ou com complicações associadas, serão **encaminhados para regulação** para avaliação urológica especializada.

9.3.1.151. Protocolo para Consulta em Urologia: **Disfunção Sexual Masculina**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Disfunção sexual masculina inclui uma variedade de condições que afetam a função sexual, como disfunção erétil (DE), ejaculação precoce, falta de libido e problemas de orgasmo. Quando essas condições não respondem ao tratamento inicial na atenção básica ou quando estão associadas a comorbidades, o encaminhamento para urologia é necessário para diagnóstico e manejo especializado.

II. Critérios para Encaminhamento

- Disfunção Erétil (DE)
    - **Falta de resposta ao tratamento inicial**: Pacientes com disfunção erétil que não respondem a tratamentos de primeira linha, como inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE-5) (por exemplo, sildenafil, tadalafil), devem ser encaminhados para avaliação urológica para investigação adicional e tratamento mais avançado.
    - **Comorbidades associadas**: Pacientes com DE associada a comorbidades significativas, como diabetes mellitus, hipertensão, doenças cardiovasculares ou uso de medicações como antidepressivos, requerem avaliação especializada.
    - **Sintomas psicogênicos**: Pacientes com suspeita de causas psicogênicas para DE, como ansiedade de desempenho ou depressão, que não melhoram com terapia farmacológica, devem ser encaminhados para avaliação conjunta com um psicólogo ou psiquiatra.
- Ejaculação Precoce
    - **Ejaculação persistente e precoce**: Pacientes com ejaculação precoce (início antes ou logo após a penetração, com controle mínimo), que não respondem a terapias comportamentais ou farmacológicas (como antidepressivos ou anestésicos tópicos), devem ser encaminhados para avaliação urológica.
    - **Falta de resposta ao tratamento medicamentoso**: Pacientes tratados com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina, ou com anestésicos tópicos, que continuam a apresentar sintomas, devem ser avaliados para outras opções terapêuticas.
- Diminuição da Libido

- **Baixo desejo sexual persistente**: Pacientes que relatam diminuição significativa do desejo sexual, não atribuível a causas psicológicas ou de relacionamento, devem ser encaminhados para investigação hormonal, incluindo níveis de testosterona, e avaliação de causas orgânicas.
- **Hipogonadismo**: Pacientes com sintomas de baixa libido associados a sinais de hipogonadismo (como fadiga, perda de massa muscular, disfunção erétil) e níveis baixos de testosterona devem ser avaliados para terapia de reposição de testosterona e acompanhamento especializado.

- Curvatura Peniana (Doença de Peyronie)
  - **Curvatura do pênis com dor**: Pacientes que apresentam curvatura peniana durante a ereção, com ou sem dor, devem ser encaminhados para avaliação da doença de Peyronie, especialmente se a curvatura interfere nas relações sexuais ou se houver dor persistente.
  - **Placas palpáveis**: Pacientes com placas fibróticas palpáveis no pênis associadas à curvatura ou dor, indicativas de doença de Peyronie, devem ser encaminhados para considerar tratamento cirúrgico ou medicamentoso.
- Problemas de Orgasmo
  - **Anorgasmia**: Pacientes com incapacidade persistente de alcançar o orgasmo, que não apresentam causas psicológicas ou medicamentosas identificáveis, devem ser encaminhados para avaliação especializada para investigar causas hormonais ou neurológicas.
  - **Retardo da ejaculação**: Pacientes com dificuldades persistentes de ejaculação, incluindo anejaculação (ausência de ejaculação), especialmente aqueles em uso de medicamentos como antidepressivos ou antipsicóticos, devem ser avaliados para ajustes terapêuticos ou opções alternativas de tratamento.
- Disfunção Relacionada a Cirurgias ou Traumas
  - **Disfunção sexual pós-cirúrgica**: Pacientes que apresentam disfunção sexual após cirurgias urológicas (como prostatectomia) ou vasectomia devem ser encaminhados para avaliação de tratamentos especializados, como a terapia de reabilitação peniana ou intervenções cirúrgicas corretivas.
  - **Disfunção sexual pós-trauma**: Pacientes com disfunção erétil ou outras alterações sexuais secundárias a traumas genitais, pélvicos ou espinhais, devem ser encaminhados para urologia para tratamento especializado.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em urologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos sintomas sexuais (disfunção erétil, ejaculação precoce, baixo desejo sexual, etc.), sua duração e impacto na vida sexual e qualidade de vida.
  - Relato de tratamentos prévios realizados, como uso de inibidores da PDE-5, antidepressivos, ou terapias comportamentais, e a resposta ao tratamento.
  - Presença de comorbidades associadas, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, depressão ou traumas.
- **Exames realizados**:
  - **Níveis hormonais**: Resultados de exames de testosterona total e livre, prolactina, e outros hormônios, se disponíveis, para investigação de causas hormonais.
  - **Exames de imagem (se aplicável)**: Resultados de exames de imagem, como ultrassonografia peniana com doppler, para avaliação do fluxo sanguíneo e detecção de placas fibróticas (doença de Peyronie).
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de inibidores da PDE-5, antidepressivos, ou qualquer outra medicação que possa impactar a função sexual.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com disfunção sexual que não respondem ao tratamento conservador ou medicamentoso, ou que apresentam comorbidades associadas, devem ser encaminhados para urologia para avaliação de tratamentos mais avançados.
- **Avaliação urológica**: O urologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base nos sintomas, exames hormonais e de imagem, se aplicável. O manejo pode incluir ajuste de medicamentos, tratamentos hormonais, ou intervenções cirúrgicas.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **disfunção sexual leve** podem continuar o tratamento medicamentoso com ajustes.
  - Pacientes com **disfunção sexual refratária** ou com complicações associadas podem necessitar de terapias avançadas, como implantes penianos, injeções intracavernosas, ou tratamento cirúrgico.
  - Pacientes com **disfunção sexual masculina sem resposta ao tratamento clínico**, especialmente aqueles com comorbidades associadas ou sintomas refratários, serão **encaminhados para regulação** para avaliação urológica especializada.

9.3.1.152. Protocolo para Consulta em Urologia: **Infecção Urinária**

I. Condições Clínicas para Atendimento

Infecção urinária pode envolver infecção do trato urinário inferior (cistite) ou superior (pielonefrite). Embora muitas infecções urinárias sejam tratadas na atenção básica, algumas situações requerem encaminhamento para urologia, especialmente quando há complicações, recorrência ou resistência ao tratamento. O encaminhamento é necessário para investigar causas subjacentes, como obstruções urinárias, cálculos renais, ou alterações anatômicas.

II. Critérios para Encaminhamento

- Infecção Urinária Recorrente
  - **Infecções urinárias frequentes (≥ 3 episódios por ano)**: Pacientes que apresentam episódios recorrentes de infecção urinária devem ser encaminhados para investigação de causas subjacentes, como alterações anatômicas, cálculos urinários ou disfunções vesicais.
  - **Resistência ao tratamento clínico**: Pacientes com infecções urinárias frequentes que não respondem ao tratamento adequado com antibióticos devem ser avaliados para resistência bacteriana ou causas anatômicas.
- Infecção Urinária Complicada
  - **Infecção urinária associada a complicações**: Pacientes que desenvolvem complicações como abscessos renais, pielonefrite grave, ou sepse urinária, devem ser encaminhados com urgência para manejo especializado.
  - **Obstrução urinária**: Pacientes com suspeita de obstrução urinária (por cálculos, estenose ou outras causas) e infecção associada devem ser encaminhados para urologia para avaliação de intervenção cirúrgica.
- Infecção Urinária em Pacientes com Comorbidades
  - **Diabetes mellitus**: Pacientes diabéticos com infecção urinária têm maior risco de complicações, como pielonefrite enfisematosa ou abscessos, e devem ser encaminhados para avaliação e tratamento especializado.
  - **Doenças neurológicas ou imobilidade**: Pacientes com doenças neurológicas que afetam a função vesical (como lesão medular ou esclerose múltipla) devem ser avaliados para disfunção vesical associada à infecção urinária.
- Infecção Urinária em Homens

- **Primeiro episódio de infecção urinária em homens**: Homens com infecção urinária devem ser encaminhados para avaliação urológica, pois a infecção urinária é menos comum no sexo masculino e pode indicar uma causa subjacente, como hiperplasia prostática benigna (HPB), estenose uretral ou cálculos renais.
- **Prostatite associada**: Homens com infecção urinária e suspeita de prostatite crônica ou aguda devem ser avaliados para tratamento adequado e investigação de outras causas.

- Pielonefrite
  - **Pielonefrite recorrente ou grave**: Pacientes com episódios de pielonefrite (infecção renal) recorrente ou com complicações, como abscessos renais ou insuficiência renal aguda, devem ser encaminhados para urologia para avaliação de obstruções ou cálculos.
  - **Pielonefrite com fatores de risco**: Pacientes com fatores de risco como imunossupressão, cálculos renais, ou malformações anatômicas devem ser avaliados para prevenir recorrências e complicações graves.
- Infecção Urinária Associada a Cálculos Renais
  - **Litíase urinária associada à infecção**: Pacientes com cálculos renais que desenvolvem infecção urinária recorrente ou complicada devem ser encaminhados para tratamento urológico, incluindo remoção dos cálculos ou outras intervenções para prevenir a recorrência da infecção.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em urologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição dos episódios de infecção urinária (frequência, gravidade), sintomas associados (dor ao urinar, febre, dor lombar), e resposta aos tratamentos antibióticos prévios.
  - Presença de fatores de risco, como diabetes, uso de cateter vesical, cálculos renais, ou disfunções vesicais.
- **Exames realizados**:
  - **Urinálise e urocultura**: Resultados de urinálise e cultura de urina, com identificação do agente causador e sensibilidade aos antibióticos.
  - **Imagem do trato urinário**: Ultrassonografia ou tomografia computadorizada do trato urinário, se aplicável, para identificar possíveis causas anatômicas, obstruções ou cálculos.

- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de antibióticos ou outros medicamentos, e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com infecções urinárias recorrentes, complicadas, ou resistentes ao tratamento devem ser encaminhados para urologia para investigação e manejo especializado.
- **Avaliação urológica**: O urologista realizará uma avaliação clínica e de imagem para identificar possíveis causas subjacentes, como cálculos urinários, obstruções, ou malformações anatômicas, e recomendar intervenções adequadas.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **infecção urinária simples** podem continuar o tratamento clínico, com ajustes na medicação.
    - Pacientes com **infecção urinária complicada ou recorrente** podem necessitar de intervenções, como remoção de cálculos, correção de obstruções, ou uso de antibióticos de longo prazo.
    - Pacientes com **infecção urinária recorrente, complicada ou associada a comorbidades**, especialmente aqueles sem resposta ao tratamento clínico inicial, serão **encaminhados para regulação** para avaliação urológica especializada.

9.3.1.153. **Protocolo para Consulta em Urologia ou Dermatologia:** Verrugas Virais (Condiloma Acuminado e Outras Verrugas)

I. Condições Clínicas para Atendimento

Verrugas virais são causadas pelo papilomavírus humano (HPV) e podem ocorrer em áreas genitais (condiloma acuminado) ou em outras regiões do corpo. Embora muitas verrugas possam ser tratadas na atenção básica com terapias tópicas, em alguns casos o encaminhamento para urologia ou dermatologia é necessário, especialmente quando as lesões são persistentes, extensas, recidivantes ou resistentes ao tratamento.

II. Critérios para Encaminhamento

- Condiloma Acuminado (Verrugas Genitais)
    - **Lesões persistentes ou recidivantes**: Pacientes com condiloma acuminado que não respondem ao tratamento inicial com ácidos tópicos (como ácido tricloroacético), podofilina, ou imiquimode devem ser encaminhados para

tratamento especializado, incluindo crioterapia, eletrocauterização, ou excisão cirúrgica.

- **Lesões de grandes dimensões ou múltiplas**: Pacientes com verrugas genitais extensas, múltiplas ou que afetam grandes áreas devem ser encaminhados para tratamento em ambiente especializado.
- **Imunossupressão**: Pacientes imunossuprimidos (por exemplo, HIV positivo, uso de imunossupressores) com verrugas genitais persistentes ou graves devem ser avaliados por um especialista, uma vez que o risco de recidiva e progressão é maior.

- Verrugas em Outras Regiões
  - **Verrugas virais persistentes (não genitais)**: Pacientes com verrugas em áreas não genitais (como mãos, pés, ou rosto) que não respondem ao tratamento inicial com crioterapia, ácidos tópicos ou laser devem ser encaminhados para dermatologia.
  - **Verrugas plantares dolorosas**: Pacientes com verrugas plantares dolorosas, que afetam a marcha ou causam desconforto persistente, devem ser avaliados para remoção cirúrgica ou tratamentos avançados.
- Suspeita de Neoplasia Associada
  - **Lesões suspeitas de malignidade**: Pacientes com verrugas de aspecto atípico, que ulceram ou sangram, ou que não cicatrizam com tratamentos habituais, devem ser encaminhados para biópsia para excluir carcinoma de células escamosas ou outras neoplasias associadas ao HPV.
- Falha no Tratamento Tópico
  - **Resistência ao tratamento tópico**: Pacientes que não respondem a tratamentos tópicos convencionais (como podofilina, imiquimode, ou crioterapia) após várias sessões devem ser encaminhados para avaliação de terapias mais invasivas, como eletrocauterização, laser ou excisão cirúrgica.
  - **Recorrência frequente**: Pacientes que apresentam recorrência frequente de verrugas, mesmo após tratamento bem-sucedido, devem ser avaliados para ajuste de terapia ou investigação de condições subjacentes que favoreçam a recidiva.
- Tratamento de Parceiros e Educação
  - **Necessidade de tratamento de parceiros**: Pacientes com verrugas genitais devem ser orientados a notificar seus parceiros sexuais, que podem precisar de avaliação e tratamento para prevenir a transmissão e recidiva das verrugas.

- **Prevenção e vacinação**: Pacientes com verrugas genitais devem ser orientados sobre a vacina contra HPV, que pode ajudar a prevenir novas infecções, especialmente em pacientes jovens ou imunocomprometidos.

III. Descritivo Mínimo para Encaminhamento

O encaminhamento para avaliação em urologia ou dermatologia deve incluir:

- **Histórico clínico detalhado**:
  - Descrição das lesões (localização, número, tamanho, duração) e qualquer sintoma associado, como dor, coceira, ou sangramento.
  - Tratamentos prévios realizados, como uso de ácidos tópicos, podofilina, crioterapia, ou outros, e a resposta ao tratamento.
  - Presença de comorbidades, como imunossupressão ou infecção por HIV.
- **Exames realizados**:
  - **Exames laboratoriais**: Resultados de testes de HIV ou outros exames relevantes, especialmente em pacientes imunocomprometidos.
  - **Biópsia (se aplicável)**: Resultados de biópsia de lesões suspeitas, para confirmar ou excluir neoplasia associada ao HPV.
- **Uso de medicações atuais**: Informar o uso de medicações tópicas ou outros tratamentos em curso, e a resposta ao tratamento.

IV. Fluxo de Atendimento

- **Triagem inicial**: Pacientes com verrugas virais persistentes, recorrentes, extensas ou resistentes ao tratamento inicial devem ser encaminhados para urologia ou dermatologia para avaliação e manejo especializado.
- **Avaliação especializada**: O urologista ou dermatologista realizará uma avaliação clínica detalhada, com base no histórico do paciente, e pode recomendar tratamentos como crioterapia avançada, eletrocauterização, laser, ou excisão cirúrgica.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **verrugas pequenas e localizadas** podem continuar o tratamento com crioterapia, ácidos tópicos ou laser.
  - Pacientes com **lesões extensas ou recidivantes** podem necessitar de procedimentos invasivos ou ajustes terapêuticos.
  - Pacientes com **verrugas virais** que não respondem ao tratamento clínico inicial, ou que apresentam lesões extensas ou complicadas, serão **encaminhados para regulação** para avaliação dermatológica ou urológica especializada.

9.3.1.154. Rotinas Operacionais Detalhadas para **Consultas Médicas**

As rotinas operacionais das consultas médicas em uma Policlínica são projetadas para garantir que os pacientes recebam diagnósticos precisos, tratamentos eficazes e acompanhamento contínuo de acordo com suas necessidades de saúde. Cada especialidade médica segue protocolos bem definidos que integram a avaliação clínica, a solicitação de exames complementares e a elaboração do plano terapêutico.

O processo começa com a anamnese detalhada, em que o médico coleta informações sobre a história clínica do paciente, identificando sintomas, antecedentes familiares e hábitos de vida. Em seguida, é realizado o exame físico, ajustado conforme a especialidade médica, para detectar sinais e sintomas que possam indicar a condição do paciente. A solicitação de exames complementares (laboratoriais, de imagem ou funcionais) faz parte das etapas subsequentes, permitindo a confirmação do diagnóstico e o direcionamento para o tratamento mais adequado.

Nas rotinas médicas, há uma preocupação constante com a resolubilidade dos casos e o acompanhamento prolongado de pacientes com condições crônicas, como hipertensão, diabetes, e doenças cardíacas. O médico, após identificar o diagnóstico e o plano de tratamento, orienta o paciente sobre os cuidados necessários e marca consultas de seguimento para ajustar o tratamento quando necessário.

Além disso, os casos que requerem intervenções mais especializadas ou que ultrapassam a capacidade de atendimento da Policlínica são encaminhados para serviços de maior complexidade. A integração entre as diferentes especialidades médicas e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) é essencial para garantir um fluxo contínuo de informações e uma assistência centrada no paciente.

Etapas Gerais da Consulta Médica

I. Recepção e Triagem

- **Recepção**: Os pacientes são recebidos na recepção da Policlínica e têm suas informações confirmadas (documentos pessoais e cartão do SUS).
- **Triagem**: Uma triagem inicial, realizada por profissionais de enfermagem, inclui a verificação de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e glicemia capilar se aplicável). Isso ajuda a priorizar atendimentos conforme o estado de saúde do paciente.

II. Anamnese Detalhada

- **História Clínica**: Durante a consulta médica, o profissional coleta informações detalhadas sobre a história de saúde do paciente, incluindo:
- **Queixas principais**: Motivo pelo qual o paciente está consultando.
- **História da doença atual**: Detalhes dos sintomas, seu início, duração, fatores agravantes e atenuantes, e tratamentos prévios.
- **História médica pregressa**: Doenças passadas, hospitalizações, cirurgias, alergias.
- **História familiar**: Doenças familiares que possam ter relevância (diabetes, hipertensão, câncer, etc.).
- **História social**: Hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividades físicas, alimentação, uso de medicamentos).
- **Uso de medicamentos**: Medicamentos em uso, dosagem e adesão ao tratamento.

III. Exame Físico

- **Avaliação Geral**: Exame físico completo ou segmentado, dependendo da queixa principal do paciente. Inclui inspeção, palpação, percussão e ausculta, conforme a especialidade:
- **Cardiologia**: Ausculta cardíaca, palpação do pulso, exame de extremidades (edema, perfusão).
- **Dermatologia**: Inspeção detalhada da pele e anexos (cabelos, unhas) e uso de instrumentos como dermatoscópio para avaliação de lesões cutâneas.
- **Endocrinologia**: Avaliação de sinais de distúrbios hormonais (obesidade, tireoide aumentada, acantose nigricans).
- **Gastroenterologia**: Palpação abdominal, percussão e ausculta, focada no sistema digestivo.
- **Ginecologia**: Exame ginecológico completo, incluindo inspeção, toque vaginal e coleta de Papanicolau.
- **Neurologia**: Exame neurológico (força muscular, reflexos, coordenação, equilíbrio, sensibilidade).
- **Mastologia**: Palpação das mamas para identificar nódulos, dor ou secreções; inspeção de alterações mamárias como retrações ou lesões.
- **Nefrologia**: Palpação do abdômen, avaliação de edemas, pressão arterial e exame de extremidades em busca de sinais de nefropatia.
- **Hematologia**: Exame físico focado em sinais de anemia (palidez, icterícia), linfonodomegalias, esplenomegalia e petéquias.

- **Obstetrícia**: Exame obstétrico com avaliação do crescimento uterino, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, palpação abdominal e toque vaginal para avaliação do colo uterino.
- **Oftalmologia**: Exame de acuidade visual, avaliação do fundo de olho, tonometria para pressão intraocular, inspeção da conjuntiva e córnea.
- **Ortopedia**: Exame físico com palpação de articulações, avaliação da amplitude de movimento, força muscular e inspeção de deformidades ou inflamações articulares.
- **Otorrinolaringologia**: Inspeção de ouvido, nariz e garganta; palpação de linfonodos cervicais; otoscopia, rinoscopia e laringoscopia.
- **Pneumologia**: Ausculta pulmonar, inspeção de esforço respiratório, percussão torácica e palpação para avaliar expansibilidade torácica.
- **Reumatologia**: Palpação das articulações, avaliação de amplitude de movimento, inspeção de sinais inflamatórios, como inchaço, calor e rubor.
- **Urologia**: Palpação abdominal e da região genital, toque retal para avaliação da próstata (em homens), inspeção de sinais de infecção ou lesões.

IV. Solicitação de Exames Complementares

Após a avaliação inicial, exames laboratoriais e/ou de imagem podem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico:

- **Exames laboratoriais**: Hemograma, glicemia, perfil lipídico, função hepática e renal, hormônios tireoidianos, entre outros.
- **Exames de imagem**: Ultrassonografia, radiografia, tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM).
- **Exames funcionais**: Eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma, espirometria, testes de esforço, colonoscopia, endoscopia digestiva alta, entre outros.

V. Elaboração do Diagnóstico

Com base na anamnese, exame físico e resultados dos exames complementares, o médico formula uma hipótese diagnóstica.

- **Diagnóstico inicial**: Em muitos casos, um diagnóstico preliminar pode ser estabelecido e o tratamento iniciado imediatamente.
- **Diagnóstico diferencial**: Nos casos mais complexos, pode ser necessário continuar a investigação com exames adicionais ou consultas subsequentes.

VI. Plano Terapêutico

O plano terapêutico é baseado no diagnóstico formulado, podendo incluir:

- **Prescrição de medicamentos**: Antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, hipoglicemiantes, anti-hipertensivos, entre outros.
- **Orientações de cuidados domiciliares**: Dieta, repouso, controle de fatores de risco, mudanças no estilo de vida.
- **Procedimentos ambulatoriais**: Pequenas cirurgias, drenagem de abscessos, curativos, retirada de lesões cutâneas, colocação de DIU.
- **Encaminhamento para outras especialidades**: Quando necessário, o paciente é encaminhado para especialistas para avaliação mais detalhada.

VII. Acompanhamento e Seguimento

Consultas de Seguimento: Após o início do tratamento, o paciente é agendado para consultas de acompanhamento, visando avaliar a resposta ao tratamento, revisar resultados de exames e ajustar a conduta terapêutica se necessário.

Acompanhamento de doenças crônicas: Pacientes com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca ou doenças respiratórias, devem ser acompanhados regularmente para ajustes no tratamento e prevenção de complicações.

Rotinas Operacionais por Especialidade

a. Cardiologia

- **Consultas**: Acompanhamento de pacientes com hipertensão, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e arritmias.
- **Exames**: ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, Holter.
- **Tratamento**: Ajuste de medicação anti-hipertensiva, anticoagulantes, antiarrítmicos, e orientação para controle de fatores de risco cardiovascular.

b. Dermatologia

- **Consultas**: Tratamento de doenças de pele, como acne, psoríase, eczemas e diagnóstico de lesões suspeitas de câncer de pele.
- **Exames**: Dermatoscopia, biópsia de pele.
- **Tratamento**: Prescrição de medicamentos tópicos ou sistêmicos e realização de pequenos procedimentos ambulatoriais, como crioterapia ou excisão de lesões.

c. Endocrinologia

- **Consultas**: Controle de diabetes mellitus, distúrbios tireoidianos, dislipidemia e obesidade.
- **Exames**: Dosagem de glicemia, HbA1c, hormônios tireoidianos, exames de imagem de tireoide.
- **Tratamento**: Prescrição de insulina, hipoglicemiantes, hormônios tireoidianos e acompanhamento contínuo de pacientes com doenças metabólicas.

d. Gastroenterologia

- **Consultas**: Tratamento de dispepsia, refluxo gastroesofágico, doenças inflamatórias intestinais, hepatopatias.
- **Exames**: Endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ultrassonografia abdominal.
- **Tratamento**: Prescrição de antiácidos, bloqueadores de bomba de prótons, imunossupressores, e acompanhamento regular de hepatopatias.

e. Ginecologia

- **Consultas**: Acompanhamento de mulheres em idade fértil, pré-natal, planejamento familiar, e menopausa.
- **Exames**: Papanicolau, ultrassonografia pélvica e transvaginal.
- **Tratamento**: Terapias hormonais, anticoncepcionais, tratamentos para miomatose e infecções ginecológicas.

f. Nefrologia

- **Consultas**: Acompanhamento de pacientes com insuficiência renal crônica, nefropatias, e hipertensão arterial resistente.
- **Exames**: Função renal, ultrassonografia renal.
- **Tratamento**: Ajuste de medicação anti-hipertensiva e acompanhamento de pacientes com indicação de diálise ou transplante renal.

g. Neurologia

- **Consultas**: Tratamento de cefaleias, epilepsia, doenças neurodegenerativas e acidentes vasculares cerebrais (AVC).
- **Exames**: Eletroencefalograma, ressonância magnética.
- **Tratamento**: Ajuste de anticonvulsivantes, tratamento para enxaqueca e terapias para controle de doenças neurológicas crônicas.

h. Mastologia

- **Consultas**: Acompanhamento de pacientes com queixas mamárias, incluindo nódulos, dor mamária, secreção, e avaliação de risco para câncer de mama.
- **Exames**: Mamografia, ultrassonografia mamária, ressonância magnética das mamas, e biópsias de lesões suspeitas.
- **Tratamento**: Tratamento de mastalgia, orientação sobre autoexame de mama, e realização de biópsias. Casos suspeitos de malignidade são encaminhados para tratamento oncológico.

i. Nefrologia

- **Consultas**: Avaliação de pacientes com insuficiência renal, nefropatias, hipertensão secundária e doenças renais crônicas.
- **Exames**: Função renal (creatinina, ureia), exames de urina, ultrassonografia renal, clearance de creatinina.
- **Tratamento**: Ajustes de medicamentos para controle da função renal e hipertensão, orientação sobre a dieta para pacientes com doenças renais, e controle de nefropatias crônicas.

j. Neurologia

- **Consultas**: Avaliação de cefaleias, convulsões, tonturas, déficit motor, neuropatias, epilepsia e doenças neurodegenerativas (como Parkinson, Alzheimer).
- **Exames**: Eletroencefalograma (EEG), tomografia computadorizada, ressonância magnética, exames de condução nervosa.
- **Tratamento**: Prescrição de anticonvulsivantes, analgésicos, anti-inflamatórios, medicações para controle de distúrbios neurológicos crônicos, como Parkinson.

k. Pediatria

- **Consultas**: Acompanhamento de recém-nascidos, crianças e adolescentes, com avaliação do crescimento e desenvolvimento, imunizações, e monitoramento de doenças infecciosas e crônicas.
- **Exames**: Exames laboratoriais específicos conforme a queixa, avaliação nutricional e de desenvolvimento.
- **Tratamento**: Prescrição de vacinas, orientações sobre alimentação infantil, controle de doenças infecciosas comuns (como infecções respiratórias, otites) e doenças crônicas (asma, diabetes pediátrica).

l. Obstetrícia

- **Consultas Pré-Natal**: Acompanhamento regular de gestantes com foco em monitoramento do crescimento fetal, avaliação da pressão arterial, ganho de peso e bem-estar materno.
- **Exames**: Ultrassonografia obstétrica, exames laboratoriais de rotina (hemograma, glicemia, sorologias, urina), e avaliação de risco gestacional.
- **Tratamento**: Prescrição de suplementos vitamínicos, orientação sobre dieta, atividades físicas e cuidados durante a gestação. Monitoramento de gestantes de risco (diabetes gestacional, hipertensão).

m. Oftalmologia

- **Consultas**: Avaliação de queixas oculares, como baixa acuidade visual, dor ocular, doenças da córnea, conjuntivite, glaucoma, e catarata.
- **Exames**: Exame de acuidade visual, tonometria, biomicroscopia, fundo de olho, campimetria, tomografia de coerência óptica.
- **Tratamento**: Prescrição de óculos, colírios para tratamento de glaucoma, inflamações oculares, e realização de pequenos procedimentos ambulatoriais, como remoção de pterígio.

n. Ortopedia

- **Consultas**: Avaliação de dores articulares, fraturas, luxações, entorses, escoliose, dores lombares e lesões ortopédicas decorrentes de trauma ou condições degenerativas (artrose, osteoporose).
- **Exames**: Radiografias, ultrassonografia musculoesquelética, ressonância magnética, tomografia computadorizada para diagnóstico de lesões.
- **Encaminhamento**: Pacientes com lesões graves ou que necessitam de cirurgias maiores são encaminhados para cirurgia ortopédica.

o. Otorrinolaringologia

- **Consultas**: Avaliação de queixas como perda auditiva, zumbido, sinusite crônica, dor de garganta, disfonia, vertigem e ronco.
- **Exames**: Audiometria, videolaringoscopia, nasofibroscopia, exames de imagem (tomografia de seios da face).

- **Tratamento**: Prescrição de antibióticos para infecções de ouvido, nariz e garganta, anti-histamínicos para rinite alérgica e realização de procedimentos ambulatoriais, como cauterização de cornetos nasais.

p. Pneumologia

- **Consultas**: Avaliação de pacientes com doenças respiratórias crônicas, como DPOC, asma, infecções respiratórias recorrentes, e distúrbios respiratórios do sono (apneia).
- **Exames**: Espirometria, tomografia de tórax, gasometria arterial, exames laboratoriais específicos (oximetria).
- **Tratamento**: Prescrição de broncodilatadores, corticosteroides inalatórios, antibióticos para infecções respiratórias e orientações sobre o uso de dispositivos inalatórios.

q. Reumatologia

- **Consultas**: Avaliação de pacientes com doenças articulares, autoimunes e doenças reumatológicas, como artrite reumatoide, lúpus, espondilite anquilosante e fibromialgia.
- **Exames**: Exames laboratoriais (fator reumatoide, ANA, PCR), radiografias das articulações afetadas, ultrassonografia articular.
- **Tratamento**: Prescrição de anti-inflamatórios, imunossupressores, medicamentos biológicos e orientações sobre controle da dor e reabilitação física.

r. Urologia

- **Consultas**: Avaliação de queixas urinárias, como infecções urinárias recorrentes, distúrbios miccionais, disfunção erétil, hipertrofia prostática e doenças renais.
- **Exames**: Ultrassonografia de rins e vias urinárias, urofluxometria, exames de PSA (antígeno prostático específico), cultura de urina.
- **Tratamento**: Prescrição de antibióticos, medicações para hiperplasia prostática, incontinência urinária e disfunção erétil. Realização de cateterismos e pequenos procedimentos ambulatoriais.

9.3.2. Apresentação de quadro de metas para a área médica e não médica

Cargos	Forma de vínculo	Área	Quantidade	Carga horária	Salário Unitário
Anestesiologia	PJ	Meio	1	12h	R$ 12.000,00
Angiologia/Cirurgia Vascular	PJ	Meio	1	12h	R$ 12.000,00
Cardiologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 12.000,00
Coloproctologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 10.000,00
Clínica Geral (Linha do Cuidado)	PJ	Meio	2	12h	R$ 10.000,00
Dermatologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 10.000,00
Endocrinologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 12.000,00
Gastroenterologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 10.000,00
Ginecologia	PJ	Meio	3	12h	R$ 12.000,00
Hematologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 12.000,00
Infectologia	PJ	Meio	1	12h	R$ 13.000,00
Mastologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 12.000,00
Nefrologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 12.000,00
Neurologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 12.000,00
Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco)	PJ	Meio	3	12h	R$ 12.000,00
Oftalmologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 10.000,00
Ortopedia/Traumatologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 10.000,00
Otorrinolaringologia	PJ	Meio	2	12h	R$ 10.000,00
Pediatria	PJ	Meio	3	12h	R$ 12.000,00
Pneumologia	PJ	Fim	1	12h	R$ 12.000,00
Psiquiatria	PJ	Fim	2	12h	R$ 11.000,00
Reumatologia	PJ	Fim	1	12h	R$ 12.000,00
Urologia	PJ	Fim	1	12h	R$ 12.000,00

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

Os Protocolos de Regulação para Consultas Não Médicas na Policlínica Estadual de Quirinópolis têm como objetivo garantir que o acesso aos serviços oferecidos por profissionais da saúde não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros, seja organizado e eficiente. Esses protocolos padronizam o encaminhamento de pacientes para esses serviços, assegurando que os critérios clínicos e as necessidades específicas de cada paciente sejam considerados de forma adequada.

Os serviços não médicos desempenham um papel essencial na assistência integral à saúde, complementando o atendimento médico e promovendo a reabilitação, o suporte nutricional, o equilíbrio emocional e social, e a qualidade de vida dos pacientes. Os protocolos de regulação estruturam o fluxo de encaminhamento, estabelecendo critérios para priorização dos atendimentos, com base em condições clínicas, crônicas ou agudas, e nas orientações da atenção primária.

A utilização desses protocolos permite uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis, otimizando o tempo de espera dos pacientes e promovendo o atendimento correto no momento adequado. Além disso, favorece a continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção, garantindo que os serviços não médicos atuem de forma integrada ao atendimento clínico e promovam uma abordagem holística da saúde do paciente.

9.3.3.1. Protocolo para Consulta Não Médica em Odontologia:

I. Doenças das Glândulas Salivares

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Sialolitíase (Cálculos Salivares)**: Pacientes com suspeita de obstrução das glândulas salivares devido a cálculos, caracterizada por inchaço intermitente e dor durante as refeições, devem ser encaminhados para odontologia para exames de imagem e possível remoção cirúrgica.

ii. **Sialoadenite**: Pacientes com inflamação das glândulas salivares (glândula parótida, submandibular ou sublingual), com dor, inchaço e febre, devem ser avaliados para tratamento antibiótico ou cirúrgico, especialmente em casos de abscessos.

iii. **Tumores das Glândulas Salivares**: Pacientes com massas ou nódulos nas glândulas salivares, especialmente de crescimento rápido ou indolor, devem ser encaminhados para biópsia e avaliação de malignidade.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Histórico de dor ou inchaço nas glândulas salivares.
   ii. Presença de sintomas associados, como febre, secreção purulenta, ou crescimento de massa.
   iii. Exames de imagem disponíveis, como ultrassonografia ou tomografia.

II. Doenças e Traumas do Complexo Maxilomandibular e ATM (Articulação Temporomandibular)

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Disfunção da ATM**: Pacientes com dor crônica, limitação de abertura bucal, ruídos articulares (estalos ou crepitações), ou dificuldade mastigatória devido à disfunção da ATM devem ser encaminhados para avaliação odontológica ou cirúrgica.
   ii. **Fraturas Maxilomandibulares**: Pacientes com trauma na mandíbula ou maxila, com fraturas evidentes ou suspeitas, devem ser encaminhados para exames de imagem (radiografia ou tomografia) e avaliação cirúrgica urgente.
   iii. **Luxações Recorrentes da ATM**: Pacientes com deslocamentos recorrentes da articulação temporomandibular, resultando em travamento ou dor, devem ser encaminhados para avaliação e possível tratamento cirúrgico ou ortopédico.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Histórico de trauma ou disfunção da articulação temporomandibular.
   ii. Presença de dor, limitação de abertura bucal, ou estalidos articulares.
   iii. Exames de imagem disponíveis, como radiografias ou tomografias.

III. Cistos e Tumores da Região Maxilomandibular

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Cistos Odontogênicos**: Pacientes com cistos na mandíbula ou maxila, detectados por exames de imagem ou aumento de volume, devem ser encaminhados para remoção cirúrgica e biópsia.

ii. **Tumores Benignos ou Malignos**: Pacientes com massas ou tumores no complexo maxilomandibular, evidenciados por inchaço ou dor, devem ser encaminhados para avaliação, biópsia e tratamento cirúrgico.

iii. **Ameloblastoma e Outros Tumores Odontogênicos**: Pacientes com lesões benignas expansivas, como ameloblastoma, devem ser encaminhados para ressecção cirúrgica.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição de aumento de volume ou lesão na região maxilomandibular.

ii. Exames de imagem, como radiografias, tomografias ou ressonâncias magnéticas.

iii. Resultado de biópsia (se já realizado).

IV. Infecções de Origem Odontogênica

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Abscessos Dentários**: Pacientes com abscessos periapicais ou periodontais, com dor, febre e inchaço facial, que não respondem ao tratamento clínico (drenagem, antibióticos) devem ser encaminhados para drenagem cirúrgica.

ii. **Infecções de Espaços Fasciais**: Pacientes com disseminação de infecções odontogênicas para os espaços fasciais, com risco de complicações como celulite ou angina de Ludwig, devem ser encaminhados com urgência para cirurgia.

iii. **Osteomielite Mandibular**: Pacientes com infecção óssea crônica ou aguda da mandíbula, associada a dor, febre e sinais de sequestro ósseo, devem ser avaliados para tratamento cirúrgico e antibiótico de longo prazo.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Histórico de infecção dentária ou abscesso.

ii. Presença de sintomas como febre, dor, e inchaço.

iii. Exames de imagem (radiografia ou tomografia) mostrando extensão da infecção.

V. Doenças, Traumas, e Alterações de Desenvolvimento na Cavidade Bucal e Lábio

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Fissura Labiopalatina**: Pacientes com fissura lábio-palatina (lábio leporino) devem ser encaminhados para tratamento cirúrgico e reabilitação multidisciplinar (fonoaudiologia, ortodontia, cirurgia plástica).
ii. **Lesões Traumáticas**: Pacientes com trauma na cavidade bucal, como lacerações ou perda dentária, devem ser avaliados para reparação cirúrgica ou prótese dentária.
iii. **Alterações de Desenvolvimento**: Pacientes com alterações de desenvolvimento dentofaciais, como hipoplasia maxilar ou mandibular, devem ser encaminhados para avaliação ortodôntica e cirúrgica.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Descrição das lesões ou alterações no desenvolvimento.
   ii. Presença de sintomas associados, como dor ou dificuldade funcional (falar, mastigar).
   iii. Exames de imagem ou laudos de cirurgiões prévios.

VI. Alterações Inflamatórias, Neoplásicas ou de Desenvolvimento Dentário

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Cáries Extensas e Complicadas**: Pacientes com cáries profundas, que já comprometeram a polpa dentária e não podem ser tratados com restaurações convencionais, devem ser encaminhados para tratamento de canal (endodontia).
   ii. **Lesões Neoplásicas Orais**: Pacientes com lesões suspeitas de câncer bucal (ulcerações crônicas, lesões brancas ou vermelhas persistentes) devem ser encaminhados para biópsia e tratamento especializado.
   iii. **Doenças Periodontais Graves**: Pacientes com doença periodontal avançada, com perda óssea significativa e mobilidade dentária, devem ser avaliados para tratamento periodontal especializado ou extração dentária.
b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Histórico de cáries, lesões orais ou doença periodontal.
   ii. Exames prévios, como radiografias periapicais ou panorâmicas.
   iii. Sintomas associados, como dor ou perda de função mastigatória.

VII. Fluxo de Atendimento Geral para Casos Odontológicos

- **Triagem inicial**: Pacientes com lesões orais, infecções, cistos, tumores, ou traumas que não podem ser tratados na atenção básica devem ser encaminhados para avaliação odontológica especializada.
- **Avaliação especializada**: O odontologista realizará avaliação clínica e de imagem, com recomendação de tratamento cirúrgico, endodôntico ou reabilitador, conforme o caso.
- **Estratificação de tratamento**:
    - Pacientes com **lesões menores ou benignas** podem continuar o tratamento clínico na atenção básica com ajustes terapêuticos.
    - Pacientes com **lesões extensas ou complicadas** podem necessitar de intervenções cirúrgicas ou ortodônticas.
    - Pacientes com **doenças, traumas ou lesões odontológicas graves**, sem resposta ao tratamento básico, serão **encaminhados para regulação** para avaliação odontológica especializada.

9.3.3.2. Protocolo para Consulta Não Médica em **Nutrição**

I. Condições Crônicas Não Transmissíveis de Difícil Controle

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Desnutrição**: Pacientes com desnutrição grave ou moderada, evidenciada por baixo peso, perda de massa muscular e tecido adiposo, devem ser encaminhados para avaliação nutricional especializada.

ii. **Obesidade**: Pacientes com obesidade grave (IMC ≥ 35 kg/m²) ou pacientes com obesidade e comorbidades (diabetes, hipertensão, dislipidemias) que não respondem a tratamento clínico inicial devem ser encaminhados para nutrição.

iii. **Diabetes Mellitus**: Pacientes com diabetes descompensada, que necessitam de ajuste alimentar especializado para controle glicêmico, devem ser encaminhados para acompanhamento nutricional.

iv. **Cardiopatias**: Pacientes com doenças cardíacas, como insuficiência cardíaca, que requerem restrições dietéticas específicas (baixo teor de sódio e líquidos), devem ser encaminhados para nutrição.

v. **Dislipidemias**: Pacientes com dislipidemias graves (níveis elevados de colesterol ou triglicérides) não controladas com dieta e medicação devem ser encaminhados para orientação nutricional especializada.

vi. **Síndrome Metabólica**: Pacientes com síndrome metabólica (obesidade central, hipertensão, resistência à insulina, e dislipidemias) devem ser encaminhados para avaliação nutricional para intervenções dietéticas específicas.

vii. **Osteoporose**: Pacientes com osteoporose ou osteopenia, que requerem dietas com ajustes de cálcio e vitamina D, devem ser encaminhados para acompanhamento nutricional.

viii. **Nefropatia e Insuficiência Renal**: Pacientes com insuficiência renal crônica ou em diálise, que necessitam de manejo dietético rigoroso (restrição de sódio, potássio e fósforo), devem ser encaminhados para consulta com nutricionista.

ix. **Hepatopatias**: Pacientes com doenças hepáticas crônicas (cirrose, hepatite) que necessitam de dietas especiais (restrição proteica e suplementação específica) devem ser encaminhados para nutrição.

x. **Doenças Pulmonares**: Pacientes com doenças pulmonares crônicas (como DPOC) com perda de peso ou desnutrição associada, necessitam de avaliação nutricional especializada.

xi. **Neoplasias**: Pacientes com câncer, especialmente em tratamento com quimioterapia ou radioterapia, que apresentam perda de peso significativa ou desnutrição, devem ser encaminhados para acompanhamento nutricional.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição da condição crônica (obesidade, diabetes, dislipidemia, etc.).

ii. Presença de comorbidades, como hipertensão, doenças cardíacas, ou resistência à insulina.

iii. Exames laboratoriais, como glicemia de jejum, HbA1c, perfil lipídico, função renal e hepática, entre outros.

iv. Histórico de tratamentos anteriores (medicação, dieta, suplementos) e a resposta ao tratamento.

II. Distúrbios Crônicos do Trato Gastrointestinal

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)**: Pacientes com refluxo gastroesofágico persistente que não respondem a tratamentos clínicos devem ser encaminhados para orientação nutricional com foco em evitar alimentos que exacerbem os sintomas.
ii. **Gastrite e Úlceras**: Pacientes com gastrite crônica ou úlceras pépticas que necessitam de ajustes dietéticos para controle dos sintomas devem ser encaminhados para acompanhamento nutricional.
iii. **Doenças Inflamatórias Intestinais (DII)**: Pacientes com Doença de Crohn ou Retocolite Ulcerativa, que requerem dietas específicas para controle de crises e manutenção da remissão, devem ser encaminhados para nutrição.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Histórico da doença gastroesofágica ou inflamatória intestinal.
ii. Sintomas principais (azia, dor abdominal, diarreia, constipação).
iii. Exames complementares, como endoscopia digestiva, exames laboratoriais ou biópsias.
iv. Tratamentos anteriores, como medicação ou terapias nutricionais, e a resposta ao tratamento.

III. Alergias e Intolerâncias Alimentares

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Alergias Alimentares**: Pacientes com alergias a alimentos comuns (como leite, ovos, glúten, frutos do mar) que necessitam de dietas de exclusão específicas devem ser encaminhados para orientação nutricional especializada.
ii. **Intolerâncias Alimentares**: Pacientes com intolerância à lactose, glúten ou outras substâncias alimentares que apresentam sintomas gastrointestinais significativos devem ser encaminhados para acompanhamento nutricional.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição das intolerâncias ou alergias alimentares, incluindo testes de diagnóstico (se realizados).

ii. Sintomas associados, como dor abdominal, inchaço, diarreia, ou erupções cutâneas.
iii. Histórico de alimentos excluídos e a resposta aos ajustes dietéticos.

IV. Doenças Carenciais: Anemias e Hipovitaminoses

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Anemias Nutricionais**: Pacientes com anemia ferropriva ou deficiência de vitamina B12, que necessitam de ajuste dietético e suplementação nutricional, devem ser encaminhados para avaliação nutricional.
   ii. **Hipovitaminoses**: Pacientes com deficiência de vitaminas (A, D, E, K, C ou complexo B) associadas a má absorção ou dietas inadequadas devem ser encaminhados para ajustes dietéticos e suplementação.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Resultados de exames laboratoriais que indiquem deficiências nutricionais (hemograma, ferritina, B12, vitamina D).
   ii. Sintomas relacionados, como cansaço, fraqueza, palidez, ou outros sinais de deficiências vitamínicas.

V. Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia

VI.

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Anorexia Nervosa**: Pacientes com perda de peso extrema, restrição alimentar severa, medo de ganhar peso e distúrbios da imagem corporal devem ser encaminhados para nutrição, juntamente com suporte psicológico.
   ii. **Bulimia Nervosa**: Pacientes com episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios (vômito induzido, uso de laxantes, etc.) necessitam de acompanhamento nutricional e multidisciplinar.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Histórico de transtornos alimentares, incluindo perda de peso, hábitos alimentares e comportamentos compensatórios.

ii. Exames complementares, como eletrólitos e função renal, para avaliar o impacto nutricional e fisiológico.

VII. Insuficiências Orgânicas com Comprometimento Nutricional

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Insuficiência Renal**: Pacientes com insuficiência renal em estágio avançado, especialmente aqueles em diálise, que requerem manejo nutricional restrito (fósforo, potássio, sódio) devem ser encaminhados para nutrição.
   ii. **Insuficiência Hepática**: Pacientes com cirrose ou outras hepatopatias graves que necessitam de restrição proteica e suplementação nutricional específica devem ser avaliados.
   iii. **Insuficiência Pancreática**: Pacientes com doenças pancreáticas, como pancreatite crônica, com má absorção de nutrientes e perda de peso, necessitam de ajustes nutricionais e suplementação enzimática.
   iv. **Insuficiência Cardíaca**: Pacientes com insuficiência cardíaca, que precisam de restrição hídrica e de sódio, devem ser encaminhados para acompanhamento nutricional especializado.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Exames laboratoriais e clínicos que comprovem o comprometimento dos órgãos (função renal, hepática ou cardíaca).
   ii. Tratamentos realizados e ajustes dietéticos anteriores.

VIII. Pacientes em Terapia Nutricional

a. Critérios para Encaminhamento:
   i. **Crianças com Fórmulas Infantis Específicas**: Crianças com necessidade de fórmulas infantis específicas devido a alergias, intolerâncias ou condições clínicas devem ser acompanhadas por nutricionistas para ajuste das fórmulas e acompanhamento de crescimento.
   ii. **Pacientes com Suplementação Nutricional via Oral**: Pacientes com necessidade de suplementação nutricional via oral, devido a doenças

crônicas ou dificuldade de ingestão alimentar, devem ser acompanhados para ajuste de suplementos.

iii. **Pacientes em Uso de Dieta Enteral**: Pacientes em nutrição enteral (sonda) devem ser acompanhados por nutricionistas para monitoramento de necessidades nutricionais, ajuste de fórmulas e prevenção de complicações.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Indicação da necessidade de terapia nutricional específica (fórmulas infantis, suplementos orais, ...dieta enteral).
ii. Histórico clínico que justifica o uso de suplementação ou dieta enteral.
iii. Exames laboratoriais, peso, altura e outros parâmetros relevantes para o acompanhamento do estado nutricional do paciente.
iv. Informações sobre complicações associadas à terapia nutricional, como intolerância à fórmula, perda de peso persistente ou dificuldades com a administração da dieta.

IX. Fluxo de Atendimento Geral para Casos de Nutrição

- **Triagem inicial**: Pacientes com condições crônicas não transmissíveis, distúrbios gastrointestinais, transtornos alimentares, insuficiências orgânicas ou que estão em terapia nutricional devem ser encaminhados para avaliação nutricional especializada quando o manejo clínico inicial não for eficaz.
- **Avaliação especializada**: O nutricionista realizará uma avaliação detalhada, incluindo uma anamnese alimentar, cálculo das necessidades nutricionais e ajustes na dieta ou suplementação de acordo com a condição clínica do paciente.
- **Estratificação de tratamento**:
- Pacientes com **condições leves a moderadas** podem continuar com manejo nutricional clínico com monitoramento regular.
- Pacientes com **condições graves ou complicadas**, como insuficiências orgânicas, transtornos alimentares graves ou terapia nutricional avançada, podem necessitar de acompanhamento mais intensivo, com monitoramento frequente e ajuste contínuo da dieta.
- Pacientes com condições crônicas não transmissíveis, distúrbios gastrointestinais, transtornos alimentares, ou insuficiências orgânicas com comprometimento nutricional,

especialmente aqueles em terapia nutricional avançada, serão encaminhados para regulação para avaliação especializada em nutrição.

9.3.3.3. Protocolo para Consulta Não Médica em Fonoaudiologia

I. Transtornos de Fala e Linguagem

a. *Critérios para Encaminhamento:*

i. **Atraso de Linguagem**: Crianças com atraso significativo no desenvolvimento da fala e da linguagem devem ser encaminhadas para avaliação fonoaudiológica para diagnóstico precoce e intervenção.

ii. **Distúrbios Fonológicos**: Pacientes com dificuldades de articulação ou produção de sons (trocas, omissões ou distorções de fonemas) devem ser encaminhados para tratamento especializado.

iii. **Dislexia e Distúrbios de Leitura e Escrita**: Pacientes com dificuldades significativas na aquisição de habilidades de leitura e escrita, mesmo após intervenções pedagógicas, devem ser avaliados por fonoaudiólogos.

iv. **Apraxia de Fala**: Pacientes com dificuldades motoras para coordenar a fala devem ser encaminhados para intervenção fonoaudiológica.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*

i. Histórico de desenvolvimento da fala e linguagem.

ii. Exames auditivos para descartar perda auditiva.

iii. Relatos de intervenções anteriores e resposta ao tratamento.

II. Distúrbios de Voz

a. *Critérios para Encaminhamento:*

i. **Disfonia Crônica**: Pacientes com rouquidão persistente (por mais de três semanas), sem causa infecciosa, devem ser encaminhados para avaliação de possíveis lesões nas pregas vocais.

ii. **Voz Profissional**: Profissionais da voz que apresentam queixas recorrentes (rouquidão, perda de volume vocal, fadiga vocal) devem ser avaliados e tratados com terapia vocal.

iii. **Disfonia Neurológica**: Pacientes com doenças neurológicas, como Parkinson ou distonia, que afetam a qualidade vocal, devem ser encaminhados para reabilitação vocal.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição dos sintomas vocais e sua duração.

ii. Exames complementares, como laringoscopia.

III. Transtornos de Deglutição (Disfagia)

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Disfagia Orofaríngea**: Pacientes com dificuldade para engolir, especialmente após AVC, doenças degenerativas ou câncer de cabeça e pescoço, devem ser encaminhados para avaliação de reabilitação da deglutição.

ii. **Aspiração Silenciosa**: Pacientes que apresentam aspiração durante a alimentação, sem sinais evidentes de tosse ou engasgo, devem ser avaliados para estratégias de manejo da deglutição.

iii. **Alimentação por Sonda**: Pacientes que utilizam sonda para alimentação e têm indicação para retorno à alimentação via oral devem ser acompanhados por fonoaudiólogos para reabilitação da deglutição.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Histórico de disfagia, incluindo doenças de base, como AVC, doenças degenerativas, ou câncer.

ii. Presença de episódios de engasgos, aspiração ou dificuldades para engolir.

iii. Exames complementares, como videofluoroscopia, quando aplicável.

IV. Doenças Degenerativas e Neuropatias

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Doenças Degenerativas**: Pacientes com doenças neurodegenerativas progressivas (como Parkinson, esclerose múltipla ou esclerose lateral amiotrófica) que apresentam dificuldades de fala, voz ou deglutição devem ser encaminhados para fonoaudiologia para reabilitação e manejo das alterações.

ii. **Neuropatias**: Pacientes com neuropatias periféricas que afetam a fala ou deglutição devem ser avaliados por fonoaudiólogos para ajuste de terapia e manejo sintomático.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição da doença degenerativa ou neuropatia diagnosticada.
ii. Sintomas relacionados à fala, voz ou deglutição.

V. Câncer de Cabeça e Pescoço

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Pacientes Pós-Cirurgia Oncológica**: Pacientes que passaram por cirurgias para câncer de cabeça e pescoço, especialmente em regiões como laringe, faringe ou cavidade oral, devem ser encaminhados para reabilitação da fala e deglutição.
ii. **Pacientes em Tratamento com Radioterapia**: Pacientes submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço, que apresentem efeitos colaterais como xerostomia (boca seca), disfagia ou rouquidão, devem ser encaminhados para manejo fonoaudiológico.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Histórico de tratamento oncológico (cirurgia, radioterapia).
ii. Presença de sintomas, como dificuldade para falar ou engolir, e alterações na qualidade vocal.

VI. Alterações de Voz e Deglutição no Envelhecimento

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Presbifonia**: Pacientes idosos com alterações vocais decorrentes do envelhecimento natural (como rouquidão, fadiga vocal e perda de volume) devem ser encaminhados para fonoaudiologia para reabilitação vocal.
ii. **Presbifagia**: Pacientes idosos com dificuldades de deglutição associadas ao envelhecimento (como engasgos frequentes ou sensação de comida "presa" na garganta) devem ser encaminhados para reabilitação da deglutição.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Sintomas vocais ou de deglutição relacionados ao envelhecimento.

ii. Histórico de doenças associadas ao envelhecimento que possam agravar os sintomas (como doenças neurodegenerativas).

VII. Fluxo de Atendimento Geral para Casos de Fonoaudiologia

- **Triagem inicial**: Pacientes com dificuldades de fala, voz, deglutição ou condições neurológicas que afetam a comunicação devem ser encaminhados para avaliação fonoaudiológica quando o manejo inicial não for eficaz.
- **Avaliação especializada**: O fonoaudiólogo realizará uma avaliação detalhada, incluindo testes de fala, linguagem, audição, voz e deglutição, e proporá um plano de tratamento específico para a condição do paciente.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **condições leves ou moderadas** podem continuar com manejo fonoaudiológico clínico e acompanhamento regular.
  - Pacientes com **condições graves ou complicadas**, como câncer de cabeça e pescoço, doenças degenerativas ou disfagias severas, podem necessitar de tratamento mais intensivo e contínuo.
  - acientes com **doenças degenerativas, neuropatias, câncer de cabeça e pescoço, ou alterações de voz e deglutição relacionadas ao envelhecimento**, especialmente aqueles com disfagia ou presbifonia, serão **encaminhados para regulação** para avaliação e tratamento especializado em fonoaudiologia.

Protocolo para Consulta Não Médica em Fisioterapia

I. Doenças e Condições Musculoesqueléticas

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Dor Crônica**: Pacientes com dor crônica (lombalgia, cervicalgia, dor articular), que não respondem a tratamentos conservadores iniciais, devem ser encaminhados para fisioterapia para avaliação e tratamento de controle da dor e reabilitação funcional.

ii. **Lesões Musculoesqueléticas**: Pacientes com lesões musculares, tendíneas ou ligamentares (como entorses, distensões ou rupturas), que necessitam de reabilitação para recuperação funcional e prevenção de recidivas, devem ser encaminhados para fisioterapia.

iii. **Artrite e Artrose**: Pacientes com doenças articulares degenerativas, como osteoartrite, devem ser encaminhados para fisioterapia para manejo da dor, melhoria da mobilidade e fortalecimento muscular.

iv. **Fraturas**: Pacientes no pós-operatório de fraturas ou que tenham concluído a imobilização devem ser encaminhados para reabilitação funcional e recuperação da mobilidade articular e força muscular.

v. **Disfunção Temporomandibular (ATM)**: Pacientes com disfunções na articulação temporomandibular, que apresentam dor, limitação de movimento ou estalidos, devem ser encaminhados para fisioterapia para tratamento especializado.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Histórico da dor ou lesão, incluindo duração e intervenções prévias.

ii. Resultados de exames de imagem (radiografias, ressonância magnética) ou laudos médicos, se aplicáveis.

iii. Relato de intervenções medicamentosas e sua resposta.

II. Reabilitação Neurológica

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**: Pacientes pós-AVC com déficits motores, de equilíbrio ou coordenação devem ser encaminhados para fisioterapia neurológica para promover a recuperação funcional.

ii. **Doenças Degenerativas Neurológicas**: Pacientes com esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica (ELA), Parkinson ou outras doenças neurológicas progressivas, que apresentem perda de mobilidade ou força muscular, devem ser encaminhados para fisioterapia para melhorar a funcionalidade e qualidade de vida.

iii. **Paralisia Cerebral**: Pacientes com paralisia cerebral, que apresentem dificuldades motoras e de mobilidade, devem ser encaminhados para

acompanhamento fisioterapêutico para desenvolvimento motor, correção postural e melhoria de habilidades funcionais.

iv. **Lesão Medular**: Pacientes com lesão medular (paraplegia, tetraplegia), que necessitem de reabilitação funcional e de fortalecimento muscular, devem ser encaminhados para fisioterapia neurológica.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição da condição neurológica (AVC, doença degenerativa) e déficits funcionais associados.

ii. Exames complementares (tomografia, ressonância) e histórico de tratamento prévio.

III. Reabilitação Respiratória

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**: Pacientes com DPOC que apresentam dificuldades respiratórias, diminuição da capacidade pulmonar e necessidade de reabilitação respiratória devem ser encaminhados para fisioterapia.

ii. **Fibrose Pulmonar**: Pacientes com fibrose pulmonar que necessitam de fisioterapia respiratória para melhorar a função pulmonar e a oxigenação.

iii. **Pré e Pós-Operatório de Cirurgia Torácica**: Pacientes em pré e pós-operatório de cirurgias torácicas (como cirurgias cardíacas ou pulmonares), que necessitam de reabilitação respiratória e melhora da capacidade funcional.

iv. **Ventilação Mecânica Prolongada**: Pacientes com uso prolongado de ventilação mecânica, que necessitam de fisioterapia para recuperação da função respiratória.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Diagnóstico da doença respiratória ou condição cirúrgica.

ii. Histórico de capacidade respiratória (espirometria, gasometria) e intervenções médicas.

IV. Reabilitação Cardíaca

a. *Critérios para Encaminhamento:*

i. **Pós-Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)**: Pacientes após IAM devem ser encaminhados para reabilitação cardíaca para recuperação da função cardiovascular e prevenção de novos eventos cardíacos.

ii. **Insuficiência Cardíaca**: Pacientes com insuficiência cardíaca devem ser encaminhados para fisioterapia cardíaca para controle de sintomas, fortalecimento muscular e melhora da capacidade funcional.

iii. **Pós-Cirurgia Cardíaca**: Pacientes no pós-operatório de cirurgias cardíacas (como ponte de safena ou válvula cardíaca) devem ser encaminhados para reabilitação cardíaca.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*

i. Descrição do evento cardíaco (infarto, cirurgia) e estado clínico atual.

ii. Resultados de exames complementares, como ecocardiograma, testes de esforço ou outros.

V. Alterações Posturais e Desvios de Coluna

a. *Critérios para Encaminhamento:*

i. **Escoliose**: Pacientes com escoliose ou outros desvios posturais significativos devem ser encaminhados para fisioterapia para correção postural e prevenção de progressão.

ii. **Cifose e Lordose**: Pacientes com hipercifose ou hiperlordose que apresentam dor ou limitação funcional devem ser encaminhados para fisioterapia postural.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*

i. Histórico de diagnóstico postural e possíveis intervenções ortopédicas.

ii. Exames de imagem que indiquem o grau de desvio ou alteração estrutural.

VI. Doenças Degenerativas e Neuromusculares

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Doenças Degenerativas**: Pacientes com doenças degenerativas (como osteoartrite avançada, esclerose múltipla, Parkinson) devem ser

encaminhados para fisioterapia para controle dos sintomas e manutenção da mobilidade.

ii. **Neuropatias Periféricas**: Pacientes com neuropatias periféricas que apresentem fraqueza muscular ou perda de sensibilidade devem ser encaminhados para reabilitação neuromotora.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição da condição degenerativa ou neuromuscular, incluindo sintomas e grau de limitação funcional.

ii. Exames neurológicos e relatórios médicos, se aplicáveis.

VII. Reabilitação Geriátrica

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Quedas Repetidas**: Pacientes idosos com histórico de quedas frequentes devem ser encaminhados para fisioterapia para reabilitação do equilíbrio e prevenção de novas quedas.

ii. **Perda de Mobilidade Funcional**: Pacientes idosos que apresentam perda de mobilidade, dificuldade de locomoção e dependência funcional devem ser encaminhados para fisioterapia geriátrica para fortalecimento e reeducação funcional.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Histórico de quedas ou perda de mobilidade.

ii. Avaliação funcional e relatos de intervenções anteriores.

VIII. Fluxo de Atendimento Geral para Casos de Fisioterapia

- **Triagem inicial**: Pacientes com condições musculoesqueléticas, neurológicas, cardiorrespiratórias ou posturais que não respondem ao tratamento clínico inicial devem ser encaminhados para avaliação e intervenção fisioterapêutica.
- **Avaliação especializada**: O fisioterapeuta realizará uma avaliação funcional detalhada, propondo um plano de tratamento específico para a condição do paciente.
- **Estratificação de tratamento**:
  - Pacientes com **condições leves ou moderadas** podem continuar com manejo fisioterapêutico ambulatorial.

- Pacientes com **condições graves ou complexas**, como pós-operatórios, doenças neurológicas ou respiratórias, podem necessitar de fisioterapia intensiva ou prolongada.
- Pacientes com doenças musculoesqueléticas, neurológicas, cardiorrespiratórias ou degenerativas, especialmente aqueles com necessidade de reabilitação pós-operatória ou manejo de doenças crônicas, serão encaminhados para regulação para avaliação fisioterapêutica especializada.

Protocolo para Consulta Não Médica em Serviço Social no Contexto da Policlínica

I. Apoio a Pacientes com Condições Crônicas e Degenerativas

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Pacientes com Doenças Crônicas e Degenerativas**: Pacientes da Policlínica que estão em tratamento para doenças crônicas (diabetes, hipertensão, insuficiência renal, doenças respiratórias, cardíacas, câncer, etc.) e apresentam dificuldades no acesso a cuidados de saúde, tratamentos, ou na adesão ao tratamento devido a fatores socioeconômicos, devem ser encaminhados ao serviço social.

ii. **Famílias de Pacientes Crônicos**: Famílias de pacientes crônicos que necessitam de orientação sobre manejo, suporte emocional e financeiro, ou acesso a benefícios sociais e de saúde também devem ser encaminhadas.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

c. Diagnóstico da doença crônica e as dificuldades sociais associadas (falta de acesso a medicamentos, transporte, assistência domiciliar).

d. Descrição da situação socioeconômica do paciente e da família e a necessidade de apoio.

II. Acesso a Benefícios Sociais e Apoio Financeiro

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Benefícios Previdenciários e Assistenciais**: Pacientes com incapacidade para o trabalho (devido a doenças crônicas ou degenerativas) ou com deficiência que necessitam de apoio para solicitar benefícios como

o Benefício de Prestação Continuada (BPC), aposentadoria por invalidez, ou auxílio-doença devem ser encaminhados ao serviço social da Policlínica.

ii. **Medicamentos de Alto Custo**: Pacientes que necessitam de acesso a medicamentos de alto custo e encontram dificuldades para obtê-los através do SUS ou de vias judiciais devem ser orientados e apoiados pelo serviço social.

iii. **Gestão de Encaminhamentos para Tratamentos Fora de Domicílio (TFD)**: Pacientes que necessitam de tratamento especializado em outras localidades, incluindo transporte e hospedagem, devem ser encaminhados para o serviço social para orientação e organização do TFD.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Condição de saúde e necessidade de benefícios sociais.

ii. Documentação médica justificando o pedido de aposentadoria, BPC ou auxílio-doença.

iii. Indicação médica para TFD e as necessidades logísticas relacionadas.

III. Apoio em Situações de Vulnerabilidade Social

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Vulnerabilidade Social**: Pacientes em situação de vulnerabilidade social (pobreza, desemprego, baixa escolaridade) que enfrentam barreiras para o acesso aos serviços de saúde, tratamento e acompanhamento na Policlínica devem ser encaminhados para suporte e inclusão em programas assistenciais.

ii. **Situação de Rua**: Pacientes que se encontram em situação de rua ou sem residência fixa e que precisam de acompanhamento médico ou tratamento contínuo devem ser encaminhados para o serviço social para acesso a redes de acolhimento e assistência.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Condição de vulnerabilidade social (falta de moradia, emprego, alimentação) e dificuldades para acessar serviços de saúde.

ii. Informações sobre benefícios sociais que o paciente já acessa ou tenta acessar.

IV. Apoio a Pacientes em Situações de Violência

a. Critérios para Encaminhamento:
   i. **Violência Doméstica e Familiar**: Pacientes que se encontram em situação de violência doméstica ou familiar devem ser encaminhados ao serviço social para orientações sobre medidas protetivas e encaminhamento para a rede de apoio e proteção.
   ii. **Violência Contra Idosos e Crianças**: Casos de violência ou abuso contra idosos ou crianças que frequentam a Policlínica devem ser encaminhados para o serviço social para intervenção e proteção legal.
   iii. **Violência de Gênero**: Pacientes que sofrem violência baseada no gênero devem ser encaminhados para orientação e encaminhamento à rede de apoio e serviços especializados.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:
   i. Relato de violência ou suspeita de abuso, incluindo medidas legais já adotadas (denúncias, ordens de proteção).
   ii. Necessidade de suporte psicológico e legal.

V. Reintegração e Reabilitação Social

a. Critérios para Encaminhamento:
   i. **Pacientes com Deficiências**: Pacientes com deficiências físicas, auditivas, visuais ou intelectuais que necessitam de orientação sobre reabilitação e reintegração social devem ser encaminhados ao serviço social.
   ii. **Apoio a Pacientes com Incapacidades Funcionais**: Pacientes que perderam a capacidade de trabalho ou de realizar atividades diárias devido a acidentes ou doenças devem ser orientados para programas de reabilitação social e inclusão no mercado de trabalho (quando aplicável).

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:
   i. Diagnóstico da deficiência ou incapacidade e suas implicações sociais.

ii. Informações sobre tentativas de reabilitação e necessidades de reintegração.

VI. Fluxo de Atendimento Geral no Contexto da Policlínica

- **Triagem inicial**: Pacientes que enfrentam dificuldades sociais, financeiras, de acesso a tratamentos ou em situação de vulnerabilidade, devem ser encaminhados para avaliação e suporte do serviço social da Policlínica.
- **Avaliação especializada**: O assistente social da Policlínica realiza uma avaliação socioeconômica e familiar, identificando as necessidades de suporte e elaborando um plano de ação individualizado, incluindo encaminhamentos para serviços externos, quando necessário.
- **Estratificação de atendimento**:
  - Pacientes com **necessidades moderadas** podem ser encaminhados para programas sociais locais ou assistência pontual.
  - Pacientes com **necessidades graves** (violência, dependência química, doenças crônicas graves) devem receber acompanhamento intensivo e contínuo do serviço social.
  - Pacientes da Policlínica que apresentam **vulnerabilidades sociais, dificuldades no acesso ao tratamento, dependência química, violência doméstica, ou deficiências físicas e intelectuais**, serão **encaminhados para regulação** para avaliação e acompanhamento especializado pelo serviço social.

9.3.3.4. Protocolo para Consulta Não Médica em Enfermagem

I. Acompanhamento de Pacientes com Doenças Crônicas e Condições Complexas

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Doenças Crônicas**: Pacientes com condições crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência renal, doenças respiratórias, ou cardíacas que necessitam de acompanhamento contínuo para controle de parâmetros vitais, orientações de autocuidado, e adesão ao tratamento devem ser encaminhados para o serviço de enfermagem.
   ii. **Pacientes Pós-AVC ou Pós-Infarto**: Pacientes que estão em reabilitação após um acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio

(IAM) devem ser acompanhados pela equipe de enfermagem para monitoramento e orientações de autocuidado.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Diagnóstico da doença crônica ou condição associada.
ii. Necessidades de acompanhamento (monitoramento de glicemia, pressão arterial, orientações para medicação).
iii. Histórico de adesão ao tratamento e complicações prévias.

II. Cuidados em Feridas e Estomas

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Feridas Agudas e Crônicas**: Pacientes com feridas de difícil cicatrização (úlceras por pressão, feridas diabéticas ou vasculares) devem ser encaminhados para avaliação e cuidados contínuos de enfermagem.
ii. **Pacientes com Estomas**: Pacientes com colostomias, ileostomias ou urostomias devem ser acompanhados pela enfermagem para cuidados de higiene, prevenção de complicações e orientações sobre o manejo do estoma.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Descrição da ferida ou estoma, tempo de evolução, e histórico de tratamentos prévios.
ii. Necessidades de monitoramento e troca de curativos ou orientações específicas.

III. Administração de Medicamentos e Terapias

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Administração de Medicamentos Injetáveis**: Pacientes que necessitam de medicamentos intramusculares ou intravenosos, como antibióticos, anticoagulantes ou imunossupressores, devem ser acompanhados pela equipe de enfermagem para administração correta e monitoramento de reações.
ii. **Terapias Intravenosas Prolongadas**: Pacientes que necessitam de terapia intravenosa prolongada, como hidratação, nutrição parenteral, ou

medicação de longo prazo, devem ser acompanhados pela equipe de enfermagem.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Prescrição médica detalhando a medicação, dosagem e via de administração.
   ii. Histórico de reações adversas ou complicações em administrações anteriores.

IV. Prevenção e Controle de Infecções

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Pacientes com Imunossupressão**: Pacientes com doenças ou tratamentos que comprometem o sistema imunológico (HIV, câncer, uso de imunossupressores) devem ser encaminhados para a enfermagem para orientações e monitoramento de sinais de infecção.
   ii. **Pacientes com Infecções Recorrentes**: Pacientes que apresentam infecções urinárias, respiratórias ou de pele recorrentes devem ser acompanhados pela equipe de enfermagem para orientações de prevenção e controle.

b. *Descritivo Mínimo para Encaminhamento:*
   i. Histórico de infecções e condições de imunossupressão.
   ii. Medicações atuais e resposta ao tratamento.

V. Saúde da Mulher e Cuidado Materno-Infantil

a. *Critérios para Encaminhamento:*
   i. **Gestantes de Alto Risco**: Gestantes que apresentam complicações na gestação, como hipertensão gestacional, diabetes gestacional ou outras condições que requerem monitoramento contínuo devem ser acompanhadas pela enfermagem.
   ii. **Puerpério e Aleitamento**: Mulheres no pós-parto que necessitam de orientações sobre cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e

recuperação pós-parto devem ser acompanhadas pela equipe de enfermagem.

iii. **Planejamento Familiar**: Mulheres que desejam orientação sobre métodos contraceptivos ou que necessitam de monitoramento após a introdução de métodos de longa duração deve ser encaminhadas para o serviço de enfermagem.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Histórico obstétrico ou de complicações gestacionais.

ii. Orientações já recebidas e necessidade de monitoramento contínuo.

VI. Monitoramento de Pacientes com Doenças Respiratórias

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Asma Grave**: Pacientes com doenças respiratórias que necessitam de monitoramento da função respiratória, administração de broncodilatadores e orientação sobre o uso de dispositivos inalatórios devem ser acompanhados pela enfermagem.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Diagnóstico respiratório e uso de medicamentos ou dispositivos (nebulizadores, CPAP, etc.).

ii. Exames de função pulmonar e histórico de internações por complicações respiratórias.

VII. Educação em Saúde e Prevenção de Doenças

a. Critérios para Encaminhamento:

i. **Educação para Pacientes Crônicos**: Pacientes que necessitam de orientações sobre o manejo de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e obesidade, devem ser encaminhados para a equipe de enfermagem para educação em saúde.

ii. **Promoção da Saúde**: Grupos de risco (idosos, gestantes, pacientes com comorbidades) que necessitam de educação sobre prevenção de doenças e promoção da saúde devem ser orientados pela enfermagem.

b. Descritivo Mínimo para Encaminhamento:

i. Diagnóstico clínico ou condição de risco que justifique a necessidade de orientações de autocuidado.

ii. Exames ou intervenções anteriores que evidenciem necessidade de acompanhamento.

9.3.3.5. Rotinas Operacionais das Consultas Não Médicas

As **rotinas operacionais das consultas não médicas** na Policlínica desempenham um papel fundamental no cuidado integral do paciente, fornecendo suporte e complementando as atividades médicas. Profissionais de diversas áreas, como Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Fonoaudiologia e Assistência Social, atuam de maneira coordenada para garantir que os pacientes recebam o cuidado adequado em todas as esferas de sua saúde.

A **Enfermagem** é a primeira linha de atendimento na maioria dos casos, realizando a triagem inicial, onde sinais vitais são verificados e o estado geral do paciente é avaliado. A equipe de enfermagem também desempenha funções essenciais, como a administração de medicamentos, realização de curativos e cuidados com pacientes crônicos. Além disso, a gestão do **Centro de Material e Esterilização (CME)** é crucial, assegurando que todos os instrumentos utilizados nos atendimentos e procedimentos estejam esterilizados, evitando infecções e garantindo a segurança dos pacientes.

Na **Fisioterapia**, os profissionais focam na reabilitação motora e respiratória dos pacientes, atuando em casos de limitações de movimento, doenças respiratórias e reabilitação pós-cirúrgica. Através de exercícios terapêuticos e técnicas de fisioterapia manual, esses profissionais contribuem para a melhora da qualidade de vida e recuperação funcional dos pacientes, principalmente aqueles com doenças crônicas ou que passaram por traumas.

A **Nutrição** também desempenha um papel fundamental no acompanhamento de pacientes com condições clínicas que afetam a alimentação, como obesidade, diabetes, hipertensão e desnutrição. Nutricionistas realizam avaliações nutricionais detalhadas e desenvolvem planos alimentares personalizados, orientando os pacientes sobre alimentação saudável e acompanhando seu progresso para garantir que o plano alimentar seja seguido de forma adequada. Esses profissionais também trabalham em casos de distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia, promovendo a recuperação nutricional.

No campo da **Odontologia**, o atendimento é voltado para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais, como cáries, gengivites e doenças periodontais. A educação em saúde bucal também é um aspecto central, com orientações sobre higiene adequada e prevenção de doenças, visando promover a saúde bucal e prevenir complicações maiores. Além disso, pequenos procedimentos cirúrgicos, como extrações dentárias e drenagens de abscessos, são realizados para tratar condições agudas.

A **Psicologia** oferece suporte psicológico e emocional aos pacientes, especialmente aqueles que enfrentam doenças crônicas, transtornos mentais ou situações de vulnerabilidade emocional, como depressão e ansiedade. Por meio de intervenções terapêuticas individuais ou em grupo, os psicólogos ajudam a promover o bem-estar mental, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. De forma complementar, a **Fonoaudiologia** atua na reabilitação da fala e deglutição, particularmente em pacientes com distúrbios neurológicos, câncer de cabeça e pescoço ou problemas respiratórios que afetam essas funções essenciais.

A **Assistência Social** é outro componente crucial das rotinas não médicas, voltada para a identificação e superação de barreiras socioeconômicas que possam afetar o acesso do paciente ao tratamento adequado. Assistentes sociais realizam uma avaliação socioeconômica para entender as dificuldades que os pacientes enfrentam, como falta de recursos financeiros, transporte ou apoio social. Eles encaminham os pacientes para programas de assistência social, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), medicamentos de alto custo, ou auxílio-doença. Em casos de pacientes em situações de vulnerabilidade extrema, como vítimas de violência doméstica ou pessoas em situação de rua, o assistente social desempenha um papel fundamental na articulação com redes de proteção social, garantindo que esses pacientes tenham acesso ao suporte necessário.

Essas rotinas não médicas são essenciais para proporcionar um cuidado integral e humanizado, garantindo que cada paciente receba o acompanhamento necessário para sua recuperação e bem-estar. Profissionais dessas áreas trabalham em sinergia com os médicos, complementando o tratamento e promovendo a saúde de forma holística.

a. Enfermagem

- **Triagem Inicial**: Realização de triagem com aferição de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, glicemia capilar) e classificação de risco, priorizando os pacientes que necessitam de atendimento mais urgente.
- **Cuidados com Feridas e Estomas**: Troca de curativos, tratamento de úlceras e feridas crônicas, realização de curativos cirúrgicos, e cuidados com estomas. Verificação das técnicas assépticas e acompanhamento da cicatrização.

- **Administração de Medicamentos**: Aplicação de medicamentos injetáveis (intramuscular, intravenosa, subcutânea) e administração de terapias intravenosas. Orientação sobre o uso correto de medicamentos de uso contínuo, quando necessário.
- **Cuidado com Pacientes Crônicos**: Acompanhamento de pacientes com doenças crônicas (diabetes, hipertensão, doenças respiratórias), com orientação sobre autocuidado, ajustes de medicação e monitoramento contínuo.
- **Higienização e Esterilização (CME)**: Controle e preparação do material necessário para procedimentos (curativos, sondagens, pequenos procedimentos), conforme protocolos de esterilização do **Centro de Material e Esterilização (CME)**. Garantia de que todo material utilizado nos procedimentos ambulatoriais esteja devidamente esterilizado e pronto para uso.

b. Fisioterapia

- **Avaliação Funcional**: Exame físico detalhado para identificar limitações de movimento, dor, força muscular e função respiratória. Avaliação da capacidade funcional de pacientes com doenças crônicas, ortopédicas e neurológicas.
- **Tratamento Fisioterápico**:
- **Ortopédico e Neurológico**: Reabilitação motora para pacientes pós-cirúrgicos ou com doenças degenerativas, como AVC e doenças neuromusculares.
- **Respiratório**: Exercícios de fisioterapia respiratória para condições crônicas, como DPOC e asma, utilizando técnicas de expansão pulmonar, reeducação diafragmática e uso de dispositivos inalatórios.
- **Terapia Manual e Eletroterapia**: Aplicação de terapias manuais (massagens, mobilizações articulares) e eletroterapia (TENS, ultrassom, laser terapêutico).

c. Nutrição

- **Avaliação Nutricional**: Análise do estado nutricional do paciente, incluindo histórico alimentar, IMC, exames laboratoriais e avaliação da composição corporal.
- **Elaboração de Plano Alimentar**: Desenvolvimento de planos dietéticos personalizados para pacientes com condições crônicas, como diabetes, hipertensão, obesidade, síndrome metabólica, e doenças inflamatórias intestinais.
- **Educação Nutricional**: Orientações sobre escolhas alimentares saudáveis, controle de porções, dietas especiais para doenças como intolerância à lactose e alergias alimentares.
- **Suplementação**: Prescrição de suplementos nutricionais para pacientes com carências alimentares específicas, como anemias e desnutrição.

d. Fonoaudiologia

- **Avaliação de Distúrbios de Fala e Linguagem**: Identificação de problemas na articulação, ritmo e fluência da fala, além de distúrbios auditivos e neurológicos que afetam a comunicação.
- **Reabilitação da Voz e Deglutição**: Tratamento de pacientes com disfonia, presbifonia (alteração da voz em idosos), e presbifagia (dificuldades de deglutição). Intervenção em casos de câncer de cabeça e pescoço.
- **Terapia Auditiva**: Avaliação auditiva com exames como audiometria, e orientação sobre o uso de próteses auditivas e reabilitação da audição.
- **Terapia para Pacientes Neurológicos**: Tratamento de pacientes com condições neurológicas, como AVC ou paralisia facial, para recuperação da fala e funções motoras orais.

e. Psicologia

- **Avaliação Psicológica**: Identificação de problemas emocionais e psicológicos, como ansiedade, depressão e transtornos comportamentais, por meio de entrevistas clínicas e testes específicos.
- **Terapia Cognitivo-Comportamental**: Intervenções terapêuticas focadas na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais em pacientes com depressão, ansiedade e transtornos relacionados.
- **Apoio Psicológico em Doenças Crônicas**: Acompanhamento de pacientes com doenças crônicas (como câncer, diabetes) para ajudar na adesão ao tratamento e no enfrentamento emocional da doença.
- **Terapia Familiar**: Suporte psicológico aos familiares de pacientes com doenças graves, oferecendo ferramentas para lidar com o estresse e com o impacto emocional da doença.

f. Serviço Social

- **Avaliação Socioeconômica**: Avaliação do contexto socioeconômico do paciente para identificar possíveis barreiras no acesso à saúde, como falta de recursos financeiros, dificuldades de transporte ou acesso a medicamentos.
- **Encaminhamento para Programas de Benefícios Sociais**: Suporte para acesso a benefícios sociais, como BPC (Benefício de Prestação Continuada), auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, e programas de assistência do governo.

- **Apoio a Pacientes em Situação de Vulnerabilidade**: Atendimento e encaminhamento de pacientes em situação de risco social, como vítimas de violência doméstica, abuso, ou pessoas em situação de rua.
- **Coordenação de Rede de Apoio**: Articulação com serviços de saúde, assistência social e políticas públicas para garantir que os pacientes recebam o suporte necessário (ex. assistência domiciliar, programas de reabilitação).

g. Odontologia

- **Avaliação Odontológica Inicial**: Exame clínico da cavidade bucal para identificação de cáries, doenças periodontais, lesões bucais e distúrbios oclusais.
- **Exames Complementares**: Solicitação de radiografias intraorais, panorâmicas ou tomografias para diagnóstico preciso de cáries profundas, fraturas, abscessos e avaliação óssea.
- **Tratamento Odontológico**:
    - **Restaurações** de cáries e tratamento de canal (endodontia).
    - **Cirurgias orais menores**, como extração de dentes e drenagem de abscessos.
    - **Tratamento Periodontal**: Realização de limpezas, raspagens e tratamentos de gengivite e periodontite.
- **Educação em Saúde Bucal**: Orientação sobre técnicas adequadas de higiene bucal, uso de fio dental, escovação e prevenção de doenças dentárias.

9.4.Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

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

Serviço Social é uma profissão de caráter sócio político, crítico e interventivo. Utiliza como instrumental científico as Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da "questão social". Desempenha o papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais. Na área da saúde deve-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença e cabe ao Serviço Social a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde. O Assistente Social está capacitado, sob o ponto de vista

teórico, político e técnico, para investigar, formular, gerir, executar, avaliar, e monitorar políticas sociais, programas e projetos na área de saúde.

Com o objetivo de propiciar um acolhimento mais humano, a **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** implantará o Serviço Social, que visa amparar, da melhor maneira, todos os pacientes, seja na indicação de serviços oferecidos, sejam tratando reclamação de usuários.

O Serviço Social estará subordinado diretamente à Diretoria Técnica e trabalhará em regime de plantão, 24h ininterruptamente.

Composição da Equipe do Serviço Social da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS :

- Assistente Social Coordenador;
- Assistente Social Assistencialista;
- Auxiliar Administrativo.

Objetivos do Serviço Social:

- Assessorar a Instituição na elaboração de planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade de assistência, assim como, desenvolver ações sócio educativas, que possibilitem aos usuários participar efetivamente do seu processo assistencial, mobilizando-o para o exercício da cidadania;
- Conhecer e trabalhar aspectos que estejam interferindo no tratamento do paciente, levando-os a remover bloqueios relacionados, com a situação de saúde;
- Estimular pacientes/acompanhantes a conhecer os diagnósticos e prognósticos relacionados a seus quadros clínicos;
- Assessorar pacientes e familiares no que diz respeito a direitos previdenciários, trabalhistas, assistenciais e legais, assim como dos recursos comunitários disponíveis.

Competências do Serviço Social:

- Prestar orientação social, atendimento individualizado;
- Realizar atendimento individualizado utilizando como instrumentos a entrevista e o parecer social;
- Registrar em prontuário a história e o parecer social;
- Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos), CRAS, entre outras;
- Implantar programa de esclarecimentos, através da realização de reuniões com

familiares; desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;

- Promover intercâmbio e manter articulação com instituições afins (público, privado, ONGs, etc.), buscando instrumentalizar a ação profissional;
- Participar de reuniões e mobilizações sociais (inclusive criando o espaço de discussão) ligadas aos direitos dos usuários sempre que houver a possibilidade;
- Desenvolver pesquisas, projetos, e programas sociais;
- Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários e cursos voltados aos profissionais e usuários;
- Viabilizar o retorno de 100% do usuário ao seu local de origem no momento das altas hospitalares;
- Monitorar a remoção de saída dos veículos para as remoções de 100% dos pacientes internados;
- Prestar assessoria técnica à Direção, Coordenações e Equipes multiprofissionais em questões pertinentes a área de atuação do Serviço Social;
- Participar de pesquisas médico-sociais que contribuam para maior conhecimento da realidade social, relações causa-efeito das enfermidades, avaliação da ação profissional e outros;
- Elaborar e executar Planos, Programas e Projetos para o Serviço Social da Unidade;
- Participar, junto à equipe interdisciplinar, da elaboração de Planos, Programas e Projetos, Normas e Rotinas operacionais da Unidade;
- Assegurar a atualização da equipe de Serviço Social;
- Realizar relatório mensal sobre as atividades do Setor.

Princípios Norteadores do Serviço Social:

- Reconhecimento da Liberdade como valor ético central da Democracia;
- Defesa dos Direitos Humanos;
- Respeito ao usuário e garantia dos direitos de cidadania;
- Defesa da Equidade e Justiça Social, garantindo aos usuários a universalidade de acesso aos bens e serviços da Instituição, bem como sua gestão democrática;
- Oposição a todas as formas de preconceito, preservando o respeito às diferenças quanto ao gênero, classe, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física;
- Respeito ao pluralismo de ideias e concepções teóricas;
- Garantia do compromisso com o constante aproveitamento profissional;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, articulando ações a outras categorias profissionais;

- Reconhecimento e respeito às instituições democráticas da sociedade;
- Resguardar os princípios do Código de Ética Profissional.

Atribuições dos Profissionais Atuantes no Serviço Social:

Cada profissional que atuar no Serviço Social da **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** terá suas atribuições previamente definidas, como descritas a seguir:

- **Assistente Social Coordenador:**
  - Propor à Direção da Instituição a Política de Ação e o Plano Geral do Serviço Social;
  - Planejar, coordenar e supervisionar as atividades do Serviço Social, realizando periodicamente reuniões avaliativas do ponto de vista técnico e administrativo;
  - Representar o Serviço Social junto aos órgãos competentes;
  - Manter entrosamento com os demais setores da Instituição através de reuniões periódicas com a Diretoria, Gerentes de Coordenadores, visando uma melhor articulação do trabalho desenvolvido;
  - Prever e adequar recursos humanos e materiais de acordo com a necessidade do serviço e a programação estabelecida;
  - Adotar medidas de ordem administrativa relativa à elaboração e controle de escalas de serviço de pessoal, para observância da frequência, horário de trabalho, férias, afastamentos, penalidades, além do levantamento de dados estatísticos das atividades do Serviço Social;
  - Encaminhar periodicamente à Direção, relatórios avaliativos (qualitativa e quantitativamente) das atividades desenvolvidas, bem como prestação de contas dos gastos efetuados pelo setor;
  - Cumprir e fazer cumprir as Ordens de Serviços, Portarias e Regimento da Instituição, participando das reformulações deste último, quando necessário;
  - Estimular as atividades de pesquisa no campo de Serviço Social;
  - Garantir que o trabalho do Serviço Social se desenvolva em consonância com as suas atribuições específicas, visando a qualidade no atendimento ao usuário;
  - Facilitar a participação da equipe do Serviço Social em atividades de cunho técnico-científico, visando o aproveitamento profissional;
  - Manter articulação com órgãos de classe representativos da categoria;
  - Cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o exercício profissional do Assistente Social:
  - Lei nº 8.662 de 1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá

outras providências.

- Resoluções CFESS nº 594 de 2011, que dispõe sobre o Código de Ética dos Assistentes Sociais.

- **Assistente Social Assistencialista:**
  - Prestar orientação social aos usuários do serviço;
  - Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social; realizar atendimento individualizado utilizando instrumentos como: entrevista social, parecer social;
  - Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de saúde, assistência social e direitos humanos), CRAS, entre outras;
  - Realizar reuniões periódicas com grupos de usuários;
  - Desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;
  - Manter articulação com instituições e movimentos sociais;
  - Desenvolver pesquisas, projetos, e programas sociais;
  - Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários, e cursos voltados aos profissionais e usuários;
  - Viabilizar o retorno do usuário ao seu local de origem no momento da alta hospitalar;
  - Organizar a liberação de transporte para as remoções de pacientes internados;
  - Discutir junto aos usuários e/ou seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
  - Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
  - Discutir com o responsável e/ou familiar sobre a necessidade do seu apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente;
  - Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde;
  - Trabalhar preventiva e resolutamente as situações de rejeição familiar;
  - Informar e discutir com o usuário acerca dos direitos sociais (trabalhistas, previdenciários, assistenciais, legais, etc.), mobilizando-os para o exercício da cidadania;
  - Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da cidadania, face às situações sociais constatadas;
  - Discutir com os usuários os objetivos e normas de funcionamento dos serviços de

saúde, avaliando sua eficiência, resolutividade e adequação aos seus interesses;

- Discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre as questões relacionadas ao usuário, interpretando a situação social do mesmo;
- Participar com os demais membros da equipe de saúde da preparação dos pacientes/familiares a serem submetidos à cirurgia mutiladora;
- Participar do processo de transferência e encaminhamento no que se refere à orientação ao usuário/familiar, anexando relatório social, quando necessário, à documentação específica;
- Participar com os demais profissionais da equipe de saúde dos avisos de óbito, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;
- Manter contatos com organizações institucionais e/ou comunitárias, com vistas ao tratamento de saúde dos usuários;
- Estimular o processo de participação da população, no sentido de incorporação de suas demandas, pelos serviços de saúde;
- Participar de projetos integrados com organizações institucionais e/ou comunitárias para uma ação preventiva da saúde;
- Participar da elaboração, execução e avaliação dos programas de saúde, bem como dos programas de educação continuada;
- Participar do desenvolvimento das ações de educação em saúde;
- Participar da elaboração de Planos, Programas, Projetos e demais atividades de Serviço Social;
- Participar de estudos e pesquisas sociais no seu campo de atuação, a fim de conhecer a realidade social e verificar a eficácia da ação profissional;
- Registrar em prontuários, fichas e/ou livros específicos o atendimento de Serviço Social;
- Elaborar relatórios sociais, estatística mensal, e dar pareceres sobre matérias específicas de Serviço Social;
- Participar de reuniões técnico-científicas da equipe interdisciplinar.

- **Auxiliar Administrativo:**
  - Recepcionar as pessoas que procurem a Coordenação de Serviço Social, estabelecendo os contatos necessários para o seu atendimento;
  - Organizar a liberação de transportes para as remoções dos pacientes internados;
  - Atender telefone, receber e transmitir recados e dar informações em relação ao serviço;
  - Executar as tarefas que lhe forem atribuídas pela coordenação do serviço;

- Examinar e providenciar o atendimento dos pedidos de material do consumo mantendo atualizada a previsão de estoque;
- Receber, registrar e enviar correspondências;
- Mensurar dados estatísticos mensais das atividades do Serviço Social, registrando-os em impresso próprio, mantendo-os atualizados;
- Digitar e encaminhar mensagens, comunicações, solicitações e outros, às unidades do hospital e externas quando solicitadas pelo Assistente Social;
- Sugerir métodos e processos de trabalho para melhor execução dos serviços administrativos.

NORMAS E ROTINAS PARA AÇÕES EM QUE O SERVIÇO SOCIAL ATUA DIRETAMENTE

As atividades elencadas a seguir são aquelas em que os profissionais do serviço social atuam diretamente:

Transferência do ambulatório/hemodialise para Unidades Externas:

Profissional	Atividade	Observação
Médico Assistente/RT hemodialise	• Avalia o paciente; • Constata a necessidade de transferência; • Comunica e orienta paciente / responsáveis; • Elabora relatório médico e entrega ao enfermeiro, comunicando a transferência; • Comunica ao Serviço Social.	
Enfermeiro	• Confere dados do relatório médico; • Encaminha relatório médico ao setor administrativo; • Prepara o paciente para transferência.	
Assistente Social	• Orienta o paciente / responsáveis a respeito da unidade para a qual será encaminhado; • Verifica a documentação pessoal do paciente, necessária para a transferência; • Elabora relatório social, quando necessário.	No caso de paciente desacompanhado, localiza e solicita a presença do responsável.
Setor Administrativo	• Confirma a vaga na unidade referenciada e comunica ao enfermeiro.	

Setor de Transporte	• Comunica ao enfermeiro que o veículo está disponível.	
Motorista	• Transporta o paciente para unidade referenciada.	

O Serviço Social é uma área Interdisciplinar que possui, para seus registros, impressos específicos de sua área de atuação. Os formulários que o Serviço Social da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS utilizará são:

- Formulário de Admissão;
- Formulário de Evolução;
- Formulário de Acompanhamento;
- Formulário de Transferência;
- Formulário de Encerramento de Caso por Motivo de Óbito;
- Solicitação de Comparecimento Familiar;
- Autorização de Acesso;
- Formulário de Levantamento Estatístico.

Normas Administrativas para o Serviço Social:

- Todos os dias serão realizadas visitas aos pacientes internados a fim de identificar as demandas dos pacientes para que sejam direcionados ao atendimento do grupo profissional (médicos, enfermeiros e auxiliares);
- É terminantemente proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, receber honorários, gratificações, taxas ou qualquer outro tipo de pagamento, praticado a qualquer título, por pessoa física ou jurídica;
- É proibido a todo colaborador lotado no Serviço Social, substituir ou ser substituído na sua jornada de trabalho por qualquer pessoa pertencente ou não ao quadro de pessoal do hospital. A permuta na jornada diária de trabalho será permitida, apenas, mediante autorização prévia do Coordenador do Serviço Social;
- O Serviço Social atenderá a todos os usuários/familiares que recorram a este serviço, dando os encaminhamentos peculiares a cada caso e/ou situação;
- O Serviço Social procederá à entrevista inicial com pacientes/responsável, estabelecendo seu plano para intervenção;
- O Serviço Social manterá contato com os pacientes/familiares sempre que se fizer necessário;
- O Serviço Social participará do processo de alta a pedido, juntamente com o médico e

enfermeiro, através da reflexão com o paciente/familiar das consequências desta solicitação, ressaltando a necessidade de assinatura do usuário/responsável em termo específico;

- O Serviço Social participará do planejamento de programas na formulação e reformulação de normas e rotinas
- O Serviço Social deverá promover pesquisas sociais e participar dentro sua especialidade de outras pesquisas na de área em saúde, em consonância com normas estabelecidas pelo Hospital;
- O Serviço Social elaborará Relatório Social em casos de transferência para outra unidade, de paciente que não seja bom informante e/ou desacompanhado, a exceção de pacientes que dão entrada pela Emergência e necessitem de transferência imediata;
- O Serviço Social deverá manter-se informado a atualizado acerca dos recursos disponíveis na comunidade.

	Procedimento Operacional Padrão	Serviço/Setor: Serviço Social POP: (SS + nº de ordem)
		Elaborado em: / / Revisado em: /
SETOR:		
PROCEDIMENTO:		
LOCAL DE EXECUÇÃO:		
EXECUTANTE:		
RESULTADOS ESPERADOS:		
MATERIAL NECESSÁRIO:		
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA - PASSO A PASSO:		
CUIDADOS ESPECIAIS:		
AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE:		
Elaborado por (nome/função):	**Revisado por (nome/função):**	**Aprovado por (nome/função):**

9.4.2. Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima

9.4.2.1. Manual de Funcionamento da Equipe Multiprofissional da Policlínica Estadual de Quirinópolis

A equipe multiprofissional da Policlínica Estadual de Quirinópolis é composta por profissionais de diversas áreas da saúde que atuam de forma integrada, com foco em um atendimento de qualidade, humanizado e centrado nas necessidades do paciente. A integração entre os diversos setores é fundamental para garantir que os pacientes recebam cuidados completos, desde o diagnóstico até a recuperação e a promoção de saúde. Este manual detalha as normas, rotinas operacionais, áreas de atuação e composição mínima da equipe multiprofissional.

I. Normas Gerais para a Atuação Multiprofissional

A equipe multiprofissional deve atuar de forma integrada, respeitando as seguintes diretrizes gerais:

- Interdisciplinaridade: As diferentes áreas devem trabalhar em conjunto, assegurando que as intervenções realizadas sejam complementares e coordenadas, visando sempre o bem-estar do paciente.
- Plano de Cuidados Integrado: Cada paciente deve ter um plano de cuidados individualizado, elaborado em conjunto pelos diferentes profissionais da equipe, com revisões periódicas de acordo com a evolução do quadro clínico.
- Comunicação Eficiente: As informações sobre o estado clínico, intervenções e progressos dos pacientes devem ser compartilhadas entre os profissionais, garantindo uma abordagem holística e integrada.
- Registro no Prontuário Eletrônico: Todos os atendimentos e intervenções realizadas devem ser documentadas no prontuário eletrônico, para assegurar a continuidade e a segurança do cuidado.
- Humanização no Atendimento: O atendimento deve ser realizado de forma acolhedora e respeitosa, valorizando as necessidades e preferências dos pacientes e seus familiares.

SERVIÇO DE ENFERMAGEM

O Serviço de Enfermagem da Policlínica Estadual de Quirinópolis desempenha um papel essencial na prestação de cuidados diretos aos pacientes, desde a triagem inicial até a administração de medicamentos e apoio a procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A enfermagem atua em diversas áreas da Policlínica, garantindo a segurança, humanização e eficiência no atendimento. Esta instrução define as normas, rotinas e diretrizes que orientam o

funcionamento do serviço de enfermagem, com foco em promover um atendimento integral e de alta qualidade.

Objetivos do Serviço de Enfermagem

O principal objetivo do Serviço de Enfermagem é fornecer cuidados seguros, humanizados e de qualidade, colaborando com as demais equipes multiprofissionais no tratamento e reabilitação dos pacientes. Os objetivos específicos incluem:

- Prestar cuidados diretos aos pacientes em consultas ambulatoriais, pequenas cirurgias e atendimentos de urgência.
- Apoiar a equipe multiprofissional, garantindo a correta execução das prescrições médicas e a assistência necessária nos exames diagnósticos.
- Garantir a segurança do paciente através da adoção de protocolos de prevenção de infecções, administração de medicamentos e realização de procedimentos.
- Promover ações de educação em saúde, orientando os pacientes sobre autocuidados e prevenção de doenças, para melhoria da saúde da população.

Estrutura do Serviço de Enfermagem

O Serviço de Enfermagem possui uma estrutura organizada em diferentes áreas de atuação, abrangendo todos os setores de atendimento da Policlínica. A estrutura física inclui:

- **Sala de Enfermagem/Consultório de Enfermagem**: Espaço dedicado para consultas de enfermagem, triagem e realização de procedimentos de baixa complexidade.
- **Sala de Medicação**: Sala específica para administração de medicamentos injetáveis e controle de reações adversas.
- **Sala de Pequenos Procedimentos:** Utilizada para realização de procedimentos ambulatoriais, como curativos, drenagens e suturas.
- **Hemodiálise:** Área equipada para o tratamento de pacientes com insuficiência renal que necessitam de terapia dialítica.
- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT):** Apoio a exames diagnósticos, como ultrassonografia e tomografia, com preparo e monitoramento dos pacientes.
- **Centro de Material e Esterilização (CME):** Área destinada ao processamento e esterilização de instrumentos e materiais, garantindo a segurança no uso.

Normas Operacionais do Serviço de Enfermagem

I. Triagem e Classificação de Risco

- Todos os pacientes são acolhidos pela equipe de enfermagem, que realiza uma avaliação inicial com base na queixa principal e no estado clínico.
- A equipe de enfermagem realiza a medição de pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura dos pacientes na triagem.
- Utiliza-se um sistema de triagem baseado em cores ou escalas, priorizando os casos mais graves para atendimento imediato.

II. Administração de Medicamentos

- Antes de administrar qualquer medicamento, a equipe de enfermagem verifica a prescrição médica e confirma a identidade do paciente, respeitando os cinco certos (paciente, medicamento, dose, via e horário certos).
- A administração de medicamentos ocorre na sala de medicação, com monitoramento do paciente após a aplicação, especialmente em casos de medicamentos injetáveis.
- Toda administração de medicamentos é registrada no prontuário eletrônico para garantir a rastreabilidade e a continuidade do tratamento.

III. Pequenos Procedimentos

- Os procedimentos são realizados de acordo com as normas de biossegurança, utilizando materiais estéreis e descartáveis. A assepsia rigorosa deve ser garantida em todos os momentos.
- A equipe de enfermagem realiza trocas de sondas (urinária, nasogástrica) e drenagens de abscessos conforme a necessidade, seguindo os protocolos de segurança.

IV. Apoio ao Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

- A equipe de enfermagem prepara os pacientes para exames de imagem, como ultrassonografia e tomografia, orientando sobre jejum e cuidados prévios.
- Durante exames invasivos ou de alta complexidade, o enfermeiro acompanha o paciente, monitorando sinais vitais e auxiliando a equipe médica.
-

V. Hemodiálise

- A equipe de enfermagem monitora os sinais vitais dos pacientes durante todo o procedimento de hemodiálise, ajustando a máquina conforme necessário.
- O procedimento de hemodiálise é registrado detalhadamente no prontuário, e eventuais complicações são gerenciadas com suporte imediato da equipe médica.

VI. Gestão do Centro de Material e Esterilização (CME)

- A equipe de enfermagem é responsável por garantir que todos os materiais utilizados em procedimentos sejam devidamente esterilizados e armazenados de acordo com as normas de biossegurança.
- A equipe realiza a gestão do estoque de materiais estéreis, garantindo a disponibilidade de insumos essenciais para os atendimentos.

Rotinas de Enfermagem

a. Rondas de Enfermagem e Monitoramento Contínuo

- A equipe de enfermagem realiza rondas periódicas nos pacientes, monitorando sinais vitais, queixas e evolução do quadro clínico.
- Pacientes que realizam acompanhamento contínuo são monitorados regularmente por meio de consultas de enfermagem para evitar complicações.

b. Educação em Saúde

- A equipe de enfermagem oferece orientações sobre o uso de medicamentos, cuidados pós-cirúrgicos, higiene e prevenção de doenças durante as consultas e procedimentos.
- São realizadas palestras e atividades de educação em saúde nas salas de espera, promovendo a conscientização sobre temas como diabetes, hipertensão e cuidados com feridas.

c. Registros de Enfermagem

- Todos os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, incluindo a administração de medicamentos e curativos, devem ser registrados no prontuário eletrônico para assegurar a continuidade do tratamento.
- O estado clínico do paciente, suas queixas e a evolução dos cuidados devem ser detalhados nas anotações de enfermagem.

Composição da Equipe de Enfermagem

Para garantir a eficiência do atendimento e a qualidade do serviço, a equipe de enfermagem deve ser composta por:

- Coordenador de Enfermagem: Responsável pela gestão do serviço, implementação dos protocolos e supervisão da equipe.
- Enfermeiros Assistenciais: Realizam atendimentos diretos aos pacientes, incluindo triagem, administração de medicamentos e pequenos procedimentos.

- Técnicos de Enfermagem: Auxiliam nas atividades diárias, como administração de medicamentos, coleta de sinais vitais e apoio nos procedimentos ambulatoriais.

Horário de Funcionamento O Serviço de Enfermagem funcionará de acordo com o horário de operação da Policlínica, que será: Segunda a sexta-feira: Das 07h00 às 19h00.

Indicadores de Qualidade

O desempenho do Serviço de Enfermagem será monitorado por meio de indicadores de qualidade, que incluem:

- Acompanhamento de adesão aos protocolos de administração de medicamentos e prevenção de infecções.
- Avaliação da satisfação dos pacientes com o atendimento recebido pela equipe de enfermagem.
- Monitoramento de complicações relacionadas a procedimentos e administração de medicamentos.

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

A equipe de fisioterapia da Policlínica Estadual de Quirinópolis desempenha um papel crucial na reabilitação de pacientes com problemas ortopédicos, neurológicos, cardiorrespiratórios e musculoesqueléticos. A fisioterapia tem como objetivo restaurar, manter e promover a saúde funcional dos pacientes, auxiliando na recuperação de sua autonomia e qualidade de vida. Este manual estabelece as normas, rotinas e diretrizes para o funcionamento da equipe de fisioterapia, visando garantir o atendimento humanizado, seguro e eficiente aos pacientes.

Objetivos do Serviço de Fisioterapia

O principal objetivo da fisioterapia é restaurar a função motora e respiratória dos pacientes, promovendo reabilitação, prevenção de complicações e melhora na qualidade de vida. Os objetivos específicos incluem:

- Reabilitação funcional de pacientes com condições ortopédicas, neurológicas e cardiorrespiratórias.
- Prevenção de complicações decorrentes de imobilidade, cirurgia ou doenças crônicas.
- Promoção de educação em saúde, ensinando os pacientes sobre técnicas de autocuidado e prevenção de novas lesões.

Estrutura do Serviço de Fisioterapia

O Serviço de Fisioterapia da Policlínica conta com espaços adequados e equipados para atendimento ambulatorial de pacientes. A estrutura física inclui:

- **Sala de Avaliação**: Espaço destinado à avaliação inicial dos pacientes, onde são realizadas consultas para definição dos planos de tratamento.
- **Sala de Fisioterapia Motora**: Equipamentos para exercícios terapêuticos, alongamento, fortalecimento muscular e reabilitação funcional.
- **Sala de Fisioterapia Respiratória:** Equipamentos voltados para terapia respiratória, como incentivadores respiratórios, nebulizadores e oxigenoterapia.
- **Espaço para Eletroterapia**: Equipamentos de eletroestimulação e termoterapia, utilizados para o alívio da dor e inflamação.

Normas Operacionais do Serviço de Fisioterapia

I. Avaliação Inicial

- A avaliação inicial inclui coleta de informações sobre a história clínica do paciente, exame físico detalhado e realização de testes funcionais para determinar o nível de comprometimento motor ou respiratório.
- Com base na avaliação, o fisioterapeuta define um plano de tratamento individualizado, que pode incluir exercícios terapêuticos, alongamentos, eletroterapia e técnicas respiratórias.
- A avaliação e o plano de tratamento devem ser registrados no prontuário eletrônico para garantir a continuidade do cuidado e permitir o acompanhamento por outros profissionais.

II. Sessões de Fisioterapia

- As sessões de fisioterapia motora incluem exercícios terapêuticos para fortalecimento muscular, alongamento, reabilitação de movimentos e melhora da coordenação e equilíbrio. Pacientes com problemas ortopédicos, como fraturas ou distúrbios musculoesqueléticos, são o principal público-alvo.
- Utilizada para reabilitação de pacientes com doenças respiratórias crônicas, como DPOC ou asma, e para pacientes que passaram por cirurgias torácicas ou abdominais. O fisioterapeuta utiliza técnicas como drenagem postural, exercícios de fortalecimento respiratório e uso de incentivadores respiratórios.

- Aplicação de correntes elétricas (eletroestimulação) para o alívio da dor, redução de edemas e fortalecimento muscular, além de termoterapia com uso de calor ou frio para reduzir inflamações e espasmos musculares.

III. Acompanhamento e Reavaliação

- O fisioterapeuta deve realizar reavaliações periódicas para acompanhar o progresso do paciente e ajustar o plano de tratamento conforme necessário. O estado funcional, a resposta às terapias e a evolução clínica são documentados no prontuário eletrônico.
- Em casos de condições crônicas ou reabilitação prolongada, o fisioterapeuta deve planejar o acompanhamento de longo prazo, com orientações para exercícios domiciliares e visitas periódicas de controle.

IV. Educação em Saúde

- Durante as sessões de fisioterapia, o fisioterapeuta oferece orientações sobre exercícios domiciliares, posturas corretas e práticas de autocuidado para prevenir novas lesões e promover a recuperação.
- O fisioterapeuta pode realizar atividades educativas em grupo nas salas de espera ou em campanhas de saúde, focando na prevenção de doenças osteomusculares e respiratórias.

V. Integração com a Equipe Multiprofissional

- A equipe de fisioterapia participa das reuniões com outros profissionais da saúde, discutindo os casos complexos e colaborando no desenvolvimento de planos de cuidados integrados.
- O fisioterapeuta deve estar em constante comunicação com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, garantindo que as intervenções sejam adequadas e alinhadas com o estado clínico do paciente.

Composição da Equipe de Fisioterapia

Para o funcionamento adequado do serviço de fisioterapia, a equipe mínima deve ser composta por:

- Coordenador de Fisioterapia: Responsável pela supervisão do serviço, implementação de protocolos e gestão da equipe.
- Fisioterapeutas Assistenciais: Responsáveis por realizar a avaliação, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Fisioterapia funcionará conforme os horários de atendimento da Policlínica: Segunda a sexta-feira: Das 07h00 às 19h00.

Indicadores de Qualidade

A qualidade do serviço de fisioterapia será monitorada por meio de indicadores específicos, que incluem:

- Avaliado por meio de questionários após as sessões de fisioterapia, para verificar a percepção do paciente quanto à melhora funcional e à qualidade do atendimento.
- Proporção de pacientes que seguem o plano de tratamento completo, incluindo comparecimento às sessões e realização de exercícios domiciliares.
- Avaliação periódica da evolução clínica dos pacientes, medida através de testes funcionais e comparações com a avaliação inicial.

SERVIÇO DE FONAUDIOLOGIA

A equipe de fonoaudiologia da Policlínica Estadual de Quirinópolis desempenha um papel vital na avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação de distúrbios da comunicação, audição, voz e deglutição. A fonoaudiologia foca em promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes com dificuldades nessas áreas, ajudando-os a recuperar funções essenciais para sua saúde e bem-estar. Esta instrução define as normas, rotinas e diretrizes para o funcionamento da equipe de fonoaudiologia, garantindo um atendimento humanizado, seguro e de alta qualidade.

Objetivos do Serviço de Fonoaudiologia

O principal objetivo da fonoaudiologia é reabilitar pacientes com distúrbios da comunicação, audição, voz e deglutição, promovendo a melhoria da funcionalidade e qualidade de vida. Os objetivos específicos incluem:

- Diagnosticar e tratar distúrbios da fala, audição e deglutição.
- Reabilitar pacientes com condições neurológicas ou cirúrgicas que afetam a comunicação e a deglutição.
- Oferecer orientação aos pacientes e familiares sobre os cuidados necessários para melhorar a função comunicativa e a deglutição.

Estrutura do Serviço de Fonoaudiologia

A estrutura física do Serviço de Fonoaudiologia é composta por áreas adequadas para a realização de avaliações, diagnósticos e tratamentos. As principais áreas incluem:

- **Consultório de Avaliação Fonoaudiológica:** Espaço equipado para a avaliação da fala, linguagem, audição e deglutição.

- **Sala de Terapia Fonoaudiológica:** Local destinado às sessões de terapia, com equipamentos de apoio à reabilitação vocal, auditiva e da deglutição.
- **Espaço para Audiometria:** Sala acusticamente tratada para a realização de exames audiométricos e de outros testes de audição.

Normas Operacionais do Serviço de Fonoaudiologia

I. Avaliação Fonoaudiológica

- A avaliação inicial do paciente envolve a coleta de dados sobre a história clínica e os sintomas apresentados, além de um exame específico das funções de fala, linguagem, audição e deglutição.
- : São realizados testes específicos para avaliação das áreas afetadas. No caso da fala, são verificados articulação, fluência, respiração e controle motor oral. Na audição, são utilizados exames como audiometria e imitanciometria.
- Com base na avaliação, o fonoaudiólogo define um plano de tratamento individualizado para cada paciente, levando em consideração suas necessidades específicas.

II. Sessões de Terapia Fonoaudiológica

- Para pacientes com dificuldades de fala, como dislalias, gagueira ou afasia, o fonoaudiólogo realiza intervenções focadas na correção de articulação, ritmo e fluência da fala, além do desenvolvimento da linguagem.
- Indicado para pacientes com distúrbios da voz, como rouquidão ou disfonia, onde são aplicadas técnicas de reeducação vocal, cuidados com a higiene vocal e exercícios de fortalecimento das cordas vocais.
- Pacientes com perda auditiva recebem suporte por meio de testes auditivos, adaptação de próteses auditivas e treinamentos específicos para a melhoria da percepção sonora.
- Intervenções para pacientes com dificuldades de deglutição (disfagia), focando na reabilitação da função motora oral e na segurança da deglutição, para evitar aspirações e melhorar a nutrição.

III. Acompanhamento e Reavaliação

- O progresso do paciente é monitorado regularmente, com ajustes no plano de tratamento de acordo com a evolução observada. Reavaliações completas são feitas em intervalos regulares para garantir que os objetivos do tratamento estejam sendo alcançados.
- Quando necessário, os pacientes podem ser encaminhados para outros profissionais da equipe multiprofissional, como otorrinolaringologistas, nutricionistas ou neurologistas.

IV. Educação em Saúde

- A equipe de fonoaudiologia oferece orientações práticas sobre cuidados com a voz, audição e deglutição, além de técnicas que podem ser praticadas em casa para complementar o tratamento.
- O fonoaudiólogo também pode realizar palestras e atividades de educação em saúde voltadas à prevenção de distúrbios fonoaudiológicos, tanto para a comunidade quanto para outros profissionais da saúde.

V. Documentação e Registro no Prontuário

- Todas as avaliações, diagnósticos, intervenções e progressos devem ser registrados no prontuário eletrônico, garantindo o acompanhamento e a continuidade do tratamento.
- O fonoaudiólogo deve documentar a evolução do paciente após cada sessão, ajustando o plano de tratamento conforme necessário.

VI. Equipamentos e Segurança

- Os equipamentos utilizados nas avaliações e terapias, como laringoscópios, material para audiometria e próteses auditivas, devem ser devidamente higienizados após cada uso, seguindo os protocolos de biossegurança.
- Durante os procedimentos de avaliação e terapia, o fonoaudiólogo deve garantir que todas as intervenções sejam seguras, respeitando as condições clínicas e limitações dos pacientes.

Composição da Equipe de Fonoaudiologia

Para o funcionamento adequado do Serviço de Fonoaudiologia, a equipe mínima será composta por:

- Coordenador de Fonoaudiologia: Responsável pela organização do serviço, implementação de protocolos e supervisão da equipe.
- Fonoaudiólogos Assistenciais: Responsáveis pela avaliação, tratamento e acompanhamento dos pacientes.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Fonoaudiologia funcionará conforme os horários de atendimento da Policlínica: Segunda a sexta-feira: Das 07h00 às 19h00.

Indicadores de Qualidade

- A qualidade do serviço de fonoaudiologia será monitorada por meio dos seguintes indicadores:

- Avaliação do progresso dos pacientes nas áreas de fala, audição e deglutição, comparando os resultados iniciais com as reavaliações periódicas.
- Questionários de satisfação serão aplicados aos pacientes para avaliar a percepção sobre a qualidade do atendimento, a evolução do tratamento e o relacionamento com os profissionais.
- Avaliação da frequência com que os pacientes comparecem às sessões e seguem as orientações terapêuticas fora da Policlínica.

SERVIÇO DE ODONTOLOGIA

O Serviço de Odontologia da Policlínica Estadual de Quirinópolis oferece atendimento especializado em saúde bucal, focado na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças dentárias e orais. A odontologia desempenha um papel fundamental na promoção da saúde integral dos pacientes, proporcionando cuidados preventivos e curativos, além de educação em saúde para a população. Esta instrução estabelece as normas, rotinas e diretrizes para o funcionamento do Serviço de Odontologia, assegurando a qualidade e segurança do atendimento prestado.

Objetivos do Serviço de Odontologia

O objetivo principal do Serviço de Odontologia é promover e manter a saúde bucal dos pacientes, por meio de tratamentos preventivos e curativos. Os objetivos específicos incluem:

- Prevenir doenças bucais através de procedimentos preventivos e orientação aos pacientes.
- Diagnosticar e tratar doenças dentárias e condições orais, como cáries, doenças periodontais, traumatismos dentários, e cistos bucais.
- Educar os pacientes sobre cuidados com a saúde bucal, promovendo a conscientização sobre a importância da prevenção.

Estrutura do Serviço de Odontologia

O Serviço de Odontologia está equipado para atender uma ampla variedade de condições bucais. A estrutura física inclui:

- **Consultórios Odontológicos:** Equipados com cadeira odontológica, unidades de fotopolimerização, equipamentos de raios-X, e instrumentos manuais e rotatórios para realizar tratamentos odontológicos.

- **Sala de Radiologia**: Espaço para a realização de exames de imagem odontológica, como radiografias periapicais e panorâmicas.
- **Centro de Material e Esterilização (CME):** Responsável pela esterilização e armazenamento de instrumentos e materiais utilizados nos procedimentos odontológicos.

Normas Operacionais do Serviço de Odontologia

I. Atendimento e Avaliação Inicial

- A primeira etapa do atendimento envolve a realização de anamnese detalhada, onde o cirurgião-dentista coleta informações sobre a saúde geral do paciente, histórico médico, hábitos de higiene bucal e queixas principais.
- O cirurgião-dentista realiza uma avaliação clínica detalhada, inspecionando os dentes, gengivas, língua e mucosas, buscando sinais de cáries, periodontite, alterações orais ou outras patologias.
- Quando necessário, são realizados exames radiológicos para auxiliar no diagnóstico de lesões, cistos ou doenças periodontais.

II. Procedimentos Odontológicos Preventivos

- Limpeza dental para remoção de placa bacteriana, tártaro e manchas superficiais, associada à aplicação tópica de flúor para a prevenção de cáries.
- Aplicação de selantes em crianças e adolescentes para prevenir cáries nos molares e pré-molares.
- Instruções sobre técnicas de escovação, uso do fio dental e higiene bucal em geral são fornecidas aos pacientes durante as consultas preventivas.

III. Procedimentos Odontológicos Curativos

- O cirurgião-dentista realiza restaurações dentárias utilizando resina composta ou amálgama, após a remoção de cáries e limpeza da cavidade dentária.
- Em casos de pulpite ou necrose pulpar, o cirurgião-dentista realiza o tratamento de canal, removendo o tecido pulpar infectado e selando o dente para evitar novas infecções.
- Extração de dentes irrecuperáveis ou com infecções severas, além de dentes supranumerários ou terceiros molares (sisos) impactados.
- O tratamento de gengivite e periodontite envolve raspagem e alisamento radicular, além de instruções de cuidados bucais para prevenir o avanço da doença.

IV. Cirurgia Bucomaxilofacial

- Remoção de cistos, tumores e lesões patológicas na cavidade oral, com apoio de exames radiológicos e histopatológicos para o diagnóstico e tratamento.
- Atendimento a pacientes com traumas maxilofaciais, fraturas de dentes ou ossos faciais, e reconstrução oral quando necessário.

V. Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais

- O serviço está preparado para atender pacientes com condições clínicas específicas (como diabéticos, hipertensos e portadores de doenças crônicas) que exigem cuidados diferenciados no atendimento odontológico.
- O cuidado com a saúde bucal dos idosos inclui a avaliação de próteses dentárias, tratamento de xerostomia e prevenção de lesões orais.

VI. Educação em Saúde Bucal

- O Serviço de Odontologia realiza atividades educativas para orientar pacientes e seus familiares sobre cuidados preventivos, hábitos saudáveis e a importância da higiene bucal adequada.
- O cirurgião-dentista também pode participar de campanhas de saúde bucal e ações comunitárias, promovendo a prevenção de cáries, doenças periodontais e câncer bucal.

Composição da Equipe de Odontologia

Para garantir o funcionamento adequado do serviço e o atendimento eficiente aos pacientes, a equipe mínima deve ser composta por:

- Cirurgião-Dentista Coordenador: Responsável pela gestão do serviço, implementação de protocolos e supervisão da equipe.
- Cirurgiões-Dentistas Assistenciais: Realizam atendimentos clínicos e cirúrgicos, diagnósticos e tratamentos curativos e preventivos.
- Auxiliares de Saúde Bucal (ASB): Auxiliam os cirurgiões-dentistas nas atividades clínicas, organizam os materiais e preparam os consultórios para os atendimentos.
- Técnicos em Saúde Bucal (TSB): Quando disponível, o técnico em saúde bucal pode realizar atividades preventivas, como profilaxias e aplicação de flúor.

Horário de Funcionamento O Serviço de Odontologia funcionará de acordo com os horários de atendimento da Policlínica: Segunda a sexta-feira: Das 07h00 às 19h00.
Atendimento Emergencial: Casos de emergência odontológica, como abscessos ou traumas orais, podem ser atendidos fora do horário padrão, conforme a necessidade da unidade.

Indicadores de Qualidade

A qualidade do serviço será monitorada através de indicadores que incluem:

- Acompanhamento da satisfação dos pacientes com o atendimento, por meio de questionários de feedback.

- Proporção de pacientes que realizam tratamentos preventivos (profilaxias e selantes) durante o atendimento.
- Acompanhamento dos resultados pós-operatórios e da durabilidade de restaurações e tratamentos endodônticos.

Controle de Infecção e Biossegurança

O Serviço de Odontologia segue rigorosos protocolos de controle de infecção e biossegurança, incluindo:

- Todos os instrumentos utilizados são esterilizados no CME, seguindo os protocolos de esterilização e armazenamento adequado.
- Os profissionais devem utilizar EPIs durante todos os procedimentos, incluindo luvas, máscaras, gorros e protetores faciais.
- As superfícies de trabalho e equipamentos são desinfectados após cada atendimento, para garantir a segurança de pacientes e profissionais.

Serviço de Nutrição

O Serviço de Nutrição da Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos pacientes por meio de uma alimentação equilibrada e adequada às suas condições clínicas. A nutrição é parte integrante do cuidado multiprofissional, oferecendo suporte para pacientes com doenças crônicas, gestantes, crianças, idosos e outras condições que necessitam de acompanhamento nutricional especializado. Esta instrução estabelece as normas, rotinas e diretrizes para o funcionamento da equipe de nutrição, garantindo um atendimento humanizado, seguro e de alta qualidade.

Objetivos do Serviço de Nutrição

O objetivo principal do Serviço de Nutrição é proporcionar cuidado nutricional individualizado e de qualidade, que promova a recuperação, prevenção de doenças e a manutenção da saúde dos pacientes. Os objetivos específicos incluem:

- Avaliar o estado nutricional dos pacientes e elaborar planos alimentares individualizados.
- Prevenir e tratar doenças relacionadas à alimentação, como obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias e doenças gastrointestinais.
- Educar e orientar pacientes e familiares sobre hábitos alimentares saudáveis.

Estrutura do Serviço de Nutrição

O Serviço de Nutrição conta com uma estrutura adequada para o atendimento nutricional, que inclui:

- **Consultório de Avaliação Nutricional**: Espaço equipado para a realização de consultas, avaliações antropométricas e orientação nutricional.
- **Sala de Educação Nutricional:** Ambiente para atividades educativas em grupo, palestras e orientações coletivas sobre alimentação saudável e manejo de doenças crônicas.

Normas Operacionais do Serviço de Nutrição

I. Avaliação Nutricional

- O atendimento inicia com uma anamnese detalhada, que abrange a história clínica, hábitos alimentares, preferências e restrições dietéticas. A avaliação antropométrica inclui a medição de peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal e outros parâmetros específicos.
- São analisados exames bioquímicos, como glicemia, colesterol, triglicérides, e outros indicadores relevantes para o estado nutricional do paciente.
- : Após a avaliação, o nutricionista elabora um plano alimentar individualizado, ajustado às necessidades clínicas, hábitos alimentares e condições socioeconômicas do paciente.

II. Acompanhamento Nutricional

- Pacientes com condições crônicas ou que requerem acompanhamento contínuo (como diabéticos, hipertensos, pacientes com doenças renais e gestantes) devem realizar consultas periódicas para monitorar a evolução e fazer ajustes no plano alimentar.
- A cada consulta, o estado nutricional do paciente é reavaliado, com novas medidas antropométricas e ajustes no plano alimentar, conforme necessário.
- Em casos específicos, o nutricionista pode recomendar a utilização de suplementos alimentares, sempre de acordo com a prescrição médica e as necessidades do paciente.

III. Atendimento a Condições Especiais

- Pacientes com doenças como obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemias e doenças renais são acompanhados com planos alimentares específicos para o controle de suas condições e prevenção de complicações.
- As gestantes e lactantes recebem acompanhamento nutricional especializado, com orientações sobre necessidades nutricionais aumentadas, controle de peso e alimentação para promover o desenvolvimento saudável do bebê.
- Desnutrição e Deficiências Nutricionais e minerais são orientados a seguir uma dieta balanceada, com suplementação específica quando necessária.

- A equipe de nutrição orienta pacientes com alergias alimentares (como alergia ao glúten e à lactose) a adotar dietas restritivas, mas balanceadas, garantindo a ingestão adequada de nutrientes.

IV. Educação Nutricional

- Durante as consultas, os pacientes recebem orientações detalhadas sobre como melhorar sua alimentação diária, baseadas em suas preferências e restrições alimentares. O nutricionista ensina sobre a importância de uma alimentação equilibrada e saudável para o controle e prevenção de doenças.
- O Serviço de Nutrição realiza atividades educativas, palestras e grupos de orientação sobre temas como alimentação saudável, prevenção da obesidade, controle do diabetes e hipertensão, e alimentação para crianças e gestantes.

V. Documentação e Registro no Prontuário

- Todas as avaliações, planos alimentares e orientações fornecidas ao paciente devem ser registradas no prontuário eletrônico, garantindo que os demais profissionais da equipe multiprofissional tenham acesso a essas informações para o planejamento do cuidado integrado.
- A cada consulta, o nutricionista deve registrar a evolução do paciente em relação ao estado nutricional, mudanças de peso e resposta ao plano alimentar, ajustando o tratamento conforme necessário.

VI. Integração com a Equipe Multiprofissional

- A equipe de nutrição participa de reuniões multidisciplinares para discutir casos clínicos complexos e colaborar na elaboração de planos de tratamento integrados.
- O nutricionista deve manter contato com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde para garantir que o plano alimentar esteja alinhado com as condições clínicas do paciente e o tratamento global.

Composição da Equipe de Nutrição

Para o funcionamento adequado do Serviço de Nutrição, a equipe mínima deve ser composta por:

- Coordenador de Nutrição: Responsável pela organização e supervisão do serviço, implementação de protocolos e gestão da equipe.
- Nutricionistas Assistenciais: Responsáveis pela avaliação, elaboração de planos alimentares, acompanhamento e educação nutricional dos pacientes.

Horário de Funcionamento: O Serviço de Nutrição funcionará conforme os horários de atendimento da Policlínica: Segunda a sexta-feira: Das 07h00 às 19h00.

Indicadores de Qualidade

O desempenho do Serviço de Nutrição será monitorado por meio dos seguintes indicadores:

- Proporção de pacientes que apresentam melhora em parâmetros nutricionais (IMC, controle de glicemia, colesterol, etc.) ao longo do acompanhamento.
- Avaliação da satisfação dos pacientes com o atendimento nutricional recebido, por meio de questionários de feedback.
- Proporção de pacientes que seguem corretamente o plano alimentar prescrito, medido através de auto-relato e evolução clínica.

Controle de Segurança e Higiene

- Durante atividades práticas ou orientações sobre preparo de alimentos, devem ser seguidas todas as normas de segurança alimentar, com foco na higiene na manipulação e conservação de alimentos.
- O nutricionista orienta os pacientes sobre a importância da segurança alimentar, como práticas adequadas de armazenamento e preparo de alimentos, para prevenir doenças transmitidas por alimentos.

9.4.3. Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima

A Unidade Administrativa tem como finalidade básica desenvolver todas as atividades relacionadas com recursos humanos e materiais da Instituição, resultando na obtenção dos objetivos estipulados para a Organização.

Destaca-se a elevada importância da administração desta unidade, visto a mesma estar diretamente relacionada com os recursos humanos e materiais da Instituição, e que bem gerenciados resultam na otimização da qualidade dos serviços prestados e satisfação pessoal dos envolvidos na Instituição.

Organização e Estrutura

A Unidade Administrativa encontra-se subordinada diretamente à Diretoria Administrativo/Financeira da Unidade, sendo que as unidades integrantes da unidade são:

- Setor Pessoal;
- Suprimentos;

- Faturamento;
- Recepção;
- Telefonia;
- SAME.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Administração Geral da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS funcionará de segunda à Sexta-feira das 08:00 às 18:00.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade Administrativa:

- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral da Unidade;
- Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho por meio de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Administrativo/Financeira.

Unidade de Finanças

A Unidade de Finanças apresenta a finalidade básica de gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análise e demonstrativos contábeis.

Apresenta também a finalidade de analisar a viabilidade das ações da Unidade, incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhes são necessários e das possibilidades de fontes de financiamento.

Organização e Estrutura

A Unidade de Finanças está diretamente subordinada à Coordenação Administrativo/Financeira da Unidade, sendo que os serviços integrantes da unidade são:

- Contabilidade;
- Orçamento e Custos;
- Faturamento e;
- Tesouraria.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade de Finanças as seguintes atribuições:

- Transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;
- Planejar e coordenar as atividades a serem executadas pelas áreas de contabilidade, orçamento e custos, faturamento e tesouraria; referente aos recursos materiais e humanos;
- Apresentar periodicamente à Direção Geral, sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
- Estudar e propor a política financeira e orçamentária da Unidade, submetendo-a à Diretoria Administrativa-Financeira e à Direção Geral;
- Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
- Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros da Instituição;
- Coordenar e controlar o fechamento das faturas dos pacientes atendidos na Unidade, referindo-se às diárias, procedimentos, medicamentos etc., assim como informar a quantidade de faturas glosadas e seus respectivos valores;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros;
- Apresentar o Orçamento Anual da Instituição, Diretoria Administrativo- Financeira e Direção Geral.

Atribuições Específicas – Contabilidade e Custos

- Orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;

- Examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas da Instituição;
- Executar os controles internos sobre as verbas de Adiantamentos;
- Elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;
- Manter atualizadas as normas e rotinas de contabilidade, dando-lhes a necessária divulgação;
- Fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes necessários;
- Determinar os custos operacionais dos serviços de saúde por meio da Consolidação dos valores de custos e despesas;
- Definição dos critérios de rateio;
- Elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares;
- Acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos hospitalares.

Atribuições Específicas – Faturamento

- Auditar as faturas enviadas, referente aos procedimentos, diárias e medicamentos;
- Realizar o controle do faturamento através das fichas de atendimento e dos prontuários médicos;
- Elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Direção da Unidade para análise do comportamento diário das contas faturadas;
- Encaminhar via sistema, as faturas a serem pagas pelo SUS;
- Prestar esclarecimentos à Direção sobre a glosa de faturas efetuadas pelo SUS.

Unidade de Operações/Apoio

A Unidade de Operações/Apoio tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços assistenciais de suporte prestados para a Instituição, através do controle e gerenciamento da infraestrutura física e recursos disponíveis, suprindo assim, toda a demanda das áreas fins da Unidade.

Organização e Estrutura

A Unidade de Operações está diretamente subordinada à Coordenação Administrativo/Financeira da Instituição, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades:

- Manutenção;
- Lavanderia/ Rouparia;
- Higiene e Limpeza;

- Serviços Auxiliares.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade de Operações:

- Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
- Garantir a integridade da infraestrutura da Instituição (predial, mecânica, hidráulica e elétrica);
- Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da Instituição por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados na unidade (medicamentos, materiais médico-hospitalares, gêneros alimentícios e materiais administrativos);
- Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
- Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
- Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria;
- Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;
- Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros em regime de contrato ou convênio;
- Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais da Unidade aos progressos técnicos e científicos;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demanda da comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

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

A seguir descreveremos o passo a passo de como deve se concretizar os processos de Aquisição, Recebimento, Guarda e Distribuição dos materiais da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS .

O processo de compras da Policlínica Estadual de Quirinópolis é uma das engrenagens essenciais para garantir que a unidade funcione de maneira eficiente, com todos os insumos, medicamentos, equipamentos e serviços necessários para o atendimento de saúde. Para assegurar que esse processo ocorra dentro dos mais altos padrões de qualidade, transparência

e conformidade legal, as seguintes diretrizes foram estabelecidas. Essas diretrizes não apenas seguem a legislação vigente, como também refletem as melhores práticas de gestão pública de compras e contratos.

Compras Programadas

As compras programadas são aquelas planejadas com antecedência e são realizadas de maneira centralizada pelo Setor de Compras do Centro de Gestão Integrada (CGI). O planejamento é baseado nas necessidades dos setores da Policlínica, a partir de uma análise periódica de consumo, previsões de atendimento e demandas sazonais.

Tem por objetivo assegurar que a Policlínica esteja sempre abastecida com insumos e materiais médicos, prevenindo qualquer interrupção nos serviços oferecidos à população.
Planejamento e Controle: Cada setor da Policlínica, seja ele clínico ou administrativo, envia suas demandas ao Setor de Compras, que organiza e consolido CGI pedidos, garantindo que os contratos de fornecimento estejam alinhados com as necessidades de médio e longo prazo.

Prazos e Eficiência: O CGI realiza o processo de aquisição com prazos claros para garantir que os produtos cheguem dentro do período estabelecido, minimizando riscos de escassez e evitando compras emergenciais, que tendem a ser menos vantajosas em termos de custo.

A aquisição de medicamentos não padronizados – ou seja, medicamentos que não fazem parte da lista regular de uso da unidade – só será realizada mediante autorização prévia do Diretor Geral da Unidade. Esses medicamentos são geralmente adquiridos para casos específicos e de caráter excepcional, quando a prescrição médica assim o justifica.

Processo de Solicitação:

O setor responsável, como a farmácia ou a área médica, deverá justificar a necessidade de medicamentos não padronizados, anexando relatórios clínicos ou prescrição médica que justifique a compra.

A solicitação será encaminhada para aprovação do Diretor Geral da Policlínica, que fará a análise do custo-benefício e da necessidade terapêutica.

Esse processo de aquisição é realizado com cautela para garantir que os medicamentos fora de padrão sejam comprados apenas quando não houver alternativas terapêuticas disponíveis dentro do estoque regular.

Para atender a demandas específicas ou não recorrentes, produtos que não integram o estoque regular da Policlínica poderão ser adquiridos. No entanto, a compra desses produtos deverá seguir um fluxo rigoroso de autorização e controle:

Solicitação e Autorização:

- Cada setor que identificar a necessidade de um produto fora de estoque deverá justificar a aquisição, detalhando sua importância para as operações ou o tratamento dos pacientes.
- A solicitação será encaminhada para aprovação do coordenador do setor responsável, que verificará a pertinência do pedido.
- Após essa etapa, a solicitação segue para o Setor de Compras, que executará o processo de aquisição.

Aquisição de Bens Patrimoniais

Os bens patrimoniais, como equipamentos médicos, mobiliários e itens de tecnologia, são essenciais para a operação da Policlínica e seu aprimoramento contínuo. Qualquer aquisição de bens patrimoniais, independentemente do valor, deverá ser autorizada pela Direção Geral da Unidade.

A compra de bens patrimoniais será feita com base na avaliação das necessidades da Policlínica, visando melhorias operacionais ou substituição de equipamentos obsoletos.

O Setor de Compras, em conjunto com a área técnica envolvida, realizará a avaliação dos melhores fornecedores, com base em critérios de custo, qualidade e suporte técnico.

Todos os bens adquiridos serão registrados no sistema de gestão patrimonial da unidade, com acompanhamento de sua localização e uso. A manutenção preventiva e corretiva dos bens patrimoniais também será acompanhada de forma a garantir sua longevidade e funcionamento contínuo.

Todo o processo de compras da Policlínica é orientado pela Lei nº 14.133/2021 (Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos), que estabelece padrões modernos para a gestão de contratos e aquisições no setor público. Essa legislação substitui a antiga Lei nº 8.666/1993, trazendo maior flexibilidade e agilidade, ao mesmo tempo que mantém elevados níveis de transparência e controle.

O Setor de Compras do CGI assegura que cada etapa do processo de compras seja documentada e transparente, permitindo que a Policlínica cumpra com os requisitos de controle externo. Auditorias internas serão realizadas regularmente para monitorar a conformidade dos processos e garantir que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente.

Todos os produtos e serviços adquiridos devem seguir padrões de qualidade pré-estabelecidos, evitando a compra de insumos de baixa qualidade que possam comprometer o atendimento aos pacientes.

Cadastro de Fornecedores

Para garantir a confiabilidade dos fornecedores, a Policlínica apenas realizará compras de produtos e insumos de empresas previamente cadastradas no sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado. O processo de cadastramento requer uma análise criteriosa dos documentos apresentados pelas empresas interessadas.

A POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS somente realizará compras de produtos e insumos em geral de empresas previamente cadastradas no sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, salvo as exceções previstas neste regulamento. Para o cadastramento de empresas que se interessarem em fornecer produtos e insumos para a Unidade, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- Contrato Social e última alteração, ou estatutos e ata de assembleia de eleição da diretoria da sociedade devidamente registrado na Junta Comercial;
- Cartão do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ/MF;
- Registro na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária para empresas fornecedoras de medicamentos e OPM;
- 03 (três) cartas de recomendação de outras empresas para as quais o interessado já tenha fornecido seus produtos;
- Comprovação de que não possui pendências quanto à entrega de produtos e insumos, por meio da apresentação de certidão "nada consta" expedida pelo almoxarifado e pela farmácia da Unidade.

Após a apresentação dos documentos previstos no item acima, o fornecedor será cadastrado no sistema informatizado de gestão de Serviços de Saúde integrado e estará apto a participar dos processos de aquisição de produtos e insumos.

PROCEDIMENTO DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

I. Procedimento ordinário de aquisição

As compras de medicamentos e insumos utilizados na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS serão realizadas, em regra, mensalmente para o atendimento de uma demanda estimada de 30 (trinta) dias. Poderá haver variações nesse prazo a depender da demanda dos serviços prestados e dos níveis de estoque de cada produto.

Após a identificação da necessidade de aquisição de determinado(s) item(s) pelo sistema informatizado de gestão de serviços de saúde integrado, ou pelo respectivo centro de custo, o setor de compras preparará uma lista dos medicamentos e insumos que se pretende adquirir,

contendo as suas especificações, as quantidades desejadas, bem como o respectivo código do produto.

A lista de produtos referida acima, deverá ser enviada por meio físico, digital (e-mail) ou por *fac-símile*, para pelo menos 3 (três) fornecedores previamente cadastrados, com a indicação de data e hora para que as propostas de preço, prazo de pagamento e entrega, sejam apresentadas à Unidade.

Até a data e hora previamente designadas, os fornecedores deverão entregar por meio físico, digital (*e-mail*) ou por *fac-símile*, suas propostas, contendo os preços, prazos de pagamento e entrega, devendo obrigatoriamente constar ao lado de cada produto o respectivo código previamente informado pela Unidade.

Recebidas as propostas de preços de cada fornecedor, os preços, prazos de entrega e de pagamento serão lançados no Sistema Informatizado de Gestão de Serviços de Saúde, que automaticamente designará qual o fornecedor que apresentou o melhor preço por cada item.

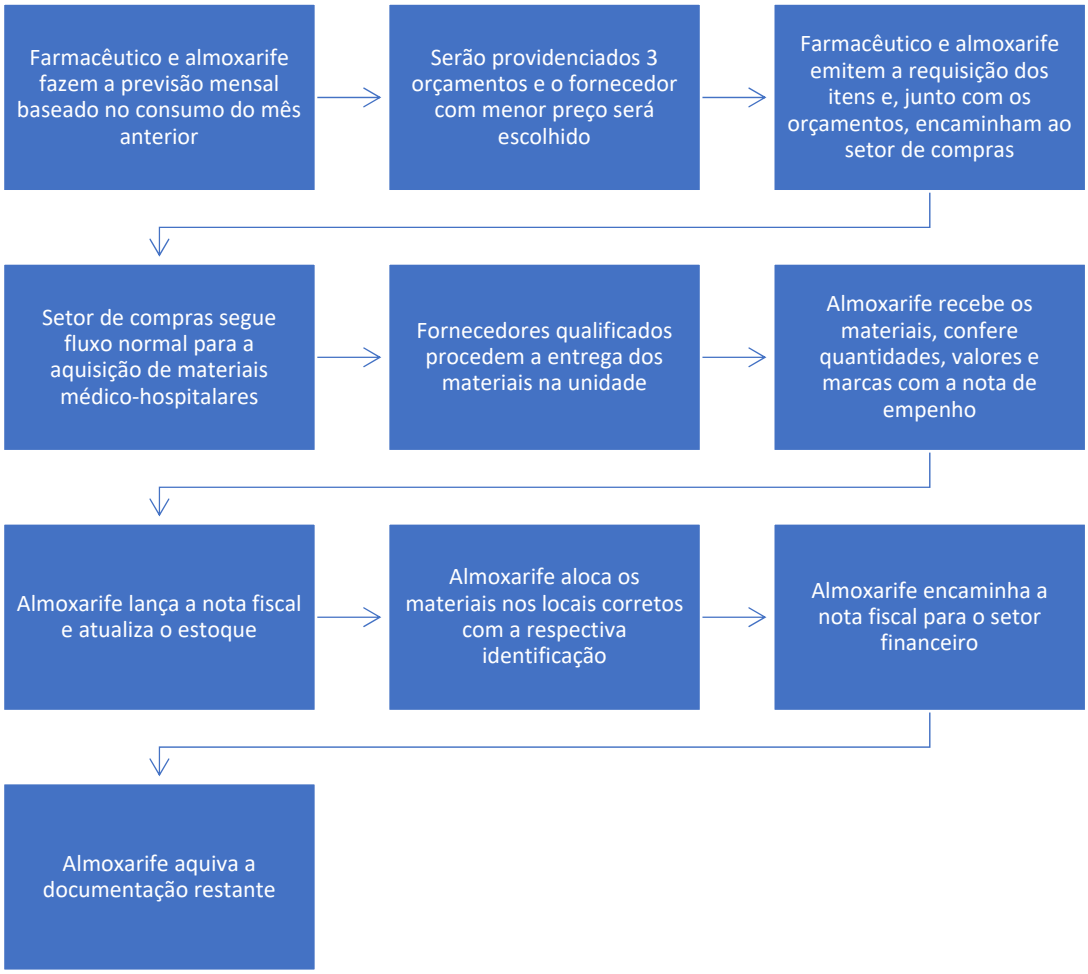
Em caso de empate de preços por item, o responsável pela análise das propostas utilizará os seguintes critérios de desempate:

- Prazo de pagamento mais longo;
- Prazo de entrega mais curto;
- Se o nível de estoque de cada produto estiver abaixo do desejável, o critério de desempate poderá ser invertido para dar prioridade ao prazo de entrega mais curto;
- O fornecedor que apresentou o melhor preço para determinado item só não será declarado vencedor da tomada de preços, caso o produto por ele apresentado não seja considerado tecnicamente adequado para utilização pela Unidade, fato que deverá ser justificado por parecer técnico firmado pelo setor responsável pela sua utilização e aprovado pela Diretoria Geral;
- Resolvidos os empates e demais questões que envolvam a análise de preços, o sistema informatizado de gestão Hospitalar integrado, gera as respectivas "Ordens de Compras" para os fornecedores que tiverem apresentado a melhor proposta em cada item. Em seguida, uma via da Ordem de Compra é enviada ao fornecedor e outra via é enviada para o Almoxarifado ou Farmácia, conforme a natureza do produto adquirido. Estes setores deverão acompanhar a entrega dos produtos e gerar relatórios de atrasos e não atendimento, caso os respectivos fornecedores deixem de atender ao prazo de entrega previamente estabelecido nas propostas;
- Após o recebimento dos produtos pelo Almoxarifado e/ou Farmácia da Unidade e devidamente conferidas as suas características e atestada a sua conformidade com o pedido, as notas fiscais serão enviadas ao setor Financeiro para programar o pagamento.

Procedimento excepcional de aquisições

- Excepcionalmente, em casos de justificada urgência, nas hipóteses em que tecnicamente não se justifique a competição, na hipótese de comprovadamente não haver mais de um interessado no fornecimento do produto ou serviço, ou para produtos de valor inferior a R$ 10.000,00 (dez mil reais), o setor de Compras poderá dispensar o procedimento ordinário previsto acima;
- Para a realização de compras em caráter de urgência, devidamente justificado, e para as compras com valor global inferior a R$ 5.000,00 (cinco mil reais), o setor de Compras poderá adotar procedimento simples de aquisição direta de fornecedores já cadastrados na Unidade;
- Nas hipóteses de aquisição de produtos ou insumos que sejam fornecidos por um só fornecedor, ou cujas especificações técnicas indiquem a conveniência da aquisição direta de determinada empresa, o processo de compra deverá ser instruído com cópia de parecer técnico e autorização expressa do Diretor Geral e do gestor da respectiva área que se pretende atender, e a aquisição poderá se dar por negociação direta com o respectivo fornecedor.

Rotina para aquisição de medicamentos e insumos



Recebimento

Recebimento é a atividade intermediária entre as tarefas de compra e pagamento ao fornecedor, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;

- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento na POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreenderá:

- Entrada de materiais;
- Conferência quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

Entrada de Materiais

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito por meio da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

Conferência Quantitativa

É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Conferência Qualitativa

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

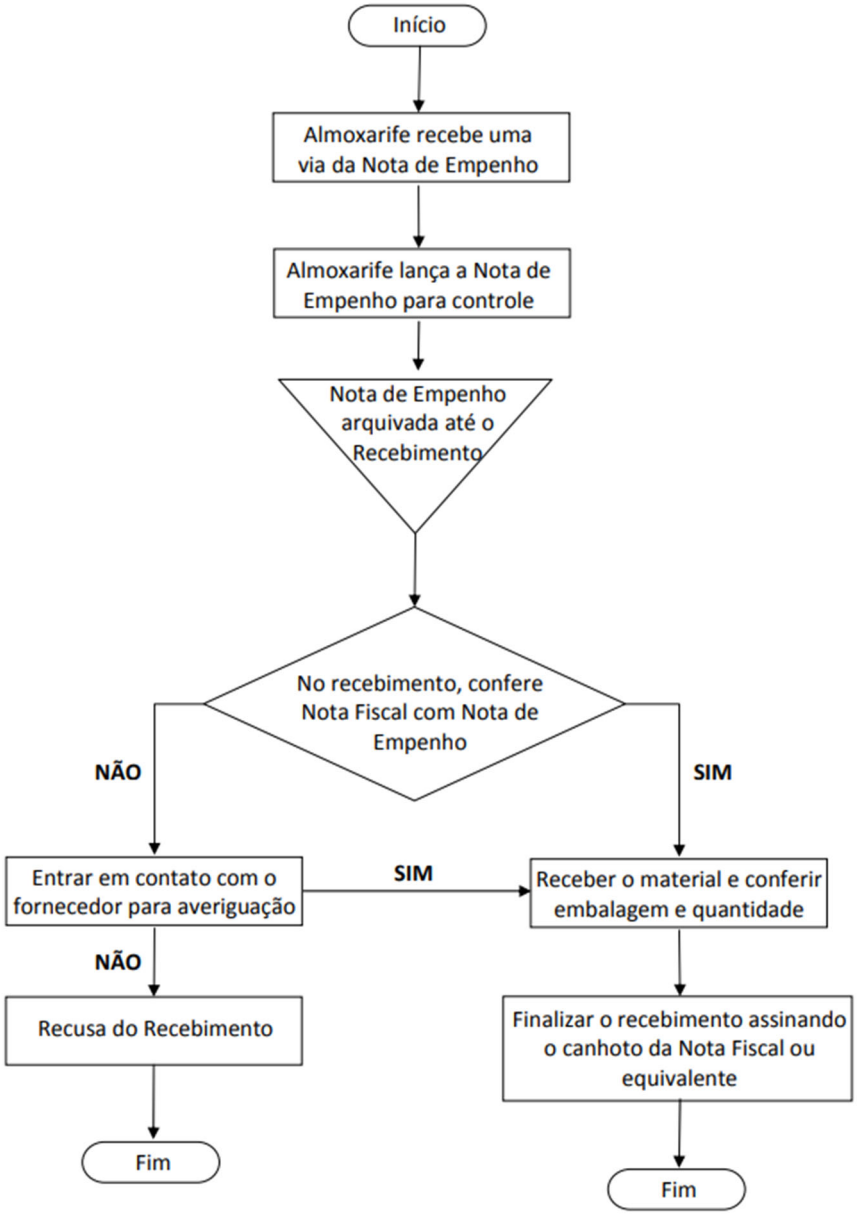
- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Relatório técnico da inspeção;
- Especificação de compra;
- Catálogos técnicos;
- Desenhos.

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

Figura 53 - Rotina Para Recebimento De Materiais



Guarda / Armazenagem

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS obedecerá a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no *layout* adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição.

Alguns cuidados serão tomados durante o projeto do *layout* do Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
- Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto do Almoxarifado serão verificados os seguintes aspectos:

- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso);
- Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, serão analisados, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Utilizaremos uma simbologia (codificação)

alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife será o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

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

A contratação de empresas terceirizadas para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial da Policlínica Estadual de Quirinópolis tem como objetivo garantir a qualidade, segurança e funcionamento contínuo das instalações, respeitando as normas técnicas, sanitárias e de segurança vigentes. Estes serviços são essenciais para proporcionar um ambiente seguro, limpo e funcional, de forma que colabore com a saúde e o bem-estar dos pacientes e colaboradores.

Critérios Gerais de Contratação

Os processos de contratação serão conduzidos em conformidade com a Lei nº 14.133/2021, garantindo a observância dos princípios de legalidade, isonomia, publicidade, eficiência e competitividade. Os seguintes critérios gerais serão considerados:

- **Qualificação Técnica**
  - A empresa deve apresentar capacidade técnica para a execução dos serviços, comprovada por meio de certificações e treinamento da equipe, além de histórico de atuação em áreas de saúde ou ambientes críticos.
  - Experiência Comprovada: A empresa deve demonstrar sua atuação em projetos similares, preferencialmente em unidades de saúde, mediante apresentação de referências e contratos anteriores.
  - Certificações de Qualidade: As empresas devem possuir certificações como ISO 9001 ou outras relevantes para o setor de atuação.
- **Regularidade Jurídica e Fiscal**
  - A empresa deve apresentar documentação que comprove sua regularidade jurídica, fiscal e trabalhista, incluindo CNPJ, certidões de regularidade fiscal (federais, estaduais e municipais), e certidões negativas de débitos trabalhistas.

- Conformidade com a Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021), com a documentação necessária para habilitação, conforme as exigências legais.

- **Sustentabilidade e Responsabilidade Social**
- A empresa deve demonstrar compromisso com práticas de sustentabilidade, como o uso de materiais ecológicos, redução do impacto ambiental e manejo correto de resíduos, principalmente em serviços de limpeza e manutenção predial.
- Políticas de Inclusão Social e Diversidade também serão valorizadas, considerando empresas que promovam práticas inclusivas em seu quadro de colaboradores.

Critérios Específicos para Cada Serviço

- **Serviços de Limpeza**
  - Para a contratação de empresas de limpeza, é fundamental que o serviço atenda às exigências específicas do ambiente hospitalar:
  - Normas de Higienização Hospitalar: A empresa deve comprovar que segue as normas da ANVISA e legislações vigentes para limpeza hospitalar, como a RDC 63/2011. É crucial que os profissionais sejam capacitados em boas práticas de higienização para ambientes críticos.
  - Equipamentos e Produtos de Limpeza: A empresa deve utilizar produtos certificados pela ANVISA, adequados para a desinfecção de áreas de assistência à saúde. Produtos sustentáveis e ecologicamente corretos serão preferidos.
  - Treinamento da Equipe: A empresa deve comprovar que os profissionais são capacitados regularmente em procedimentos de controle de infecção e higienização hospitalar.
  - Supervisão Contínua: A empresa deve garantir a supervisão permanente das atividades e fornecer relatórios periódicos de controle de qualidade, incluindo indicadores de desempenho (tempo de execução, satisfação e conformidade com as normas).
- **Serviços de Vigilância**
  - Os serviços de vigilância devem garantir a segurança física e patrimonial da Policlínica, considerando a particularidade de um ambiente de saúde:
  - Certificação em Segurança Privada: A empresa deve ser registrada junto à Polícia Federal, de acordo com as exigências da Lei nº 7.102/1983, que regulamenta a segurança privada no Brasil. Todos os vigilantes devem possuir certificação em segurança privada.

- Plano de Ação e Emergências: A empresa deve apresentar um plano de ação detalhado, que inclua procedimentos de evacuação e gestão de crises, bem como controle de acesso e segurança patrimonial.
- Monitoramento e Tecnologia: A empresa deve utilizar sistemas avançados de videomonitoramento e controle de acesso eletrônico, garantindo que todas as áreas da Policlínica estejam devidamente monitoradas.
- Treinamento em Primeiros Socorros: A equipe de vigilância deve ser treinada em primeiros socorros, dado o ambiente hospitalar em que atuarão.

- **Serviços de Manutenção Predial**
  - A manutenção predial engloba a conservação das instalações físicas e sistemas de infraestrutura. As empresas contratadas devem cumprir os seguintes critérios:
  - Registro e Certificação Técnica: A empresa deve ser registrada no Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) e apresentar um corpo técnico especializado nas áreas de elétrica, hidráulica, climatização e manutenção predial.
  - Plano de Manutenção Preventiva e Corretiva: A empresa deve fornecer um plano detalhado de manutenção preventiva, que inclua inspeções periódicas e procedimentos corretivos de forma ágil, para evitar falhas que comprometam o funcionamento da unidade.
  - Garantia de Sustentabilidade: Preferência para empresas que adotem práticas sustentáveis, como o uso eficiente de energia e água, bem como tecnologias de manutenção que minimizem o impacto ambiental.
  - Relatórios de Manutenção: A empresa deve fornecer relatórios periódicos detalhando os serviços realizados, com registros de manutenção e relatórios de avaliação de riscos.

Modalidades de Contratação

A contratação das empresas será realizada de acordo com a Lei nº 14.133/2021, que regulamenta as licitações e contratos administrativos. As modalidades incluem:

- Concorrência: Para serviços de maior valor, que demandem um processo de licitação amplo, garantindo competitividade e transparência.
- Pregão Eletrônico: Para a contratação de serviços comuns e de baixo risco, garantindo agilidade e economia.
- Dispensa de Licitação: Em situações excepcionais ou emergenciais, quando não for possível seguir os procedimentos licitatórios, conforme o Art. 75 da Lei nº 14.133/2021.

Monitoramento e Avaliação dos Contratos

- Durante a execução do contrato, o desempenho das empresas terceirizadas será monitorado por meio de:
- Auditorias periódicas: Verificação da conformidade dos serviços com os contratos e normas regulatórias.
- Relatórios de Qualidade e Eficiência: Cada empresa deverá fornecer relatórios periódicos com indicadores de desempenho, tais como:

9.4.6. Instrução para funcionamento do Serviço de Farmácia com especificação de estrutura, normas, e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima

O Serviço de Farmácia da Policlínica Estadual de Quirinópolis é responsável pela gestão dos medicamentos e insumos farmacêuticos utilizados na unidade, garantindo a distribuição segura e eficiente aos profissionais de saúde e pacientes. A farmácia desempenha um papel essencial no atendimento das demandas clínicas, assegurando a disponibilidade de medicamentos, a correta dispensação e a promoção de uso racional dos produtos, dentro das normas vigentes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estrutura do Serviço de Farmácia

A estrutura física do Serviço de Farmácia deve ser adequada ao seu fluxo de trabalho, com áreas específicas para recebimento, armazenamento, dispensação, controle de estoque e atendimento aos profissionais de saúde e pacientes.

Áreas de Abrangência

O serviço de farmácia abrange as seguintes áreas:

- **Recebimento de Medicamentos e Insumos**: Área destinada à recepção, conferência e registro de todos os medicamentos e insumos que chegam à Policlínica.
- **Armazenamento e Controle de Estoque:** Local de armazenamento dos medicamentos, com controle de temperatura e umidade, garantindo a integridade dos produtos.
- **Farmácia Ambulatorial:** Destinada à dispensação de medicamentos prescritos, tanto para uso hospitalar quanto para pacientes que recebem medicação para tratamento ambulatorial.

- **Controle de Medicamentos Controlados:** Área separada e devidamente regulamentada para o armazenamento e controle de medicamentos sujeitos a controle especial, conforme legislação da ANVISA.
- **Área de Dispensação:** Área para atendimento direto aos profissionais de saúde que solicitam medicamentos para os pacientes da Policlínica.

Normas e Procedimentos Operacionais

Recebimento de Medicamentos e Insumos

- Todos os medicamentos e insumos recebidos devem ser conferidos com base nas especificações da nota fiscal e ordem de compra.
- O registro de entrada de produtos será feito no sistema informatizado de gestão de estoques, que garante o controle rigoroso das quantidades e a rastreabilidade de todos os produtos.
- Medicamentos com temperatura controlada devem ser armazenados imediatamente em locais apropriados, como geladeiras específicas, sendo devidamente monitorados.

Armazenamento e Controle de Estoque

- Os medicamentos e insumos farmacêuticos devem ser armazenados em condições adequadas de temperatura, umidade e organização.
- Rodízio de Estoque (PEPS): A regra de primeiro que entra, primeiro que sai (PEPS) deve ser seguida para garantir que os medicamentos com datas de validade mais próximas sejam dispensados primeiro.
- Controle de Validade: Monitoramento contínuo da validade dos medicamentos e retirada de produtos próximos ao vencimento.

Dispensação de Medicamentos

- Todos os medicamentos serão dispensados mediante prescrição médica e autorização digital através do sistema integrado.
- O farmacêutico deve revisar todas as prescrições para verificar a conformidade com as normas clínicas e assegurar que as doses e interações medicamentosas sejam seguras para o paciente.
- O procedimento de dispensação deve incluir a orientação ao profissional de saúde ou paciente sobre a forma correta de uso do medicamento, quando aplicável.

Controle de Medicamentos Controlados

- Medicamentos sujeitos a controle especial, conforme a Portaria 344/1998 da ANVISA, serão mantidos em uma área de armazenamento controlada e com acesso restrito.

- Um livro de registro manual ou digital será mantido, com todas as entradas e saídas desses medicamentos, para garantir total controle e conformidade com a legislação.
- Apenas farmacêuticos e profissionais autorizados terão acesso a essa área, e o registro de saída de cada medicamento controlado deve ser acompanhado pela assinatura e identificação do responsável.

Devoluções e Descarte de Medicamentos

- Medicamentos devolvidos ao estoque, por não terem sido utilizados ou por desistência de tratamento, devem ser avaliados quanto à integridade física e validade antes de serem reincorporados ao estoque.
- O descarte de medicamentos vencidos ou inutilizados seguirá as normas da Resolução RDC 222/2018, que regula o descarte de resíduos de serviços de saúde, em conformidade com o Plano de Gerenciamento de Resíduos da Policlínica.

Gestão de Medicamentos de Alta Vigilância

- Medicamentos de alta vigilância, como anticoagulantes, opioides e quimioterápicos, devem ser monitorados de perto em relação ao armazenamento, prescrição, dispensação e uso, seguindo protocolos rigorosos de segurança para evitar erros de medicação.

Rotinas Operacionais

- Horário de Funcionamento: O Serviço de Farmácia funcionará de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.
- Equipe Mínima Para garantir o funcionamento contínuo e eficaz do serviço de farmácia, a equipe mínima incluirá:
  - 1 Farmacêutico Responsável Técnico (RT): Responsável pela gestão geral do serviço de farmácia, incluindo supervisão de processos, controle de estoque, acompanhamento de compras e auditoria de dispensação.
  - 2 Farmacêuticos Assistenciais: Responsáveis pela revisão de prescrições, orientação aos profissionais de saúde e dispensação de medicamentos.
  - 3 Auxiliares de Farmácia: Auxiliam no controle de estoque, dispensação, organização de medicamentos e atendimento aos profissionais de saúde.
  - 1 Assistente Administrativo: Auxilia na gestão de registros, controle de documentos e tarefas administrativas relacionadas ao serviço de farmácia.

Monitoramento e Avaliação

Auditorias Regulares

- Auditorias internas periódicas serão realizadas para avaliar a conformidade com as normas legais e operacionais, bem como para monitorar o desempenho da equipe e identificar áreas de melhoria.
- O farmacêutico responsável deverá realizar auditorias mensais para garantir que os estoques estejam sendo gerenciados corretamente e que não haja discrepâncias.

Indicadores de Desempenho

- Percentual de medicamentos e insumos disponíveis em relação ao total necessário.
- médio entre a solicitação do medicamento e sua entrega.
- Medicamentos fora de validade, com danos físicos ou que não atendem aos padrões estabelecidos.

9.4.7. Protocolo de funcionamento da unidade móvel de prevenção do câncer (carreta da prevenção)

O Programa de Rastreamento do Câncer visa a detecção precoce de neoplasias malignas em populações vulneráveis e de difícil acesso, utilizando a Unidade Móvel de Prevenção (Carreta da Prevenção). A unidade móvel é equipada para realizar exames de rastreamento de câncer de mama, colo do útero, próstata e pele, entre outros, e está alinhada às diretrizes nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para prevenção e controle do câncer. O programa tem como foco a prevenção secundária, detectando o câncer em estágios iniciais, quando as chances de cura são maiores.

Objetivos do Programa

- Detectar precocemente neoplasias malignas, possibilitando tratamento mais eficaz.
- Facilitar o acesso ao diagnóstico em regiões de difícil acesso, ampliando a cobertura de rastreamento.
- Promover a educação em saúde sobre a prevenção do câncer e a importância do rastreamento regular.
- Garantir a qualidade dos diagnósticos, com controle rigoroso e integração com serviços de referência para tratamento.

Público-Alvo

O programa é destinado às populações que vivem em áreas remotas, rurais ou de baixa renda, com ênfase nos seguintes grupos:

- Mulheres entre 25 e 64 anos: Rastreamento de câncer de colo do útero (Papanicolau).

- Mulheres entre 50 e 69 anos: Rastreamento de câncer de mama (mamografia).
- Homens a partir dos 50 anos: Rastreamento de câncer de próstata (PSA e toque retal, conforme avaliação).
- Pessoas com fatores de risco: História familiar de câncer, tabagismo, exposição prolongada ao sol, entre outros.

Estrutura e Funcionamento da Unidade Móvel

A Unidade Móvel de Prevenção será equipada com:

- Consultório clínico para exames clínicos e avaliação geral.
- Mamógrafo digital para rastreamento de câncer de mama.
- Sala de ultrassom para exames complementares.
- Equipamentos para coleta de exames ginecológicos (Papanicolau) e laboratoriais (PSA, entre outros).
- Dermatoscópio para avaliação de lesões de pele.
- Sistema de registro e armazenamento digital de exames, com prontuário eletrônico para facilitar o encaminhamento e acompanhamento dos pacientes.

Procedimentos e Roteiro de Exames

- Câncer de Mama
    - Exame clínico das mamas e mamografia digital para mulheres entre 50 e 69 anos.
    - Mulheres com alterações nos exames serão encaminhadas para centros de referência para biópsia e diagnóstico confirmatório.
- Câncer do Colo do Útero
    - Coleta de Papanicolau para mulheres entre 25 e 64 anos.
    - Resultados alterados (lesões intraepiteliais) serão encaminhados para colposcopia em centros especializados.
- Câncer de Próstata
    - PSA (Antígeno Prostático Específico) para homens acima de 50 anos, e toque retal conforme indicação clínica.
    - Pacientes com exames alterados serão encaminhados para urologista.
- Câncer de Pele
    - Exame dermatológico completo com avaliação de lesões suspeitas utilizando dermatoscópio.
    - Encaminhamento para biópsia em caso de suspeita de neoplasias cutâneas.

Controle de Qualidade dos Diagnósticos

A qualidade dos diagnósticos realizados na Unidade Móvel será assegurada por meio de:

- Treinamento contínuo dos profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de radiologia, sobre protocolos atualizados de rastreamento.
- Avaliação de qualidade das imagens mamográficas por radiologistas especializados, com dupla leitura das mamografias para minimizar erros.
- Integração com o Sistema Informatizado de Saúde para garantir que todos os exames realizados na unidade móvel sejam registrados e acompanhados.
- Auditorias periódicas nos exames realizados e no seguimento dos casos detectados, garantindo que os pacientes encaminhados sejam atendidos em tempo hábil.

Acompanhamento e Encaminhamentos

- Após a realização dos exames, os resultados serão disponibilizados no prontuário eletrônico e compartilhados com os centros de referência de tratamento, quando necessário.
- Protocolos de encaminhamento serão seguidos para cada tipo de câncer identificado, com garantia de seguimento em serviços especializados para tratamento.
- Monitoramento contínuo dos pacientes diagnosticados para assegurar o cumprimento dos tratamentos recomendados.

Cronograma e Rotas

A Unidade Móvel percorrerá diferentes regiões do estado, priorizando áreas de maior vulnerabilidade e onde a cobertura de rastreamento de câncer é insuficiente. Um cronograma trimestral será elaborado em conjunto com as secretarias de saúde municipais, permitindo que a unidade alcance o máximo de pessoas possíveis.

Equipe Mínima

A equipe da Unidade Móvel será composta por:

- 1 Médico especialista (ginecologista ou mastologista).
- 1 Técnico em radiologia para operar o mamógrafo.
- 1 Enfermeiro especializado para coleta de exames ginecológicos e orientações gerais.
- 1 Técnico em enfermagem.
- 1 Motorista/técnico responsável pela mobilidade da unidade e suporte técnico.

Indicadores de Desempenho

O sucesso do programa será monitorado por meio de indicadores de desempenho, tais como:

- Número de exames realizados (mamografia, Papanicolau, PSA, etc.).
- Taxa de detecção precoce de cânceres.
- Tempo de encaminhamento para centros de tratamento após detecção de alterações nos exames.
- Satisfação dos usuários com os serviços oferecidos na unidade móvel**.**

9.4.7.1. Ciência E Tecnologia

9.4.7.1.1. Convênio de cooperação técnica com entidades de Ensino para desenvolvimento de estágios curriculares e treinamentos

Acreditando que o poder das ideias compartilhadas, recursos e experiências ajudam a desenvolver com qualidade os trabalhos institucionais, o CGI pretende expandir suas parcerias com diferentes organizações como estratégia para importantes mudanças sociais. Como tal, as parcerias são ferramentas eficazes no sentido de agregar força e legitimidade às políticas públicas, na perspectiva de uma gestão compartilhada que reforce e complemente ações planejadas. Para a manutenção dos grandes desafios institucionais ao longo do ano, entendemos que a manutenção das parcerias institucionais deve sustentar as discussões, isto porque novos desafios são lançados para o surgimento do fazer acontecer as ações planejadas.

Nesta perspectiva o CGI, alicerçada na celebração de convênios, promoverá a melhoria continuada da educação. Assim, a intenção é promover parceiras com as Universidades do Estado de Goiás, como a XXXXXXXX, possibilitando o acesso do aluno de graduação e pós-graduação as dependências da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , bem como parcerias com as escolas técnicas existentes na região.

Quanto às residências multiprofissionais, uma vez iniciadas as atividades na Policlínica, será discutida junto ao município de Quirinópolis uma parceria com as instituições de Ensino Superior, aqui situadas, e a elaboração de um projeto de residência multiprofissional.

Outrossim, é instituir parcerias com os Centros Universitários para promover o desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública. Esta ação é importante por acreditar que a POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS é um excelente campo de pesquisa para trabalhos científicos assistenciais, administrativos e de saúde pública.

9.4.7.1.2. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência ambulatorial

Educação continuada é um processo de contínuo desenvolvimento, que acontece durante toda a vida do indivíduo que tem disposição para a aquisição de conhecimentos para que ele se desenvolva pessoal e profissionalmente, possibilitando um ajuste constante às mudanças do mundo globalizado. Os serviços de educação continuada nas instituições de saúde devem orientar o direcionamento das atividades educativas, sendo voltado para a realidade institucional e necessidades dos colaboradores, proporcionando o desenvolvimento profissional e influenciando na qualidade da assistência da saúde.

A utilização da educação continuada como ferramenta no processo educativo dinâmico e contínuo, seja no modo individual ou coletivo, busca a qualificação, exercício desta proposta, principalmente uma prática que permeia os objetivos do **CGI para** com todos os seus colaboradores, em todas as áreas de atuação.

A Política de Desenvolvimento de Pessoas do **CGI** é responsável pela gestão integral das ações de desenvolvimento e capacitação de todos os profissionais pertencentes à Unidade de Saúde em questão, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e crescimento de seus profissionais e manutenção de um bom clima organizacional, favorecendo a interação e integração nos processos de trabalho. As ações de desenvolvimento e capacitação dos profissionais serão realizadas de acordo com a estrutura e número de profissionais da unidade, podendo ser anualmente, ou a cada 02 anos.

Basicamente, a unidade assistencial, terá ainda programas de internato médico, as especializações em saúde, e estágios profissionalizantes, monitorados e conduzidos por profissionais de alto nível técnico e experiência ampla e específica para cada especialidade.

Ainda, sob a coordenação e orientação dos preceptores, serão apresentados anualmente trabalhos científicos em Congressos, Jornadas, Simpósios e outros eventos científicos, ou publicá-los em periódicos nacionais e/ou estrangeiros.

A **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** realizará o Programa de Residência Médica, uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Funcionará sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, do quadro de médicos da Unidade de Saúde. Os programas serão devidamente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, criadas a partir da promulgação da Lei n° 11.129 de 2005, são orientadas pelos

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas devidamente avaliadas e acreditadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.

A **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS)** constituirá o Núcleo de Educação Permanente – NEP, como órgão colegiado, estruturado para ordenar todas as atividades da educação permanente dos colaboradores com a finalidade de qualificar a sua força de trabalho. O NEP é um serviço responsável por atuar no desenvolvimento dos Recursos Humanos (Médicos, Enfermagem e demais trabalhadores da unidade) por meio da educação contínua com vistas à qualidade da intervenção, em todas as áreas e profissionais da unidade. É responsável por desenvolver o agir técnico da força do Recurso Humano, proporcionando aprofundamento de conhecimentos dos profissionais de saúde por meio da capacitação pedagógica em várias áreas e níveis de complexidade, visando a qualificação do processo assistencial à população. Este serviço poderá desenvolver atividades visando ações voltadas à comunidade.

O NEP será responsável por organizar e manter os profissionais capacitados em cursos como o BLS *(Basic Life Support)* entre outros.

A Educação Permanente é responsável pela formalização, liberação e monitoramento de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde das Instituições de Ensino Superior e Ensino Médio.

A educação é um dos caminhos para a efetivação dessas mudanças. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de articular a educação com o mundo do trabalho de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, instituiu, pela Portaria nº 198/MS, de 13/02/2004, a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS.

Essa proposta de educação investe na promoção de mudanças nos processos formativos, nas práticas pedagógicas de saúde e gerenciais, propiciando uma integração entre os diversos segmentos dos serviços de saúde.

A educação permanente das equipes assistenciais, decorre da complexidade da assistência aos pacientes, implementação ou revisão de rotinas ou práticas, aquisição de equipamentos, introdução de políticas ou diretrizes institucionais, otimização de processos de trabalho, acompanhamento de indicadores de segurança, gerenciais e da ocorrência de não conformidades.

O programa de capacitação é elaborado pelos gestores de cada unidade assistencial, após observação prévia do processo de trabalho nas unidades, por meio de um diagnóstico situacional, para auxiliar na elaboração dos fluxos de trabalho e na identificação das necessidades que impactam a segurança da assistência direta ao paciente.

Para atender às necessidades de atualização e treinamento das equipes assistenciais e demais profissionais, serão organizados programas específicos que contemplem as categorias deliberados no Comitê da Qualidade e organizados pela Gerência da Qualidade.

A capacitação da equipe multidisciplinar para atendimento integral dos usuários envolverá treinamentos teóricos e práticos que podem ocorrem em salas de treinamento e/ou em serviço, nos postos de trabalho. Serão utilizados recursos audiovisuais e empregada metodologia adequada a cada conteúdo e público-alvo.

O Policlínica terá Comissões com Residências Médica e Multidisciplinar e áreas de estágios:

1. Comissão de Residência Médica: Clínica Médica;
2. Comissão de Residência Multidisciplinar: Enfermagem e Nutrição;
3. Áreas de Estágios: Técnicos em Enfermagem, Técnicos em Radiologia, entre outras oportunidades de integração com os sistemas educacionais devidamente credenciados junto ao Conselho Estadual de Educação do Estado de Goiás.

Desenvolvimento das Ações

Na proposta da educação permanente, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas, as tecnologias e metodologia a serem utilizadas devem ser determinadas a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos, método e tecnologias estabelecidas.

Faz-se necessário, também, envolver os colaboradores e principalmente os chefes ou gerentes das unidades hospitalares, transmitindo-lhes as estratégias a serem seguidas para que internalizem estes princípios e adequem suas ações, de forma a satisfazer aos fins da unidade.

Com planejamento, organização, direção, treinamento, execução e controle adequados será possível garantir que o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da unidade seja implantado, garantindo assim tomadas de decisões mais corretas e atualizadas.

Atividades de Educação Permanente:

Capacitação da área médica, área de enfermagem, outros profissionais de saúde de nível superior e multi/transdisciplinar e área técnica/nível médio da Unidade de Saúde, em:

- Acolhimento com Classificação de Riscos;

- Humanização da Atenção;
- Gestão de Leitos;
- Acolhimento Familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;
- Custos Hospitalares.

Atividades de Formação em Serviço:

Trabalhar parcerias com Instituições formadoras objetivando otimizar e implementar cursos de pós-graduação, *Lato Sensu*, abrangendo a Especialização, com 360 horas/aula, com a monografia trabalhada no serviço, para a área médica, área de enfermagem, outros profissionais de saúde de nível superior da unidade, em:

- Gestão em Saúde;
- Redes de Urgência e Emergência;
- Regulação Assistencial.

Trabalhar parcerias com Instituições Formadoras objetivando otimizar e implementar Cursos de Especialização Técnica, destinados a graduados de cursos técnicos do segundo grau ou nível médio da Unidade de Saúde, tendo por objetivo preparar especialistas em setores restritos das atividades profissionais. Estes cursos terão uma carga de 360 horas-aula, em:

- Ambulatórios;
- SADT.

Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho deve ser encaminhada e realizada pelo gestor. Esta metodologia oportuniza tempo necessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

A avaliação adotada é formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário). Serão levadas em consideração as competências comportamentais e técnicas do colaborador.

Capacitação do Profissional

A capacitação dos profissionais deverá ocorrer após a avaliação de desempenho ou quando houver inclusão de novo equipamento e/ou sistema na unidade, ou ainda por solicitação do gestor da área. Será elaborado um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, que será acompanhado pelo RH e pelo gestor da área. O funcionário é responsável por executar as tarefas definidas no seu PDI.

Desenvolvimento com foco em Competência

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, deve ser elaborado o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). Sua finalidade é suprir eventuais pontos de melhoria, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e especificas para o exercício da função. O PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser programado no seu desenvolvimento.

ATIVIDADE	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
Momento I	X		
Momento II		X	
Momento III		X	
Momento IV			X

Atividades de Educação Permanente

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a educação permanente é entendida como uma atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção das relações das equipes com suas práticas assistenciais, considerando as organizações como responsáveis pela capacitação, educação e desenvolvimento de seus os trabalhadores, por meio da implantação de política de treinamento, específicas para oferta de seus serviços (KURGANT, 2001).

As atividades de Educação Permanente na **POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS** serão contempladas a fim de manter o nível de excelência no atendimento ao paciente, com particular atenção para a capacitação e atualização das equipes de profissionais

de saúde e afins, em todos os níveis de competência e de complexidade de atuação técnica, pertencentes à rede de assistência. Serão oferecidos cursos diversos para os colaboradores, através do programa de educação permanente, com treinamento *in loco*, formação de Grupos de Estudos e Sessões Clínicas mensais.

O CGI possui no seu escopo de atividades o desenvolvimento profissional e desenvolveu ao longo dos seus anos de trabalho vários cursos. Estes podem ser desenvolvidos em parceria com instituições educativas, bem como podem ser aplicados dentro da própria unidade.

As atividades de Educação Permanente terão como principais objetivos:

1. Realizar levantamento de necessidades de treinamento/capacitação e atualização profissionais dos diversos profissionais das equipes técnicas;
2. Capacitar e Atualizar a equipe multiprofissional para o exercício da assistência qualificada e humanizada;
3. Identificar, desenvolver e possibilitar a retenção de Talentos;
4. Capacitar as lideranças profissionais comprometidas com a qualidade da assistência;
5. Apoiar as equipes e gestores na avaliação e melhoria do processo de trabalho;
6. Incentivar processos de adesão e monitoramento de indicadores;
7. Estimular o potencial dos profissionais na apresentação de trabalhos científicos, relatos de experiência etc.;
8. Favorecer a troca de experiência entre os profissionais da equipe multiprofissional e demais profissionais da unidade de saúde.

Visando o alcance dos objetivos propostos, serão estabelecidos programas sistemáticos de educação permanente:

- Programa de Integração do Novo Colaborador: específico para novos profissionais contratados. Constará de temas tais como:

✓ Breve Histórico do CGI ;
✓ Noções Básicas sobre o SUS/POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FOMROSA;
✓ Normas e Rotinas Assistenciais;
✓ Protocolos Assistenciais com foco no ACCR;
✓ Segurança do Paciente;
✓ Segurança do Trabalho – NR 32.

1. Programa de Capacitação Situacional:

✓ Temas Técnicos: abordando temas específicos em concordância com os resultados de indicadores de qualidade assistencial;
✓ Temas operacionais: abordando manipulação de novas tecnologias ou técnicas assistenciais.

2. Programas de Acompanhamento de Estágios Supervisionados:
   - ✓ Visando o acompanhamento e avaliação dos estágios pactuados com a rede conveniada.
3. Projeto Humanizar o Atendimento: O Projeto implica em desenvolver uma ação direcionada, inicialmente, para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos servidores da **POLICLÍNICA REGIONAL – UNIDADE FOMROSA**, tanto no que se refere aos conteúdos técnicos quanto ao contato dos profissionais, técnicos e auxiliares com a população que demanda esses serviços;

Compreende três atividades específicas:

Comunicação Social, dirigida aos trabalhadores do setor e ao público em geral para sensibilização e orientação de todos os envolvidos, promovendo a conscientização dos direitos e deveres de cada um;

Treinamento e/ou qualificação dos profissionais que mais diretamente estão na linha de frente do atendimento aos agravos que provocam a busca dos serviços da unidade Hospitalar;

Treinamento específico para melhorar a qualidade do contato entre o pessoal dos serviços de saúde e a população usuária desses serviços, desde a recepção e busca de informações, por parte do cliente, responsáveis ou familiares, até a saída do paciente.

9.4.7.1.3. Apresentação de projeto em Educação Permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da Unidade Ambulatorial

A Educação Permanente precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Essa é uma concepção de trabalho como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano devem reconhecer o dia-a-dia como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País.

Diante do aumento da complexidade das demandas, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para a promoção de pensamento e ação.

Dentro das premissas do CGI , a Educação Continuada representa um eixo transversal com ações próprias atendendo estratégias que envolvem a gestão e a regulação do trabalho, o

provimento de profissionais, as interações entre parceiros nas políticas do trabalho em saúde e a condução de programas formativos decorrentes da composição de quadros profissionalizantes no cuidado, na docência e na mobilização de práticas pedagógicas na unidade.

Convênios

O CGI buscou parcerias com instituições de ensino e pesquisa, no intuito de investir na capacitação e crescimento profissional de seus colaboradores por meio de descontos para a realização de graduação e pós-graduação. O objetivo do CGI é atuar efetivamente na vida acadêmica de seus profissionais, com vista ao desenvolvimento da sociedade e do ser humano, gerar o saber e socializar o conhecimento fundamentando a formação de profissionais e técnicos nos valores ético-sociais.

A escolha pela Educação Permanente é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e muito maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho, e um processo de desenvolvimento setorial por 'encontro' com a população.

Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da Educação Permanente, a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, podem contribuir para pôr em evidência os 'encontros rizomáticos' que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carreando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

Objetivos

- Realizar levantamento de necessidades de treinamento/capacitação e atualização profissionais dos diversos profissionais das equipes técnicas;
- Capacitar e Atualizar a equipe multiprofissional para o exercício da assistência qualificada e humanizada;
- Identificar, desenvolver e possibilitar a retenção de Talentos;
- Capacitar as lideranças profissionais comprometidas com a qualidade da assistência;
- Apoiar as equipes e gestores na avaliação e melhoria do processo de trabalho;
- Incentivar processos de adesão e monitoramento de indicadores;
- Estimular o potencial dos profissionais na apresentação de trabalhos científicos, relatos de experiência etc.;

- Favorecer a troca de experiência entre os profissionais da equipe multiprofissional e demais profissionais da unidade de saúde.
- Visando o alcance dos objetivos propostos, serão estabelecidos programas sistemáticos de educação permanente:

  - Programa de Integração do Novo Colaborador: específico para novos profissionais contratados. Constará de temas tais como:
    - Breve Histórico do CGI ;
    - Noções Básicas sobre o SUS;
    - Normas e Rotinas Assistenciais;
    - Protocolos Assistenciais com foco no ACCR;
    - Segurança do Paciente;
    - Segurança do Trabalho – NR 32.

- Programa de Capacitação Situacional:
  - Temas Técnicos: abordando temas específicos em concordância com os resultados de indicadores de qualidade assistencial;
  - Temas operacionais: abordando manipulação de novas tecnologias ou técnicas assistenciais.

- Programas de Acompanhamento de Estágios Supervisionados: Visando o acompanhamento e avaliação dos estágios pactuados com a rede conveniada.

- Projeto Humanizar o Atendimento: O Projeto implica em desenvolver uma ação direcionada, inicialmente, para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos servidores da POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS , tanto no que se refere aos conteúdos técnicos quanto ao contato dos profissionais, técnicos e auxiliares com a população que demanda esses serviços.

Compreende três atividades específicas:

- Comunicação Social, dirigida aos trabalhadores do setor e ao público em geral para sensibilização e orientação de todos os envolvidos, promovendo a conscientização dos direitos e deveres de cada um;

- Treinamento e/ou reciclagem dos profissionais que mais diretamente estão na linha de frente do atendimento aos agravos que provocam a busca dos serviços da unidade Hospitalar;
- Treinamento específico para melhorar a qualidade do contato entre o pessoal dos serviços de saúde e a população usuária desses serviços, desde a recepção e busca de informações, por parte do cliente, responsáveis ou familiares, até a saída do paciente.

9.5.Política de Recursos Humanos

9.5.1. Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.

O Projeto de Desenvolvimento Humano com foco na pesquisa periódica de clima organizacional tem como objetivo promover um ambiente de trabalho saudável e produtivo, alinhando as necessidades e expectativas dos colaboradores com os objetivos estratégicos da organização. O clima organizacional reflete a percepção coletiva dos colaboradores sobre o ambiente de trabalho, influenciando diretamente sua motivação, desempenho e satisfação. Este projeto busca implementar um processo contínuo de avaliação e aprimoramento do clima organizacional, utilizando dados coletados de pesquisas regulares para fomentar o desenvolvimento humano, aumentar o engajamento e melhorar os resultados institucionais.

Esse plano é estruturado em ciclos semestrais de avaliação e intervenção, com a aplicação de **pesquisas periódicas de clima organizacional** e ações de desenvolvimento humano. Ele busca consolidar um **ambiente de trabalho saudável, colaborativo e produtivo**, fundamental para a excelência no atendimento e na prestação de serviços de saúde.

Objetivos Gerais

- Promover o desenvolvimento humano contínuo, por meio da implementação de ações estratégicas que melhorem o clima organizacional e o desempenho dos colaboradores.
- Monitorar e avaliar periodicamente o clima organizacional, utilizando ferramentas de pesquisa que permitam identificar pontos críticos e oportunidades de melhoria.
- Aumentar o engajamento e a motivação dos colaboradores, fortalecendo a cultura organizacional e promovendo a retenção de talentos.
- Ajustar continuamente as políticas e práticas de gestão de pessoas, com base nos dados coletados e nas necessidades identificadas.

- Criar uma cultura de feedback contínuo, para que os colaboradores sintam-se ouvidos e valorizados no ambiente de trabalho.

Metodologia e Abordagem Técnica

Pesquisa Periódica de Clima Organizacional

As pesquisas de clima organizacional serão aplicadas semestralmente, ao longo dos 36 meses. Essas pesquisas serão estruturadas de forma a obter insights sobre:

- Como os colaboradores percebem o trabalho em equipe, a comunicação entre colegas e líderes, e o apoio mútuo.
- Alinhamento dos valores organizacionais com as práticas diárias e a percepção da missão da Policlínica.
- Avaliação das condições físicas, ergonomia, saúde e segurança no ambiente de trabalho.
- Reconhecimento e Valorização: Sentimento dos colaboradores em relação às políticas de reconhecimento e incentivo.
- Estilo de liderança, capacidade de gestão e apoio ao desenvolvimento dos colaboradores.
- Percepção sobre as oportunidades de crescimento profissional, treinamentos e capacitação.

As pesquisas serão aplicadas de forma anônima, tanto em formato digital quanto presencial, para garantir alta adesão e respostas honestas.

Ferramentas de Avaliação

- Questionários quantitativos (com escalas de avaliação de 1 a 5) para medir a satisfação em áreas específicas.
- Sessões de feedback qualitativo: Após a pesquisa, serão realizadas reuniões de grupo para aprofundar questões emergentes e garantir uma análise qualitativa.
- Benchmarking interno e externo: Comparação dos resultados com outras unidades de saúde ou benchmarks setoriais, a fim de identificar melhores práticas e padrões de excelência.

Ciclo de Desenvolvimento por Etapas

O plano será dividido em seis ciclos semestrais ao longo dos 36 meses, seguindo as fases de avaliação, análise, implementação de ações, monitoramento e ajustes.

- **Fase 1: Avaliação do Clima Organizacional (Mês 1 a 6)**
    - Aplicação da Pesquisa de Clima Organizacional: No início do projeto, será realizada a primeira pesquisa para estabelecer um "ponto de partida" ou linha de base.

- Análise dos Resultados: Os dados serão compilados e analisados para identificar padrões de satisfação e insatisfação, pontos fortes e áreas de melhoria.
- Relatórios Gerenciais: Os resultados serão apresentados à gestão da Policlínica com recomendações iniciais.

- **Fase 2: Planejamento e Implementação de Ações de Melhoria (Mês 6 a 12)**
  - Desenvolvimento de Ações Corretivas e Preventivas: Com base nos resultados da pesquisa, serão desenvolvidos planos de ação específicos para melhorar áreas críticas (como comunicação, reconhecimento, ambiente físico, etc.).
  - Treinamentos e Capacitações: Serão oferecidos programas de treinamento voltados ao desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais, liderança e cultura organizacional.
  - Implementação de Programas de Engajamento: Iniciativas de integração, eventos corporativos e dinâmicas de grupo serão promovidos para fortalecer o espírito de equipe.
- **Fase 3: Reavaliação e Monitoramento (Mês 12 a 18)**
  - Aplicação da Segunda Pesquisa de Clima: Ao final do primeiro ano, uma nova pesquisa será aplicada para avaliar o impacto das ações implementadas e identificar novos desafios.
  - Ajuste das Ações: Com base nos resultados, as estratégias serão ajustadas ou ampliadas, garantindo que o processo de melhoria seja contínuo.
- **Fase 4: Expansão do Programa de Desenvolvimento (Mês 18 a 24)**
  - Foco no Desenvolvimento de Lideranças: Durante este ciclo, um programa específico para o desenvolvimento de líderes será implementado, com foco em melhorar a capacidade de gestão e comunicação entre os níveis hierárquicos.
  - Programas de Mentoria e Coaching: A criação de redes de mentoria entre líderes e colaboradores será incentivada para fomentar o crescimento profissional e pessoal.
- **Fase 5: Consolidação dos Processos de Feedback e Comunicação (Mês 24 a 30)**
  - Criação de Canais Formais de Feedback: Durante este ciclo, será estabelecido um sistema contínuo de feedback entre colaboradores e gestores, incentivando o diálogo aberto.
  - Pesquisa de Clima Semestral: Mais uma pesquisa será aplicada, acompanhada de sessões de feedback individual e coletivo.
- **Fase 6: Revisão e Sustentabilidade das Ações (Mês 30 a 36)**

- Revisão Geral: Revisão das ações implementadas ao longo dos 36 meses, destacando os progressos, as áreas que ainda precisam de melhoria e as mudanças institucionais significativas.
- Estabelecimento de Metas para o Futuro: Definição de metas de longo prazo, com base nos aprendizados do ciclo de três anos, para que a Policlínica **continue a desenvolver seu capital humano e melhorar o clima organizacional.**

Uso Estratégico das Informações

A pesquisa de clima organizacional não será apenas uma ferramenta de diagnóstico, mas servirá para orientar decisões estratégicas na gestão de pessoas e desenvolvimento organizacional. O uso das informações seguirá três diretrizes principais:

- Ação Imediata: As áreas críticas identificadas serão alvo de ações corretivas imediatas, como capacitações, ajustes no ambiente de trabalho ou mudanças de políticas internas.
- Aprimoramento Contínuo: As áreas com boa performance serão reforçadas com ações de manutenção, e as áreas de desenvolvimento humano receberão investimento contínuo, promovendo a evolução dos colaboradores e da gestão.
- Engajamento e Comunicação Transparente: Os resultados das pesquisas serão compartilhados de forma transparente com todos os colaboradores, garantindo que o processo de desenvolvimento seja participativo. A comunicação interna se fortalecerá por meio de canais formais de feedback e diálogo entre os níveis hierárquicos.

Equipe Envolvida no Projeto

O sucesso deste plano depende de uma equipe bem estruturada e capacitada. A equipe responsável pela implementação e monitoramento do projeto incluirá:

- Coordenador de Desenvolvimento Humano: Responsável pela liderança do projeto, aplicação das pesquisas e definição das ações de desenvolvimento.
- Analistas de RH e Clima Organizacional: Encarregados de compilar e analisar os dados coletados, e produzir relatórios gerenciais.
- Consultores Externos (se necessário): Para capacitação especializada em liderança, cultura organizacional e desenvolvimento comportamental.
- Lideranças Setoriais: Envolvidas diretamente na implementação das ações de melhoria em suas respectivas áreas.

Cronograma de Execução (36 Meses)

Fase	Período	Atividade Principal
Fase 1 – Avaliação Inicial	Mês 1 a 6	Pesquisa inicial de clima e análise de resultados

Fase 2 – Implementação de Ações	Mês 6 a 12	Implementação de ações corretivas e treinamento
Fase 3 – Reavaliação	Mês 12 a 18	Segunda pesquisa de clima, monitoramento e ajustes
Fase 4 – Expansão	Mês 18 a 24	Programas de liderança e mentoria
Fase 5 – Consolidação	Mês 24 a 30	Criação de canais formais de feedback e nova pesquisa
Fase 6 – Revisão e Sustentabilidade	Mês 30 a 36	Revisão final das ações e estabelecimento de metas de longo prazo

9.5.1. Apresentação de plano de cargos e salários

Os documentos referentes a apresentação do plano de cargos e salários seguem no **ANEXO,** ao final desta proposta.

9.5.2. Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção

A seleção com foco em competência visa absorver, no quadro profissional, pessoas potencialmente capazes para suprir as necessidades específicas a cada cargo. Para tanto, a seleção é composta de:

1. Triagem ou análise de currículos – Compatibilidade entre requisitos do cargo e do candidato;
2. Entrevista comportamental com foco em competências;
3. Entrevista técnica com foco em competências;
4. Testes específicos e/ou teste informatizado;
5. Testes psicológicos e/ou dinâmicas de grupo;
6. Avaliação de Desempenho (Em casos de seleção interna)

As ferramentas serão definidas e utilizadas de acordo com a necessidade para a identificação das competências (Conhecimentos, habilidades e atitudes) específicas para cada

cargo. Estas técnicas têm por objetivo reunir o maior número de informações do candidato, visando confirmar se o mesmo apresenta os requisitos necessários para ocupar a vaga, com o objetivo de obter qualidade nos processos e nas escolhas.

Princípios Básicos do Recrutamento e Seleção

- O processo de recrutamento e seleção de novos funcionários obedecerá a rotinas estabelecidas;
- O RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;
- Para participação do processo seletivo interno o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;
- Será considerado também para análise prévia do processo seletivo as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);
- A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise para o processo seletivo interno até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
- A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para fins de análise ao processo seletivo interno;
- Após a avaliação prévia do histórico funcional e avaliação de experiência e/ou de desempenho anual, o candidato participará do processo seletivo, onde realizará algumas das atividades programadas para o processo seletivo interno;
- Em caso de aprovação em processo seletivo interno, o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;
- O processo seletivo interno ocorrerá somente quanto à mudança de função for para diferentes cargos, atividades e áreas. Em caso de mudança de função simples ou incentivos de carreiras o procedimento será diferenciado. Este será detalhado a seguir;
- As normas, procedimentos e o manual de descrição de cargos e competências ficará sob responsabilidade do RH e será atualizado e divulgado sempre que se fizer necessário.

Avaliação de Experiência (45 E 90 Dias)

Para acompanhamento no desenvolvimento do colaborador, visando avaliá-lo e potencializá-lo, será realizada, aos 45 e 90 dias após admissão, a Avaliação de experiência com foco em competências. A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de feedback ao colaborador.

O formulário será encaminhado à diretoria pelo menos 15 dias antes do término dos dois períodos de experiência. O mesmo deverá retornar ao RH devidamente preenchido em até 5 dias após a entrega, justificado e assinado pelos envolvidos.

A justificativa será obrigatória, em casos de solicitação de desligamento, formulário de justificativa de demissão e solicitação de vaga e caso o colaborador apresente deficiências acentuadas. Neste segundo caso, deverá ser definido pela chefia imediata o plano de desenvolvimento Individual, contido no verso da avaliação.

Avaliação de Desempenho Anual com foco em Competência

A avaliação de desempenho com foco em competência é um retrato fiel da realidade no trabalho, uma vez que identifica se o profissional e o cargo estão alinhados a estratégia da empresa. Esta ferramenta busca melhorar a atuação do potencial do colaborador, identificando e desenvolvendo as competências técnicas ou comportamentais.

A avaliação de desempenho será encaminhada e realizada pela Linha de Comando no mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão. Esta metodologia oportuniza tempo necessário para avaliar o colaborador em seu desempenho em cada indicador de competência definida para a sua função, baseada em sua descrição de cargos/atividades.

Optou-se por este método visando o acompanhamento programado, iniciando a avaliação com o processo de seleção, seguindo com a avaliação de experiência (45 dias e 90 dias) e por fim, a avaliação de desenvolvimento anual.

A avaliação de desempenho obedecerá a este critério de realização em virtude da importância em manter uma linha de continuidade ao processo: Seleção, Avaliação de experiência e Avaliação de Desempenho Anual. A intenção é proporcionar o tempo necessário para a identificação e o desenvolvimento das ações ao colaborador a cada etapa do processo.

A avaliação adotada será formal (formulário pré-estabelecido), direta (realizado pela chefia imediata) e acompanhada de feedback (retorno da avaliação ao funcionário), pois considera-se que este é um bom momento para o líder reforçar uma relação de confiança com o liderado, comunicando as suas percepções e expectativas referente a atuação e o desempenho do funcionário, uma vez que o principal objetivo é o DESENVOLVIMENTO de pessoas.

Vale ressaltar que a **Avaliação de Desempenho** é uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas que corresponde a uma análise sistemática do desempenho do profissional em função das atividades que realiza, das metas estabelecidas, dos resultados alcançados e do seu potencial de desenvolvimento, tendo como objetivo a promoção do crescimento pessoal e profissional do funcionário e fornecer informações importantes para a tomada de decisões acerca de salários, promoções, demissões, treinamento e planejamento de carreira, bem como proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada, além de estimular resultados de cunho administrativo, motivacionais e de comunicação, dentre elas:

- A identificação de pontos de melhoria a empresa no que concerne a atenção ao colaborador – futuros projetos para o Grupo de Humanização em parceria com o RH;
- A identificação de diferenças e ritmos individuais;
- O estímulo ao Feedback;
- O desenvolvimento da Linha de Comando;
- O estímulo a comunicação e ao relacionamento interpessoal;
- O direcionamento do funcionário na busca do auto-desenvolvimento;
- O auxílio na verificação de aprendizagem, pois a Avaliação de Desempenho permite a evidência do GAP individual;
- A motivação e satisfação do colaborador com o seu trabalho e com a empresa; e
- Apoio as Pesquisas de Clima Organizacional.

Princípios Básicos Para A Avaliação De Desempenho

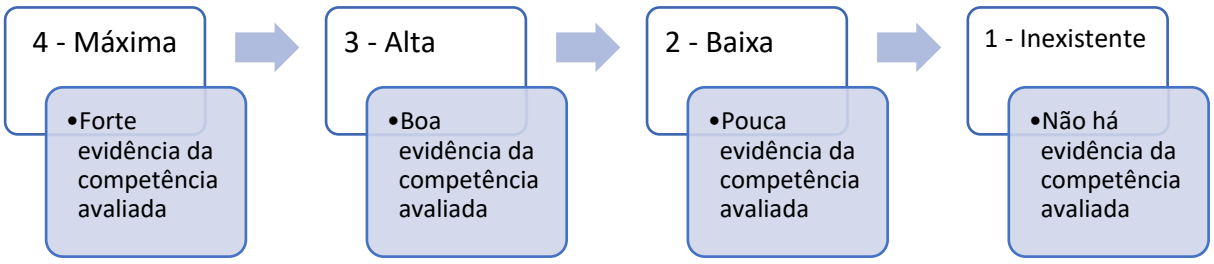
- O processo de Avaliação de Desempenho obedecerá às rotinas estabelecidas e conforme IT.RH.005;
- O formulário será encaminhado pelo RH, via e-mail até o 15º dia útil do mês em que o colaborador completar 1 ano da sua admissão, o qual deverá ser preenchido, justificado, impresso e devidamente assinado pelos envolvidos. O prazo de devolução do formulário impresso ao RH será até o último dia do referido mês, o qual será tabulado e encaminhado, em casos de deficiências, ao NEP para programação e definição do PDI;
- O avaliador deverá levar em consideração algumas observações:

I. Conhecer e compreender bem o significado dos critérios avaliados;
II. Conhecer cada funcionário que está sob sua responsabilidade;
III. Conhecer a atividade desenvolvida pelo avaliado;
IV. Avaliar de forma: Clara e objetiva; isenta de interferências pessoais; baseada em fatos concretos e sem julgamentos de valores.

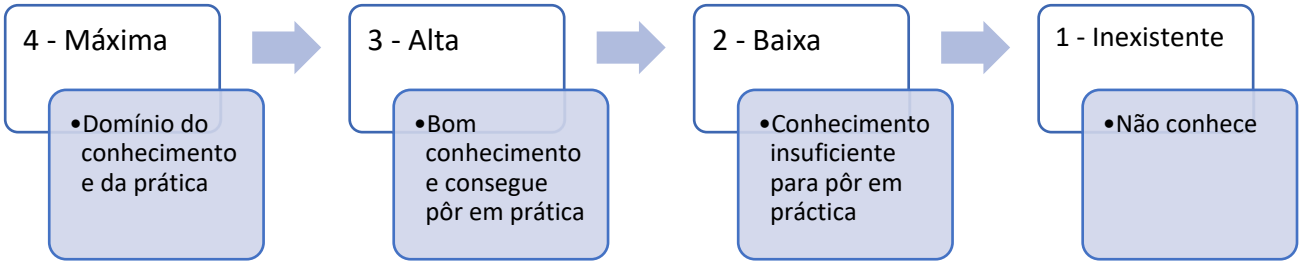
- Após o preenchimento da avaliação de desempenho, o Avaliador da área realizará o feedback com o avaliado - colaborador, mantendo uma comunicação bilateral, com retorno motivacional e desenvolvedor, ressaltando os pontos fortes e pontuando os pontos fracos. Após o feedback, o avaliador ouvirá as considerações do avaliado e discutirá e acordará com o mesmo os principais pontos a serem desenvolvidos.

Com base no mapeamento de competências e metodologia especificada, criamos critérios de pontuação para melhor compreensão do avaliado e avaliador e maior eficácia na mensuração dos dados. Portanto:

Competências Comportamentais - Foco no cliente, Foco nos resultados e Gestão de Pessoas:



Competências Técnicas:



Os resultados das avaliações serão tabulados para a definição do Plano de Desenvolvimentos de Competências (PDC). Em casos, de deficiências ou lacunas apresentadas pelo colaborador, entre o esperado e o atingido (GAPs), estas informações serão repassadas ao Núcleo de Educação Permanente (NEP), o qual definirá o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada colaborador, visando o desenvolvimento frente ao desempenho e a satisfação do colaborador no exercício de sua função e, por conseguinte, a valorização dos objetivos e estratégias organizacionais e melhorias nos resultados.

Desenvolvimento com foco em Competência

Na sequência da avaliação de desempenho com foco na competência, o PDI é uma importante ferramenta que apresenta as condições atuais de cada colaborador e ao mesmo tempo, mostra o que pode (ou deve) ser realizado no seu desenvolvimento.

O Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) será realizado com a finalidade de suprir eventuais gaps, entre o que se entende ser necessário para cada colaborador e o que efetivamente se apresenta dentro do conceito de competências essenciais e especificas para o exercício da função.

A partir da correta identificação das competências essenciais e específicas o NEP avaliará a melhor forma de encaminhar os planos de desenvolvimento e criar estratégias que não, necessariamente, podem ser TREINAMENTOS.

Podemos e devemos recorrer a todos os tipos de trabalhos para desenvolver os GAPs, tais como:

- Grupos de estudos,
- Workshop,
- Seminários,
- Teatros,
- Sessões de filmes,
- Dinâmicas de grupo,
- Dentre outros.

Após definição de cronograma, as convocações serão realizadas pelo NEP através de e-mail as linhas de comando e convites individuais entregues pessoalmente a cada colaborador convocado.

Como medida preventiva os PDI1s serão abertos a todos os colaboradores interessados em aprimora-se independente do apontamento na avaliação de desempenho anual. Nesta, poderão participar ainda funcionários que tiveram apontamentos em avaliações de experiência. Estas informações serão pontuadas pelo RH ou chefia imediata.

Incentivos de Carreira com foco em Competências

Os incentivos, carreiras e sucessão ocorrerão tendo como base para análise da Avaliação de Desempenho do ano corrente, o progresso e o histórico funcional. Para casos de carreira e sucessão, será inclusa também a análise de compatibilidade dos pré-requisitos do colaborador e da vaga. Para todos os casos, o mínimo de tempo exigido pela empresa é que o colaborador tenha pelo menos 03 meses de permanência no cargo atual na condição de contrato por tempo indeterminado ou determinado.

Princípios Básicos para a Avaliação de Desempenho

- O RH deverá auxiliar a direção no que concerne ao dimensionamento de pessoal, de acordo com as especificidades de cada diretoria setorial, disponibilizando seus relatórios mensais atualizados, informando as admissões, demissões e afastamentos, com quantitativos reais;
- Para o incentivo de carreira o colaborador deverá apresentar os requisitos estabelecidos para o cargo e desejável fazer parte do quadro funcional da empresa no mínimo de três meses;
- Será considerada também para análise prévia as informações do histórico funcional (pontualidade, assiduidade, medidas disciplinares, dentre outros);
- A avaliação de experiência será utilizada como ferramenta de análise até seis meses da data de admissão. Após os seis meses a avaliação de desempenho anual será antecipada na data de envio e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
- A avaliação de Desempenho anual será válida até 11 meses após sua realização para efeitos de análise;
- O incentivo de carreira será considerado para casos de crescimento profissional na ascendência de nível hierárquico, considerando as atribuições e responsabilidades diferenciadas e salário superior;
- Para cargos de mesmo nível hierárquico e responsabilidades, atribuições e salários semelhantes será necessário apenas a análise do histórico funcional e o mínimo de três meses de permanência na empresa, sendo considerada mudança de função simples;
- Caso o incentivo de carreira ou mudança de função simples seja efetivado o colaborador terá como nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual a data efetiva da mudança de função;
- O incentivo de carreira poderá ocorrer no máximo até duas vezes em um período de 12 meses. Contudo, será necessário que haja o mínimo de três meses na função atual para se ter um tempo mínimo para a avaliação. Neste caso poderá ser utilizada para a segunda analise de promoção a avaliação de desempenho anual, a qual será antecipada a data de entrega e devolução, sendo considerada a nova data de emissão para as próximas avaliações de desempenho anual;
- O tempo de empresa será um pré-requisito básico para análise prévia do colaborador em caso de incentivo de carreira e mudança de função simples. Contudo, este requisito somente será flexível em casos esporádicos devidamente justificados e aprovados pela diretoria registrado em avaliações de experiência ou desempenho anual.

Absenteísmo

O absenteísmo é um problema para a organização, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, gravidez de risco, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, acompanhamento médico, luto ou por motivos de ordem legal).

A Pró-Saúde incentiva a presença e desestimula as ausências ao trabalho através de práticas gerenciais e culturais que privilegiam a participação, ao mesmo tempo em que desenvolvem atitudes, valores e objetivos dos colaboradores favoráveis a participação. Gerando assim maior satisfação da parte dos colaboradores.

Desligamento

Em casos solicitação de desligamento, será obrigatório o preenchimento e devida justificativa no formulário de solicitação de desligamento, isso pela chefia imediata e assinada pela diretoria da área. O procedimento para desligamento ocorrerá conforme Instrução de Trabalho.

Premissas Básicas

Por acreditar na capacidade de promover o desenvolvimento de pessoas, o hospital define e estabelece a política de Gestão de Pessoas, porém considerando algumas premissas básicas:

- Cumprir todas as exigências, normas, leis e convenções legais pertinentes às relações e ambiente de trabalho e aplicáveis às nossas atividades;
- Assumir o compromisso público de defesa e proteção aos Direitos Humanos, Direitos da Criança e Direitos Fundamentais do Trabalho, em alinhamento a Princípios, Padrões e Tratados conclamados nacional e internacionalmente;
- Respeitar a diversidade e dignidade do ser humano, preservando a individualidade e privacidade, não admitindo a prática de atos discriminatórios de qualquer natureza: no ambiente de trabalho com público interno e externo;
- Assegurar o bom relacionamento entre todos os profissionais da empresa, mantendo um ambiente de trabalho seguro e saudável e propiciar condições para níveis ótimos de desempenho e produtividade;
- Assegurar a segurança e saúde ocupacional e contribuir para melhoria da qualidade de vida dos colaboradores;

- Promover o constante desenvolvimento e aperfeiçoamento das potencialidades técnicas e comportamentais de nossos colaboradores e disponibilizar mecanismos favoráveis que lhes permitam administrar seu
- Plano de crescimento, pessoal e profissional, a fim de garantir a melhoria contínua dos processos de gestão;
- Garantir prioridade de oportunidades para o crescimento profissional das pessoas, pelo investimento e desenvolvimento das competências, pela valorização e respeito ao conhecimento e formação profissional, estes adquiridos ao longo da carreira.

Cronograma de Ações para Implantação e Implementação da Gestão por Competências

AÇÃO	Período											
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Mapeamento do perfil de competências organizacionais	■											
Mapeamento e mensuração de competências do cargo	■	■	■									
Elaboração da política de gestão de pessoas			■	■	■							
Avaliação de desempenho com foco em competências				■	■	■	■	■	■	■	■	■
Treinamento e desenvolvimento de competências					■	■	■	■	■	■	■	■
Seleção por competências					■	■	■	■	■	■	■	■
Incentivos e mudança de função com foco em competências.					■	■	■	■	■	■	■	■
Descrição de Cargos e Competências	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Política de Gestão de Pessoas												■

9.5.3. Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.

A Policlínica Estadual de Quirinópolis , com funcionamento de 12 horas diárias de segunda a sexta-feira, exige um planejamento rigoroso no que se refere ao registro e controle de pessoal

e à organização das escalas de trabalho. Esses aspectos são essenciais para assegurar a qualidade do atendimento, a eficiência operacional e o bem-estar dos colaboradores. Esta proposta detalha um sistema de controle de pessoal e uma estrutura de escalas que atendem às necessidades da Policlínica, respeitando a legislação trabalhista e otimizando os recursos humanos disponíveis.

Registro e Controle de Pessoal

O registro eficiente e o acompanhamento contínuo da jornada de trabalho são fundamentais para garantir a transparência, a conformidade legal e a justa compensação dos colaboradores.

A Policlínica implementará um sistema de ponto eletrônico moderno e eficiente, de acordo com a Portaria 373 do Ministério do Trabalho, que terá as seguintes funcionalidades:

- Todos os colaboradores registrarão o início e o término de suas jornadas, incluindo intervalos, com um sistema automatizado que facilita o acompanhamento das horas trabalhadas em tempo real.
- O sistema permitirá o acompanhamento detalhado das horas extras, contabilizando as jornadas que excedem as horas normais de trabalho e garantindo que sejam compensadas ou pagas conforme a legislação.
- O sistema gerará relatórios semanais e mensais que serão compartilhados com o departamento de Recursos Humanos (RH) e gestores de cada setor. Esses relatórios permitirão:
    - Monitorar presenças, faltas e atrasos;
    - Verificar horas extras realizadas e prever a necessidade de compensações;
    - Avaliar a aderência às escalas previamente estabelecidas.

Todos os colaboradores serão cadastrados no sistema de ponto eletrônico, com as seguintes informações:

- Dados Pessoais e Contratuais: Nome, CPF, cargo, setor, data de admissão, regime de contratação, e-mail e telefone.
- Jornada de Trabalho: Registro da jornada contratual (ex.: 12x36 ou 6 horas diárias).
- Histórico de Faltas e Licenças: Controle detalhado de férias, afastamentos médicos, licenças e faltas justificadas.
- Controle de Benefícios: O sistema incluirá informações sobre benefícios, como vale-transporte, vale-alimentação e plano de saúde.

O sistema de controle de ponto será totalmente integrado ao sistema de folha de pagamento da Policlínica, facilitando o cálculo automático de:

- Salários, com base nas horas registradas e nas jornadas de trabalho estabelecidas.
- Horas Extras, com cálculo de adicional conforme a legislação trabalhista.
- Adicional Noturno e Descanso Semanal Remunerado (DSR), conforme aplicável aos colaboradores que trabalham em horários diferenciados.
- Esse processo garante agilidade e precisão no pagamento, minimizando erros e garantindo a conformidade com a legislação.

Monitoramento de Absenteísmo

O sistema de ponto eletrônico permitirá o acompanhamento contínuo de ausências e atrasos, facilitando a identificação precoce de problemas com absenteísmo. A Policlínica poderá adotar estratégias corretivas e preventivas com base nos seguintes indicadores:

- Monitoramento de colaboradores com faltas recorrentes e justificadas ou não.
- Controle de atrasos, especialmente em setores críticos como enfermagem e recepção, onde a pontualidade é essencial para garantir o fluxo de atendimento.

Modelo para Escalas de Trabalho

Dado o funcionamento de 12 horas diárias de segunda a sexta-feira, é necessário um modelo de escalas que assegure a cobertura completa dos serviços, promovendo o bem-estar dos colaboradores e a eficiência operacional.

I. Princípios para Definição das Escalas

- Equilíbrio e Rotatividade: As escalas devem ser equilibradas, distribuindo os turnos de forma justa entre os colaboradores, para evitar sobrecarga em horários específicos. A rotatividade de turnos será incentivada para garantir que todos tenham a oportunidade de trabalhar em diferentes horários.
- Previsibilidade: As escalas serão publicadas com 30 dias de antecedência, permitindo que os colaboradores planejem sua vida pessoal e profissional com tranquilidade. Em casos de emergência ou necessidades especiais, as alterações serão previamente comunicadas e acordadas.
- Respeito à Legislação Trabalhista: As escalas respeitarão os intervalos de descanso, garantindo que não haja sobreposição de jornadas e que os colaboradores tenham o descanso mínimo legal entre os turnos.

II. Modelos de Escalas de Trabalho

a. Escala de 12 Horas Diárias Para setores que exigem cobertura integral durante o horário de funcionamento (12 horas diárias), como enfermagem e recepção, será adotado o seguinte modelo:
    i. Segunda a sexta-feira: Os colaboradores trabalharão jornadas de 12 horas consecutivas (das 7h às 19h ou das 8h às 20h), seguidas de descanso de 36 horas ou escalas ajustadas semanalmente para permitir maior flexibilidade.
    ii. Para áreas que exijam plantões alternados, os colaboradores poderão realizar jornadas em dias alternados (trabalhando 3 ou 4 dias por semana, conforme o planejamento).
b. Escala de 6 Horas Diárias Para áreas como administração, farmácia e setores de apoio, onde a demanda é contínua, mas menos intensa, será implementada uma escala de 6 horas diárias:
    i. Turnos de 6 horas com início às 7h e término às 13h, e um segundo turno das 13h às 19h, garantindo cobertura integral durante as 12 horas de funcionamento. Esse modelo permite maior flexibilidade e rotatividade, facilitando ajustes de escala e evitando sobrecarga dos colaboradores.

Publicação e Gerenciamento das Escalas

- As escalas serão publicadas mensalmente, com no mínimo 30 dias de antecedência, e revisadas semanalmente, se necessário.
- Trocas de turnos poderão ser realizadas, desde que acordadas previamente com o gestor e respeitando as regras de descanso e jornada
- O sistema de escalas estará disponível em formato digital, acessível aos colaboradores via aplicativo ou portal interno, facilitando o acompanhamento e as solicitações de troca ou ajustes.

Ajustes em Casos de Emergência

Em casos de aumento de demanda ou ausência de colaboradores, será implementada uma política de ajustes rápidos nas escalas, priorizando a cobertura de áreas críticas como:

- Urgências e emergências;
- Consultas e exames agendados;
- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Esses ajustes serão feitos de forma ágil, com compensações de horas ou remuneração adequada.

Monitoramento e Revisão das Escalas

O departamento de Recursos Humanos, em parceria com os gestores das áreas, utilizará indicadores como:

- Produtividade por turno;
- Satisfação dos colaboradores com as escalas;
- Aderência à escala e taxa de absenteísmo.

As escalas serão revisadas semestralmente, com base no feedback dos colaboradores e nos indicadores de desempenho operacional. Ajustes serão feitos para garantir maior eficiência e qualidade no atendimento.

9.6.Metodologia De Projetos

9.7.Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis

O resultado esperado do CGI para a Policlínica Estadual de Quirinópolis é assegurar uma assistência à saúde pública, gratuita e de qualidade a todos os cidadãos-usuários que busquem atendimento na unidade. Esta proposta preconiza a assistência como dimensão central da gestão, colocando o paciente no foco do cuidado, por meio de um atendimento humanizado, integral, realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, guiado por um projeto terapêutico personalizado.

O modelo proposto preconiza os seguintes princípios: autonomia do paciente e de seus familiares frente às decisões clínicas, resguardando a segurança clínica e respeitando as diferenças religiosas, culturas, de raça e de gênero; capacitação, treinamento e valorização dos profissionais como estratégias para se obter adesão aos projetos de mudança necessários para aumentar a qualificação da assistência; visão sistêmica e trabalho em equipe buscando estabelecer relações positivas baseadas no respeito mútuo e preza por interações consistentes, permanentes e fluidas entre todos os participantes, sejam profissionais das equipes técnica, médica ou administrativa, e usuários.

Para alcançar os princípios propostos pelo modelo gerencial e assistencial, o CGI terá como objetivos:

a) Geral:

Prestar assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo as necessidades programadas de assistência à saúde, através do gerenciamento eficiente e eficaz da logística

dos recursos materiais, financeiros, de informações e de pessoal, além da manutenção predial e de equipamentos e a gestão da qualidade em saúde.

b) Específicos:

- ✓ Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários, seguindo as diretrizes do SUS e garantindo as boas práticas e a segurança na atenção;
- ✓ Favorecer a efetiva redução de formalidades burocráticas e flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública;
- ✓ Ampliar a capacidade decisória dos gestores dos diversos serviços que compõem a unidade de saúde;
- ✓ Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderem os resultados alcançados face às metas pactuadas;
- ✓ Atender a demanda por atendimento médico ambulatorial, serviço de apoio em diagnose e terapia (SADT), além dos serviços de logística em assistência.
- ✓ Garantir a humanização da assistência, através de boas práticas de atenção, direito a acompanhante e ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais, utilizando um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana dentro dos princípios, dos objetivos e das diretrizes, no âmbito do SUS.

A estrutura administrativa do POLICLÍNICA descrita no organograma apresentado abaixo, foi organizada com o intuito de distribuir as responsabilidades, organizar os fluxos administrativos e assistenciais dentro da unidade e otimizar os recursos humanos e materiais.

A equipe gestora do Policlínica será formada por profissionais qualificados e com expertise na gestão e operacionalização de serviços de saúde de ambulatorial de especialidade medicas e experiência assistencial e gestora em serviços de atendimento pré-hospitalar, de media complexidade os gestores designados pelo CGI serão responsáveis pela busca constante de melhorias e qualidade do serviço, articulando de maneira eficiente com os recursos a serem utilizados e atendendo as necessidades dos usuários, da sua equipe de trabalho e dos nossos contratantes.

O CGI propõe assim, uma estrutura organizacional baseada nos aspectos administrativos e assistenciais; nos serviços a serem ofertados; nos recursos humanos necessários; no suprimento e controle de insumos; e nos custos, conforme o Organograma da Figura abaixo:

Além da COORDENAÇÃO OPERERACIONAL, a equipe gestora da Policlínica contará com o apoio da Gerência Assistencial e Gerência Administrativa para execução fiscal e elaboração de

prestação de contas; na aquisição de insumos e contratação de serviço; e da ASSESSORIA JURÍDICA DA CGI no acompanhamento de ações judiciais ou questionamento de órgãos como o Ministério Público.

Além dos cargos gestores da Sede do CGI e da equipe gestora do Policlínica serviço contará ainda com:

1. Colegiado Gestor que trabalhará a descentralização da gestão (acompanhar indicadores, resultados e projetos e estabelecer tarefas e cobrança de responsabilidade) e
2. Conselho de Gestão Clínica que focará os processos de trabalho clínicos, integrando as dimensões médico-assistenciais e administrativo-financeiras.

A proposta de trabalho apresentada tem como objetivo principal nortear as ações, atividades, processos e procedimentos para a realização da gestão financeira, operacional e de resultados da Policlínica Estadual de Quirinópolis , objeto deste Edital de Chamamento Público.

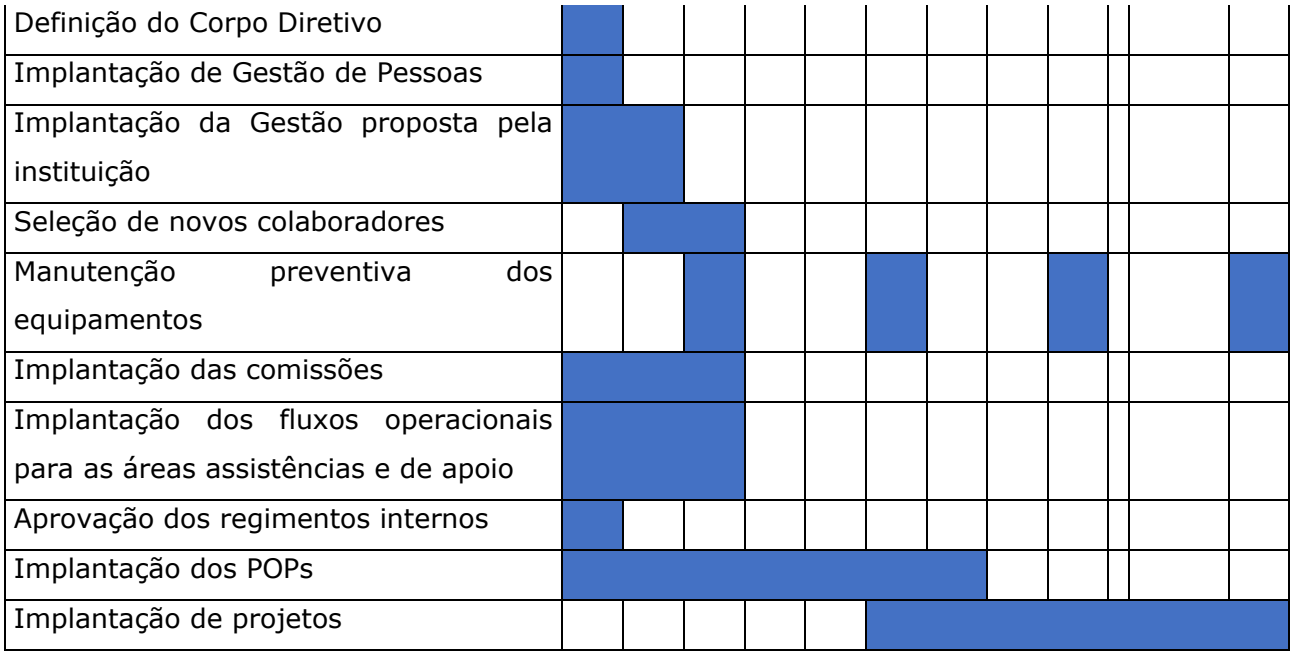
Deve-se levar em conta também um outro pilar importante que é o atendimento de saúde com qualidade e eficiência ao público que busca a Policlínica Estadual de Quirinópolis , que se traduz em um dos principais princípios e deveres do Estado, conforme ditames da Constituição Federal de 1988.

Para isso, serão utilizadas as mais modernas ferramentas de gestão de projetos, para colocar em prática os programas e projetos a serem implantados e implementados, nas mais diversas áreas da Policlínica, principalmente a saber a organização das atividades de apoio como os:

- ✓ Serviços administrativos;
- ✓ Almoxarifado;
- ✓ Serviços de limpeza;
- ✓ Serviços de segurança;
- ✓ Apoio logístico.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

AÇÃO	Período											
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	[illegible]	Mês 11	Mês 12
Inventário de equipamentos												
Inventário de bens												
Verificação dos contratos de trabalho												



Cada projeto e programa terá um cronograma de atividades e ações a serem implementadas, utilizando a metodologia de gestão de projetos, através dos conhecimentos adquiridos pelo *PMI – Project Management Institute*. Com isso, cada projeto também contemplará uma matriz de responsabilidade (papéis e responsabilidades de cada recurso participante), cronograma de execução de tarefas, controle de custos financeiros e orçamentários, desde que respeitem as naturezas e valores definidos na proposta financeira, que se encontra anexa a este Plano de Trabalho.

Além disso, haverá também um controle de comunicação interna e externa, onde os patrocinadores internos e externos, neste último composto por gestores públicos da SMS, acompanharão os projetos a serem implementados, através de reuniões de ponto de situação e acompanhamento dos cronogramas previamente definidos e acordados.

Dessa forma, haverá um acompanhamento da visão de futuro de cada projeto a ser implementado, sempre observando a conjuntura atual e os possíveis cenários que serão mapeados e apresentados tanto aos patrocinadores internos, estes compostos pela alta gestão do Policlínica e da CGI que administra/gere a unidade de saúde, quanto aos patrocinadores externos.

Outra ferramenta que será implementada é o diagrama de causa e efeito, que será essencialmente utilizada para mapear e diagnosticar problemas e apontar as soluções adequadas. Esta ferramenta será usada pelas Comissões Internas, criadas especialmente para tratar de assuntos específicos na área da saúde. Haverá participação dos médicos, enfermeiros,

gestores administrativos e equipe interdisciplinar para apontar as principais soluções para os devidos problemas apontados pelas Comissões Internas.

Quando se fala em gestão, uma das ferramentas altamente utilizadas é o ciclo PDCA. Todos os projetos implantados utilizarão essa ferramenta, pois cada ação realizada deverá ser acompanhada através de planejamento, implementação, checagem/verificação de resultados esperados, ou não, e aplicação de novo planejamento/ação. Essa ferramenta será largamente utilizada em todos os departamentos da unidade de saúde.

A ferramenta Curva ABC será utilizada para mapear os consumos de medicamentos, materiais médico-hospitalares e demais insumos necessários ao funcionamento do Pronto Socorro. Dessa forma, um dos resultados esperados é o controle e gestão de materiais no almoxarifado da farmácia e demais almoxarifados do Pronto Socorro, pois haverá redução substancial no custo do medicamento, através do controle de perdas, utilização da rastreabilidade do medicamento, desde a sua compra, acondicionamento e dispensação ao paciente, bem como redução de perda por falha de estoques.

Além disso, facilitará ao Departamento de Compras a melhor gestão na aquisição de materiais médico-hospitalares, medicamentos e demais insumos médicos, o que melhorará, significativamente, o fluxo de caixa da unidade de saúde, permitindo uma redução de custos de juros financeiros, bem como melhor planejamento compras, até mesmo com melhores preços (descontos) nos materiais, insumos e medicamentos.

Os projetos específicos que poderão ser implementados, tais como eventos médicos ou simpósios médicos, feiras, exposições, dentre outros eventos, serão acompanhados e geridos através da ferramenta 5W2H. Essa ferramenta é altamente útil na gestão de projetos, pois através de um formulário específico que contempla as seguintes questões (O que, Quando, Onde, Como, Por que, Quem e Quanto) é que cada projeto será analisado, após o seu devido mapeamento pela área fim, se será implementado ou descartado, visto que além deverão ser observados a relevância, a importância, o custo e os resultados esperados, pois o resultado final deverá ser traduzido em melhor qualidade no atendimento ao paciente/cidadão que utiliza o Pronto Socorro.

Com isso, os resultados esperados são resultados factíveis para a melhoria da qualidade no atendimento ao cidadão, na busca incessante de melhor resultado financeiro, cujas atividades e projetos sejam realizados com custo/benefício aderente à realidade que vivemos, com extremas dificuldades financeiras e com imensas necessidades a serem atendidas.

9.8. Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição das estratégias de implantação

A Policlínica Estadual de Quirinópolis enfrenta desafios que desativam uma gestão estratégica voltada para resultados claros e mensuráveis. Neste contexto, a implementação de projetos táticos e operacionais operacional torna-se fundamental para o atingimento dos objetivos estratégicos da unidade, especialmente no que diz respeito à resolutividade e à eficiência no atendimento ao paciente.

Os projetos estratégicos são elaborados de um planejamento estratégico elaborado pela alta direção da Policlínica. Esses projetos são responsáveis por criar as condições e metas possíveis para garantir que as ações estratégicas sejam cumpridas dentro do prazo de execução do contrato de gestão. Por outro lado, os projetos operacionais são ações de curto prazo, com execução entre 6 e 12 meses, que garantem

Esta proposta detalha o planejamento, a execução e as estratégias de monitoramento de projetos estratégicos e operacionais, reforçando a importância de um planejamento detalhado, de um monitoramento contínuo e da gestão eficiente de recursos para o sucesso da unidade.

Projetos Táticos

Os projetos estratégicos na Policlínica planejamento estratégico elaborado pela alta gestão da unidade. Esses projetos têm a função de dar suporte à execução das metas condicionais, garantindo que uma visão de longo prazo seja transformada em ações práticas e efetivas. Os projetos estratégicos geralmente têm duração de até 3 anos e desabilitam uma avaliação constante para que ajustes sejam feitos durante sua execução. Eles são orientadores para profissionais com funções executivas, como gerentes e superintendentes, e têm como foco o cumprimento das metas traçadas pela direção, em conformidade

Características dos Projetos Táticos:

- Planejamento a médio e longo prazo: São ações que se desenvolvem ao longo do tempo, com duração de até 3 anos.
- Metas homologadas ao planejamento estratégico: Esses projetos são fundamentados nas diretrizes estratégicas determinadas pela alta direção da Policlínica.
- Monitoramento e ajustes contínuos: O progresso dos

Projetos Operacionais

Os projetos operacionais são de curto prazo, geralmente com uma duração de 6 a 12 meses , Esse atendimento ao paciente, administração de medicamentos, realização de exames e apoio logístico .

Os projetos operacionais são conduzidos por colaboradores que estão na linha de frente da operação da Policlínica, como enfermeiros, farmacêuticos, analistas administrativos, maqueiros e técnicos de saúde. Eles garantem que os objetivos imediatos e os indicadores de qualidade sejam atendidos.

Características dos Projetos Operacionais:

- Execução rápida e resultados imediatos: São projetos com prazos de execução menores, com foco em ações específicas.
- Alinhamento com os projetos táticos: Os projetos operacionais são a base para a execução dos projetos táticos, garantindo que as metas estratégicas sejam atingidas por meio de ações práticas.
- Resultados mensuráveis: Os projetos operacionais visam a entrega de resultados objetivos e específicos em áreas como atendimento ao paciente e eficiência operacional.

Uma estratégia de atuação para garantir o sucesso dos projetos táticos e operacionais envolve um planejamento minucioso, em que todas as etapas e atividades do projeto são cuidadosamente verificadas e inovadoras. A chave para o sucesso não está no planejamento detalhado, que é dividido em diversas fases e etapas.

Planejamento de Escopo

O escopo do projeto deve ser claramente definido, contendo:

- Justificativa do projeto: Explicar por que o projeto é necessário e como ele se alinha ao planejamento estratégico da Policlínica.
    - Objetivos claros e mensuráveis: Definir metas que possam ser acompanhadas e avaliadas ao longo do tempo.
- Premissas e restrições: identificar

Planejamento de Tempo

Um cronograma detalhado deve ser criado para cada fase do projeto, indicado

- Sequência de atividades: Delinear as atividades possíveis, suas dependências e os prazos de conclusão.
- Prazos claros para cada etapa: Defina os marcos de início e término para garantir a entrega dentro do prazo.

Planejamento de Custos

Cada projeto deve ter um orçamento bem elaborado que considere:

- Recursos financeiros e materiais: Previsão de todos os custos envolvidos, desde a aquisição de insumos até a alocação de pessoal.
- Orçamento de contingência: Incluir uma margem para imprevistos ou ajustes durante a execução.

Plano de Gerenciamento da Qualidade

É crucial que cada projeto tenha um plano de qualidade que inclua:

- Critérios de sucesso: Definir indicadores de desempenho para medir a eficiência e a qualidade das ações.
- Processos de verificação e controle: Implementar ferramentas de monitoramento contínuo para garantir que o projeto mantenha a qualidade em todas as suas fases.

Planejamento de Recursos Humanos

O sucesso dos projetos depende de uma equipe bem estruturada. Para isso, é necessário:

- Definir papéis e responsabilidades: Crie uma matriz de responsabilidades que estabeleça quem será responsável por cada atividade.
- Histograma de alocação de recursos: Garantir que os recursos estejam disponíveis nas fases específicas do projeto.

Planejamento de Comunicação

a comunicação eficaz é essencial para o bom andamento dos projetos. O plano de comunicação deve:

- Garantir transparência: Informar as partes interessadas sobre o progresso de cada etapa.
- Evitar ruídos: Promover uma comunicação clara entre as equipes para reduzir erros e falhas.

Planejamento de Riscos

Os riscos associados ao projeto devem ser identificados

- Análise de riscos: Avaliar os possíveis impactos dos riscos no projeto e desenvolver planos de mitigação.
- Monitoramento contínuo: Acompanhar os riscos ao longo da execução, ajustando as ações conforme necessário.

Planejamento de Compras e Contratações

O planejamento de compras e contratações deve estar alinhado com o planejamento de custos e garantir:

- Aquisição eficiente de materiais e serviços: Estabelecer prazos de entrega e controle de qualidade para garantir a execução dentro do cronograma.
- Contratação de serviços especializados: identificar e contratar fornecedores de confiança para a execução de peças

A implementação de projetos táticos e operacionais na Policlínica Estadual de Quirinópolis é um passo essencial para garantir a eficiência operacional, a qualidade no atendimento e o alinhamento com as metas estratégicas de saúde pública. Com um planejamento bem estruturado, baseado em prazos claros, orçamento definido e equipes bem treinadas, a Policlínica poderá atingir seus objetivos de forma eficiente e com resultados mensuráveis.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO
Nº 09/2024-SES/GO
POLICLÍNICA ESTADUAL DE QUIRINÓPOLIS

NOME	EXPERIÊNCIA
Denise Freitas	❖ Titulação: **Graduação em Administração Hospitalar** ❖ Gestora no Hospital Lucio Rebelo – **158 leitos** ❖ Gestora no Hospital São Silvestre – 98 Leitos
Dr Jane de Freitas	❖ Diretora Administrativa do Hospital Estadual de Doenças Tropicais DR. Anuar Auad HDT - **116 leitos** ❖ Gerente Administrativa da Clínica Odontológica Buena Vista ❖ Diretora Geral da UPA de Macapá

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar - IBGH, associação sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 18.972.378/0001-12, gestor do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz - HE, CNPJ/MF sob o número 18.972.378/0016-07, atesta para os devidos fins e a quem possa interessar, que a empresa **FREITAS GESTÃO EMPRESARIAL LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 46.946.288/0001-92, com sede na Rua da República, Nº 336, Qd. 13, Lote 12/13, Sala 01, Jd. Vitória, CEP: 74.865-320, Goiânia-GO, devidamente representada pela Sra. **Jane Freitas dos Santos Oliveira**, CPF: 375.331.341-68, executou de 13 de julho de 2022 até o dia 30 de setembro de 2022, em função do Contrato nº 004/2022 – HE, a prestação de serviços especializados de diretoria geral junto ao Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz – HE, conforme Contrato de Gestão n° 02/2022 – NGC/SESA, firmado entre o Estado do Amapá/AP, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde -SESA/AP e o Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar – IBGH, tendo por objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na clínica médica e cirúrgica no Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz – HE.

Por todo o exposto, atestamos, finalmente, que, na relação avençada entre a empresa **FREITAS GESTÃO EMPRESARIAL LTDA** e o INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO HOSPITALAR - IBGH, não consta em nossos arquivos nada que possa desabonã-la como prestadora de tais serviços, vez que a empresa executa os serviços de acordo com as cláusulas contratuais avençadas, não deixando, assim, de cumprir nenhuma das atribuições descritas no Contrato nº 004/2022 –HE.

Goiânia-GO, 07 de novembro de 2022.

GERALDO ADAO LAMOUNIER JUNIOR:57794960134

Assinado de forma digital por GERALDO ADAO LAMOUNIER JUNIOR:57794960134
Dados: 2022.11.10 14:08:08 -03'00'

Geraldo A. Lamounier Júnior
Presidente
Instituto Brasileiro de Gestão Hospitalar-IBGH

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO INTEGRADA
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS - CFP

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de comprovação junto à parte interessada que JANE FREITAS DOS SANTOS OLIVEIRA, portador do C.P.F. n. 375.331.341-68, é ex-funcionário(a) desta Secretaria, admitido(a) em 01.11.2003, ocupava o cargo em comissão Diretor Administrativo de Unidade de Saúde Porte I, com lotação no Hospital de Doenças Tropicais. Foi exonerada do cargo a partir de 23.11.2010.

Declaramos ainda que a referida servidora exerceu outro vínculo em comissão no cargo de Assistente de Gabinete F, no período de 09.06.1998 a 31.10.2003, com a mesma lotação.

Por ser verdade, firmamos a presente.

COORDENAÇÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO, em Goiânia, aos 02 dias do mês de setembro de 2.019.

ANTONIO LUIZ GUEDES
Coordenador da Folha de Pagamento
Sebastião Fernandes Amaral
Gestor do Vale Transporte

S.F.A.

02.529.964/0001-57
Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-01 nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - GO

HUGO

Hospital de Urgências de Goiânia

Fundação de Apoio às Ações de Saúde do Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Saúde - SES
Sistema Único de Saúde – SUS

DECLARAÇÃO

Declaro que a Srª Jane dos Santos Oliveira, prestou serviço, na Divisão de Ensino e Pesquisa, de março de 1996 a junho de 1999, sendo responsável pelos projetos de estruturação e implantação do setor, participou de sua implantação e conclusão total.

Foi peça fundamental na organização dos estágios e no credenciamento da residência médica nas áreas de cardiologia, Clinica Médica e Neurologia desta Instituição.

Tendo sido um profissional competente, assíduo e ético, não há nada em sua conduta profissional que a desabone.

Por ser verdade assinamos a presente

Goiânia, 10 de junho de 1999.

MARIA MEDEIROS VAZ

CHEFE DO D.E.P

Assistente Social CRESS 1.321 - OR
Chefe da Divi de Estudos e Pesquisas -HUGO

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS | SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONSAÚDE

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os fins que se fizerem necessários, que *JANE FREITAS DOS SANTOS OLIVEIRA* freqüentou regularmente o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar/SUS/UCG. Ressaltamos que o curso iniciou-se em julho/02 com término em dezembro/02, perfazendo um total de 360 horas/aula.

Goiânia, 11 de Junho de 2003.

CARLOS ALBERTO LISBOA VIEIRA
Coordenador do Curso/SES

SAÚDE

HDT

PORTARIA N.º 631/2.000-GAB/SES-GO

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE-SES-GO., no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE :

Designar a servidora Jane Freitas dos Santos Oliveira para responder pela Diretoria Administrativa do Hospital de Doenças Tropicais-HDT. a partir de 04/09/2.000.

Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura, retroagindo os seus efeitos a 04/09/2.000 e revogando as disposições em contrário.

Cumpra-se, dando ciência.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia-GO., aos 13 (treze) dias do mês de setembro de 2.000.

Dr. Erzechson Brasil Guimães
Superintendência Executiva

FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS
Secretário de Estado da Saúde

DRH / HDT
Fl. 57

portaria-suse-16

SUS
Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS
A FORÇA DO CORAÇÃO DO BRASIL

Superintendência de Gestão, Planejamento e finanças / SES
Gerência da Folha de Pagamento

MEMORANDO....Nº 403/2013 – GDP/SGPF
NOME.....JANE FREITAS DOS SANTOS OLIVEIRA
ASSUNTO.....INFORMAÇÃO FUNCIONAL

INFORMAÇÃO-N.1364...../GFP-SES/2013, referente à situação funcional de JANE FREITAS DOS SANTOS OLIVEIRA.

01 – ÚLTIMO CARGO.....Diretor Administrativo de Unidade de Saúde Porte 1
02 – REGIME JURÍDICO.....Comissionado
03 – ADMISSÃO.....12.05.1998
04 – ÚLTIMA LOTAÇÃO.....Hospital de Urgências de Goiânia-GO
05 – CARGA HORÁRIA.....40 horas semanais
06 – MATRÍCULA..... 5269075.3
07 – EXONERAÇÃO.....25.11.2010

INFORMAÇÃO:

Encaminhe – se a presente informação a ***Gerência de Desenvolvimento de Pessoas – SGPF/SES***, para as devidas providências.

GERÊNCIA DA FOLHA DE PAGAMENTO, em Goiânia, 19 de fevereiro de 2013.

ANTÔNIO LUIZ GUEDES
Gerente Especial da Folha de Pagamento

Rua SC-1 Nº. 299 Parque Santa Cruz - CEP 74.860-270 - Goiânia - Goiás
E-mail – saf.dfp@saude.go.gov.br Fone/Fax: (0xx62) 3201-3853

Estado de Goiás

AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS

A P O S T I L A

O PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, no uso de suas atribuições legais, **DECLARA** que, por Decreto 05 de abril de 2004, publicado à (s) pág.(s) 08-09 do Diário Oficial n.º 19.374 de 05 de abril de 2004, foi **nomeado (a)** **JANE FREITAS DOS SANTOS OLIVEIRA CPF- 375.331.341-68** para, em comissão e a partir 01 de novembro de 2003, exercer o cargo de **Diretor Administrativo de Unidade de Saúde de Porte 1. , da Secretaria da Saúde no Hospital de Doenças Tropicais**

GABINETE DO PRESIDENTE DA AGÊNCIA GOIANA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS PÚBLICOS, em Goiânia, ao(s) 22 dias do mês de abril de 2004, 116ª da República.

JEOVALTER CORREIA SANTOS
PRESIDENTE

Recebi a 1ª Via em: 22/04/2004
Jane Freitas dos Santos Oliveira

Agência de Administração

GERÊNCIA EXECUTIVA DE PESSOAL
GERÊNCIA DE CADASTRO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL
Tomou posse e recebeu a 1º via em
22 / 04 / 04
José Francisco
Responsável

1937475450 8-09

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os fins que se fizerem necessários, que *JANE FREITAS DOS SANTOS OLIVEIRA* freqüentou regularmente o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar/SUS/UCG. Ressaltamos que o curso iniciou-se em julho/02 com término em dezembro/02, perfazendo um total de 360 horas/aula.

Goiânia, 11 de Junho de 2003.

CARLOS ALBERTO LISBOA VIEIRA
Coordenador do Curso/SES

HUGO

Hospital de Urgências de Goiânia

Fundação de Apoio às Ações de Saúde do Estado de Goiás
Secretaria de Estado da Saúde - SES
Sistema Único de Saúde – SUS

DECLARAÇÃO

Declaro que a Srª Jane dos Santos Oliveira, prestou serviço, na Divisão de Ensino e Pesquisa, de março de 1996 a junho de 1999, sendo responsável pelos projetos de estruturação e implantação do setor, participou de sua implantação e conclusão total.

Foi peça fundamental na organização dos estágios e no credenciamento da residência médica nas áreas de cardiologia, Clinica Médica e Neurologia desta Instituição.

Tendo sido um profissional competente, assíduo e ético, não há nada em sua conduta profissional que a desabone.

Por ser verdade assinamos a presente

Goiânia, 10 de junho de 1999.

Mª Medeiros Vaz

MARIA MEDEIROS VAZ

CHEFE DO D.E.P

Maria Medeiros Vaz
Assistente Social CRESS 1.321 - OR
Chefe da Div. de Estudos e Pesquisas - HUGO

CONTRATO DE TRABALHO

CNPJ: 00.424.572/0001-06

Empregador .....

HOSPITAL LÚCIO REBELO LTDA.

CGC/MF .....

Rua Av. Edmundo Pinheiro de Abreu Nº 451 Setor Bela Vista Nº .....

Município CEP. 74.823-030 Est. .....

Esp. do estabelecimento GOIÂNIA-GO .....

Cargo Card de Internação .....

CBO nº .....

Data admissão 25 de Julho de 2011

Registro nº 23221 Fls./Ficha .....

Remuneração especificada R$ 1.532,37 (Um mil e Quinhentos e trinta e dois reais) p/ mês.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

HOSPITAL LUCIO REBELO
Dept.º Pessoal

1º ..... 2º .....

Data saída 13 de MARÇO de 2012

HOSPITAL LUCIO REBELO

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Dept.º Pessoal

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº 125.153042

FREDERICO
FREDER

18 CONTRATO DE TRABALHO

00 819 694/0001-93

Empregador LASER ASSOCIADOS
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS LTDA.

CGC/MF

Rua Av. T-8 nº 171 - Setor Nº Marista

Município CEP 74.210-270 Est.

Esp. do estabelecimento GOIÂNIA — GO

Cargo Supervisora de Orçamento

CBO nº

Data admissão 21 de Maio de 19 2012

Registro nº 07 Fls./Ficha 19

Remuneração especificada R$ 1.500,00 (um mil quinhentos reais)

Laser Associados Diag. Médicos LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Jaqueline R. Saraiva
Administradora

1º 2º

Data saída 27 de Agosto de 2012

Laser Associados Diag. Médicos LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Jaqueline R. Saraiva
Administradora

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: HOSPITAL SAO SILVESTRE LTDA
CNPJ/MF: 03.420.437/0001-72
LOGRADOURO: AVENIDA DAS NACOES AREA 3 - N.C
BAIRRO: VERA CRUZ
MUNICÍPIO: APARECIDA DE GOIANIA - UF: GO
CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVA - CBO: 142105
DTA ADMISSÃO: 23 de novembro de 2012
REGISTRO N.: 0 FLS/FICHA: 0
SALÁRIO: 4.102,52 p/ Mês.
REM. ESP.: (QUATRO MIL, CENTO E DOIS REAIS CINQUENTA E DOIS CENTAVOS)

Hospital São Silvestre Ltda

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída 18 de Fevereiro de 2014

Idney Lucas Dias
Coord. Rec. Humanos
Hospital São Silvestre Ltda

Ass. do empregado

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

20 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 04 363 085/0001-23

MÉDICOS REUNIDOS LTDA.

CGC/MF Av. A Nº 333 Qd. E Lts. 12/14 Sl. 04

Rua Setor Oeste Nº

Município CEP: 74110-020 Est.

Esp. de estabelecimento GOIÂNIA - GO

Cargo Coordenadora Administrativa

CBO nº 4101-05

Data admissão 14 de Março de 19 2014

Registro nº 100384 Fls./Ficha

Remuneração especificada R$ 4.340,60 (Quatro mil, trezentos quarenta e um reais, sessenta centavos) por mês

Posto Leticia Fernandes Castro

Ass. do empregador ou a rogo c/test. RH Pleno

Médicos Reunidos Ltda.

1º 2º

Data saída 15 de Julho de 19 2014

Leticia Fernandes Castro

Encarregada de RH/DP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Médicos Reunidos Ltda

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 37 261 120/0001-52

VER EXCELÊNCIA EM OFTALMOLOGIA LTDA

CGC/MF .....

Rua Av. Americano do Brasil Nº. 260 Qd. 253 Lt. 12E - Setor Marista Nº .....

Município CEP: 74180-010 Est. .....

Esp. do estabelecimento GOIÂNIA-GO .....

Cargo Gerente de Faturamento

CBO nº 1421-05

Data admissão 10 de Março de 2014.

Registro nº 13 Fls./Ficha 64

Remuneração especificada R$ 2.500,00 (Dois mil e Quinhentos reais) por mês.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

VER EXCELÊNCIA EM OFTALMOLOGIA LTDA

1º ..... 2º .....

Data saída 03 de Dezembro de 2014

VER EXCELÊNCIA EM OFTALMOLOGIA LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

CONTRATO DE TRABALHO

EM ...

... IPO INST DE CIRURGIA PLAST E OFTALMOL LT ...

CO CNPJ: 11.316.220/0001-45 ...

EM T 4 , 1445 QD 168 LT 14A16 ...

CEP 74230035 ...

SETOR BUENO - GOIANIA - GO ...

MI +---Especie de Estabelecimento---+ ...

ES SERVIÇOS HOSPITALARES ...

CA Cargo : GERENTE FINANCEIRO ...

CBO: 142115 Admissao: 08/12/2014 ...

Livro No: 03 Folha No: 23 ...

DA Salario.: R$ 3.322,00(TRÊS MIL, ...

RE TREZENTOS E VINTE E DOIS REAIS) por ...

RE Mês ...

Nayara Soares
Supervisora de RH
Hospital Premium Unidade Bueno

Nayara Soares ...

IPO INST DE CIRURGIA PLAST E OFTALMOL LT

2ª

DATA DE SAÍDA 24 DE Outubro DE 2015

Nayara Soares
ASS. DO EMPREGADOR OU REPRESENTANTE

Nayara Soares
Supervisora de RH
Hospital Premium Unidade Bueno

M. DISPENSA CD Nº ...

S Nº DA CONTA: ...

07

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

Empresa: **SAÚDE TOTAL LIMITADA**

CNPJ: **05.151.090/0001-35**

End.: **ALAMEDA DAS ROSAS, Nº 2041, SETOR OESTE**

CEP: **74.125-010** Cidade: **Goiânia / GO**

Esp.do estabelecimento: **HOSPITALAR**

Cargo: **COORDENADOR (A) DE FATURAMENTO**

CBO: **4101-05**

Data de Admissão: **02 DE FEVEREIRO DE 2016**

Registro nº **02** Folha: 351

Remuneração especificada: **R$ 3.557,42 (três mil quinhentos e cinquenta e sete reais e quarenta e dois centavos) + INSALUBRIDADE** por mês.

SAÚDE TOTAL LIMITADA Karina Pimentel Recursos Humanos

1ª ..... 2ª .....

DATA DE SAÍDA 04 DE DEZEMBRO DE 2016

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1ª Ana Lôbo de Oliveira Andrade Depto. Pessoal

COM. DISPENSA CD Nº .....

FGTS Nº DA CONTA: .....

CONTRATO DE TRABALHO

OGTI ORG GOIANA DE TERAPIA INTENSIV LTDA
CNPJ: 08.815.19[illegible]-51
END. RUA 277 QD [illegible] LT 12 E, 395
GOIANIA/GO

CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVO
Especificação do Estabelecimento:
Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro

CBO: 142105
ADMISSÃO: 01/01/2018
FICHA REGISTRO Nº: 00143
Remuneração Esp.: R$ 3.000,00 por mês
(TRÊS MIL REAIS)* * * *

NOME	EXPERIÊNCIA
Dr Rafael Junqueira	Titulação: Médico em Terapia Intensiva Especialista em Administração Hospitalar Diretor Adm/Fin Organzação Goiana de Terapia Intensiva – 70 Leitos
Dr. Thiago Roriz	Titulação: Médico Neurologista Especialista em Administração Hospitalar Gestor da Hemodinâmica do Hospital São Francisco De Assis – 89 leitos
Dr. Rafael Faria	Titulação: Médico Neurocirurgião Membro efetivo da Academia Brasileira de Neurologia (2018) Coordenador da Neurologia, Neurorradiologia Intervencionista Hospital São Francisco De Assis – 89 leitos

HSFA
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins de direito que o colaborador Rafael Marcelo de Faria, situado à Rua T29 N° 358, Bairro Bueno, CEP: 74210-050, Cidade de Goiânia, Estado de Goiás, inscrito no CPF sob o n° 882.929.161-72, é nosso gestor da Hemodinâmica desde 2015 ,para atender a demanda dos serviços de Neurologia, neurorradiologia intervencionista no Hospital São Francisco de Assis, CNPJ sob Nº 01.625.151/0001-06, com 89 leitos, não havendo fatos supervenientes que desabonem sua conduta técnica e comercial, dentro dos padrões de qualidade e desempenho, bem como cumpre com sua obrigação, não existindo reclamação ao objeção quanto a qualidade dos produtos/ serviços junto à esta instituição até a presente data .

Goiânia, 17 de Agosto de 2022.

Eliza Frota Gillet
Clínica Médica
CRM - 13187

Representante Legal

Hospital São Francisco de Assis LTda

ORGANIZAÇÃO GOIANA DE TERAPIA INTENSIVA – SUPREME CARE

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os fins que se fizerem necessários que **RAPHAEL DE SIQUEIRA JUNQUEIRA**, brasileiro, casado, médico, RG 3135380 SSP/GO, CPF 628.541.431-91, residente à Rua T-48, 538, Apt 1202, Ed Oasis Bueno, Goiânia-GO, CEP 74.210-190, exerce desde de outubro de 2017, a função de Diretor Técnico na **ORGANIZAÇÃO GOIANA DE TERAPIA INTENSIVA LTDA** inscrita no **CNPJ 08.815.191/0001-51** desde janeiro de 2017, e, trabalha na gestão de Leitos ficando sobre sua responsabilidade de gestão, 70 (setenta) leitos de Terapia Intensiva, desde então, nas modalidades Adulto e Pediátrica.

Declaramos ainda que o referido servidor realizou e participou da administração e gerenciamento da unidade de saúde o qual operou no **gerenciamento e Gestão de tratamento do tipo UTI de serviços de saúde públicos, ligadas ao SUS,** exercendo as atividades de apoio na gestão técnica, inclusive da equipe médica, melhorando o desempenho dos colaboradores, aperfeiçoando técnicas e táticas com o objetivo de melhorar a performance, executando com excelência todos os serviços prestados, sendo sua capacidade gerencial aqui demonstrada como bem sucedida, sempre apresentando meio de suporte para a efetivação das atividades finalísticas assistenciais e prestação de serviços sociais por meio de recursos humanos de maneira condizente com as normas e políticas de trabalho desta empresa, não tendo nada que desabone a sua conduta moral, ética ou profissional.

Atenciosamente.

Dr. Frederico Dutra Oliveira
Medicina Intensiva
CRM-17672

FREDERICO DUTRA OLIVIERA

Diretor de Assistência

HSFA
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS

Atestado de Capacidade Técnica

Atestamos para os devidos fins de direito que Thiago Carvalho Roriz Pina, residente à Rua T-30, nº 1.680, apto 1.603, Setor Bueno, CEP: 74.215.060, Goiânia, Goiás, médico inscrito no CREMEGO sob o nº16.348, inscrito no CPF/MF sob o nº 710.870.791-87, portador da CI nº 4.043.015 DGPC-GO, é nosso gestor desde 2015, para atender a demanda dos serviços de Neurorradiologia Intervencionista, no setor da Hemodinâmica do Hospital São Francisco de Assis LTDA, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 01.625.151/0001-06, contando com 83 leitos de internação, sendo 65 leitos de enfermaria/apartamentos e 18 leitos de UTI, não havendo fatos supervenientes que desabonem sua conduta profissional, dentro dos padrões de qualidade e desempenho, bem como cumpridor de suas obrigações, até o presente momento.

Goiânia, 01 de setembro de 2.022.

Representante Legal
Hospital São Francisco de Assis LTDA
CNPJ/MF sob o nº 01.625.151/0001-06

Dr. Pedro Serronni Frota
Cirurgia Geral
Cirurgia Bariátrica
UNIMED 064/0000[illegible]-3

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO ÍNDIO ARTIAGA
Reconheço por SEMELHANÇA a(s) assinatura(s) de:
PEDRO SERONNI FROTA
posto que análoga à(s) constante(s) de nosso arquivo.
https://see.tjgo.jus.br/buscas
Selo Digital nº: 00772209010362324309620
Dou fé. Em Testemunho da Verdade.
Goiânia-GO, 02 de Setembro de 2022
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCREVENTE
Praça do Sol, Rua 9 esq. c/ Rua João de Abreu, 1155, Ed. Aton, St. Oeste, Goiânia-GO, CEP 74120-100, Fone: 62 3096.9999 I www.cartorioindioartiaga.com.br

NOME	EXPERIÊNCIA
Rosimeire Correira Leite Rodrigues	Titulação: Administração de Empresas Especialista em Administração Hospitalar ❖ Gestora do Instituto de Medicina do Comportamento Eurípedes Balsanufo INMCEB **(200 leitos)** ❖ Secretária Executiva da Secretaria de Saúde do Município de Anápolis ❖ Ex- Secretária Municipal de Saúde do Município de Silvânia (44 leitos) ❖ Diretora Geral da UPA III DR ALAIR MAFRA DE ANDRADE (87 leitos)
Dr. José Joaquim Gomide	❖ Titulação: Médico Neurocirurgião ❖ Pós Graduação em Administração Hospitalar ❖ Chefe do Departamento de Ortopedia do Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO – **(407 leitos)** ❖ Diretor Clínico do Hospital de Urgências de Goiânia - HUGO – **(407 leitos)** ❖ Preceptor da Residência Médica da Ortopedia do Hospital de Urgências ❖ de Goiânia - HUGO– **(407 leitos)** ❖ Coordenador da Ortopedia do Pronto Socorro do Instituto de Neurologia ❖ de Goiania ❖ Diretor Técnico da Ortoclinica Bueno ❖ Diretor no Hospital São Francisco De Assis – 89 leitos

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **04/10/2020**

Nome Civil: **ROSEMEIRE CORREIA LEITE RODRIGUES**
CPF: **380.441.611-04**
Data de Nascimento: **24/05/1969**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **ALDA COUTINHO LEITE**

Contratos de Trabalho

- 17/01/2017 - 16/06/2021

INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EURIPEDES BARSANULFO - INMCEB
CNPJ: 01.029.180/0001-05
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Salário Contratual: **R$ 5.838,79**
Remuneração Inicial: **R$ 5.387,40**
Última Remuneração Informada: **R$ 19.995,21** (06/2021)

Anotações

16/06/2021 - Rescisão Contratual

03/05/2021 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 01/06/2021

01/07/2020 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 30/07/2020

03/06/2019 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 02/07/2019

01/09/2020 - Salário alterado para R$ 6.213,01

01/07/2019 - Salário alterado para R$ 6.032,05

17/01/2017 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 01/01/2015 - Aberto

MUNICIPIO DE ANAPOLIS
CNPJ: 01.067.479/0001-46
Ocupação: **252305 - SECRETARIA(O) EXECUTIVA(O)**
Remuneração Inicial: **R$ 6.053,04**
Última Remuneração Informada: **R$ 7.389,58** (12/2016)

Anotações

01/01/2015 - Admissão

- 01/08/2014 - Aberto

MUNICIPIO DE ANAPOLIS
CNPJ: 01.067.479/0001-46
Ocupação: **252305 - SECRETARIA(O) EXECUTIVA(O)**
Remuneração Inicial: **R$ 3.026,52**
Última Remuneração Informada: **R$ 3.026,52** (12/2014)

Anotações

01/08/2014 - Admissão

- 02/09/2013 - Aberto

MUNICIPIO DE ANAPOLIS
CNPJ: 01.067.479/0001-46
Ocupação: **252305 - SECRETARIA(O) EXECUTIVA(O)**
Remuneração Inicial: **R$ 1.697,10**
Última Remuneração Informada: **R$ 1.815,90** (07/2014)

Anotações

02/09/2013 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 19/10/2012 - 02/07/2013

CGO - CENTRO GOIANO DE ONCOLOGIA LTDA
CNPJ: 01.927.200/0010-48
Ocupação: **410105 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 4.277,33**
Última Remuneração Informada: **R$ 5.260,41** (07/2013)

Anotações

02/07/2013 - Rescisão Contratual

01/01/2013 - Ocupação alterada para SUPERVISOR ADMINISTRATIVO

01/11/2012 - Ocupação alterada para ADMINISTRADOR

19/10/2012 - Admissão

- 05/06/2012 - 11/10/2012

HOSPITAL SAO SILVESTRE LTDA
CNPJ: 03.420.437/0001-72
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 2.624,40**
Última Remuneração Informada: **R$ 965,24** (10/2012)

Anotações

11/10/2012 - Rescisão Contratual

05/06/2012 - Admissão

- 05/01/2009 - 01/11/2010

HOSPITAL EVANGELICO GOIANO LTDA
CNPJ: 01.020.197/0001-93
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 3.116,25**
Última Remuneração Informada: **R$ 116,81** (11/2010)

Anotações

01/11/2010 - Rescisão Contratual

05/01/2009 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 02/01/2006 - 31/12/2008

FUNDACAO HOSPITALAR DE SILVANIA
CNPJ: 02.849.709/0001-91
Ocupação: **252105 - ADMINISTRADOR**
Remuneração Inicial: **R$ 2.570,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 3.888,00** (12/2008)

Anotações

31/12/2008 - Rescisão Contratual

02/01/2006 - Admissão

- 14/09/2004 - Aberto

HOSPITAL EVANGELICO GOIANO LTDA
CNPJ: 01.020.197/0001-93
Ocupação: **413105 - ANALISTA DE FOLHA DE PAGAMENTO**
Remuneração Inicial: **R$ 2.068,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 2.068,88** (12/2005)

Anotações

01/10/2005 - Ocupação alterada para ANALISTA DE FOLHA DE PAGAMENTO

01/07/2005 - Ocupação alterada para SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO

01/10/2004 - Ocupação alterada para ANALISTA DE FOLHA DE PAGAMENTO

14/09/2004 - Admissão

- 01/03/2001 - 30/06/2001

MUNICIPIO DE PORANGATU
CNPJ: 01.801.612/0001-46
Ocupação: **31120 - AGENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 592,48**
Última Remuneração Informada: **R$ 592,48** (07/2001)

Anotações

30/06/2001 - Rescisão Contratual

01/03/2001 - Admissão no primeiro emprego

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 02/01/1997 - 01/10/1998

MUNICIPIO DE PORANGATU
CNPJ: 01.801.612/0001-46
Ocupação: **123105 - DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 733,95**
Última Remuneração Informada: **R$ 733,95** (12/1997)

Anotações

01/10/1998 - Rescisão Contratual

02/01/1997 - Admissão

- 02/12/1994 - 13/06/1997

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCACAO
CNPJ: 01.409.705/0001-20
Ocupação: **31120 - AGENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 100,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 120,00** (05/1997)

Anotações

13/06/1997 - Rescisão Contratual

02/12/1994 - Admissão no primeiro emprego

- 01/07/1992 - 30/05/1993

SECRETARIA DA SAUDE
CNPJ: 25.053.117/0001-64
Ocupação: **999999 - Não Informada**
Remuneração Inicial: **Cr$ 1.975.993,38**
Última Remuneração Informada: **Cr$ 2.740.988,75** (04/1993)

Anotações

30/05/1993 - Rescisão Contratual

01/07/1992 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação

- 05/06/1990 - 13/11/1996

ORGANIZACAO DAS VOLUNTARIAS DE GOIAS
CNPJ: 02.106.664/0001-65
Ocupação: **31120 - AGENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **Cr$ 27.615,18**
Última Remuneração Informada: **Cr$ 231,11** (12/1996)

Anotações

13/11/1996 - Rescisão Contratual

05/06/1990 - Admissão no primeiro emprego

- 07/11/1984 - 04/06/1990

MUNICIPIO DE PORANGATU
CNPJ: 01.801.612/0001-46
Ocupação: **411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **Cr$ 166.560,00**
Última Remuneração Informada: **Cr$ 300,99** (12/1989)

Anotações

04/06/1990 - Rescisão Contratual

07/11/1984 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CERTIDÃO

CERTIFICAMOS a pedido da parte interessada, que o médico **JOSÉ JOAQUIM GOMIDE NETO – CRM/GO 6024,** respondeu pela Diretoria Clínica do estabelecimento de saúde denominado **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - HUGO,** nome de fantasia **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR VALDEMIRO CRUZ - HUGO,** CNPJ 02.529.964/0008-23, sito à AV. 31 DE MARCO C/ AV 5ª RADIAL S/N – SETOR PEDRO LUDOVICO – CEP 74820-300 – GOIÂNIA - GO, no período de 12/03/2014 a 21/12/2018.

Por ser verdade, firmamos a presente, para os fins de direito.

Goiânia/GO, data da assinatura eletrônica.

CLAUDINEI ROSA PIRES:59182008191

Assinado de forma digital por CLAUDINEI ROSA PIRES:59182008191
Dados: 2022.10.10 15:14:43 -03'00'

Rua T-28, Nº 245 - Setor Bueno - Fone: (62) 3250-4900 / Fax: (62) 3250-4949 - CEP: 74.210-040 - Goiânia-GO
www.cremego.org.br / cremego@cremego.org.br

NOME

HOSPITAL E MATERNIDADE DOM BOSCO

TERMO DE FOMENTO Nº 203/2024 -
Resumo de Experiência da Entidade

A entidade Centro de Gestão Integrada (CGI) possui ampla experiência na execução de serviços de saúde para a população de baixa renda em Goiânia, atuando com responsabilidade na prestação de exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos. Através de diversas emendas parlamentares e termos de fomento, a entidade contribuiu significativamente para a melhoria do acesso a serviços médicos especializados.

TERMO DE FOMENTO N° 287

Processo: 24.6.000002713-8
Objeto: Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos, com foco em endoscopia completa e colonoscopia.
Ação Executada:
100 exames de endoscopia completa.
20 exames de colonoscopia.

TERMO DE FOMENTO nº 484

Processo: 24.29.000012826-0
Objeto: Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia.
Ação Executada:
1.000 consultas generalistas.
750 exames oftalmológicos.
500 exames nutricionais.
600 atendimentos ginecológicos.
200 atendimentos psicológicos.

TERMO DE FOMENTO nº 479

Processo: 24.29.000016633-1
Objeto: Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia.
Ação Executada:
225 cirurgias de catarata.
40 cirurgias de pterígio.

TERMO DE FOMENTO nº 482

Processo: 24.29.000016641-2
Objeto: Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia.
Ação Executada:
225 cirurgias de catarata.
40 cirurgias de pterígio.
Atendimento especializado em saúde mental (100 atendimentos psiquiátricos e 100 atendimentos psicológicos).
250 atendimentos nutricionais.
200 atendimentos clínico geral.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA: A entidade ainda oferece apoio técnico às equipes administrativas e técnicas, promovendo a qualidade dos serviços prestados em consultas, exames e cirurgias, incluindo atendimento em telemedicina. A CGI gerenciou 23 leitos, abrangendo procedimentos em oftalmologia, ginecologia, nutrição, saúde mental e atendimentos generalistas, com a execução de exames de imagem como ultrassonografia e mamografia.

TERMO DE FOMENTO

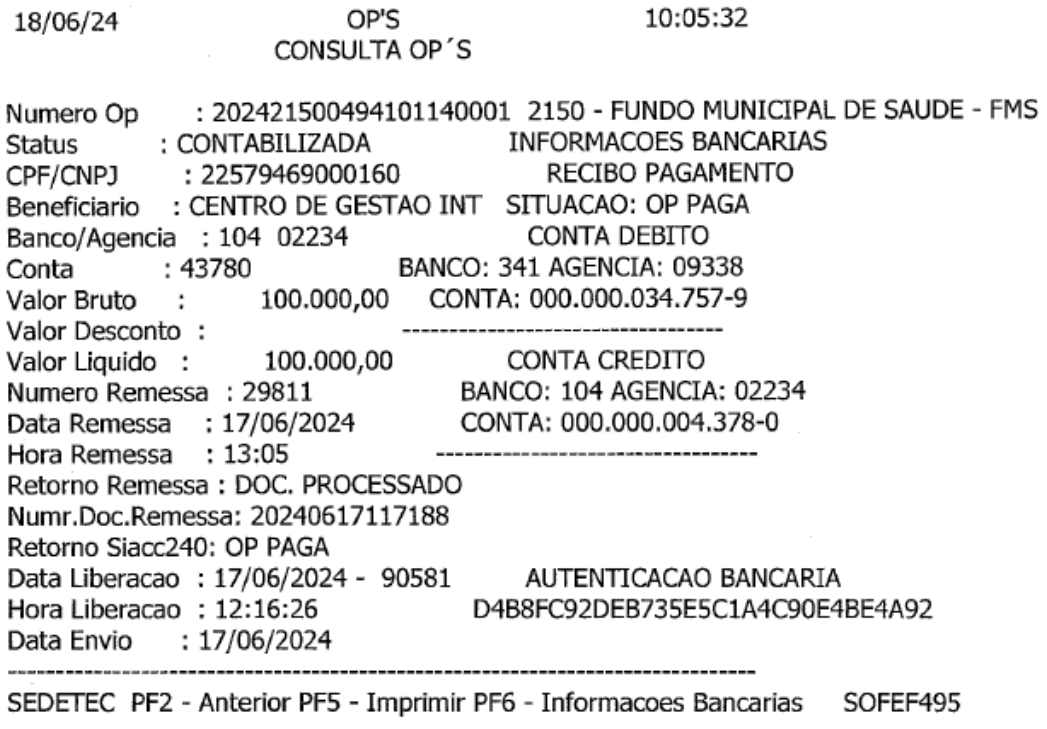
- **Origem do Recurso:** Emenda Impositiva N° 287 – Vereador Isaias Ribeiro
- **Processo:** 24.6.000002713-8

Objeto:

O projeto tem como objetivo promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia, com foco em endoscopia completa e colonoscopia.

ACÃO EXECUTADA

- Realização de 100 exames de endoscopia completa.
- Realização de 20 exames de colonoscopia.



18/06/24 OP'S 10:05:32
CONSULTA OP´S

Numero Op : 202421500494101140001 2150 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS
Status : CONTABILIZADA INFORMACOES BANCARIAS
CPF/CNPJ : 22579469000160 RECIBO PAGAMENTO
Beneficiario : CENTRO DE GESTAO INT SITUACAO: OP PAGA
Banco/Agencia : 104 02234 CONTA DEBITO
Conta : 43780 BANCO: 341 AGENCIA: 09338
Valor Bruto : 100.000,00 CONTA: 000.000.034.757-9
Valor Desconto : ----------
Valor Liquido : 100.000,00 CONTA CREDITO
Numero Remessa : 29811 BANCO: 104 AGENCIA: 02234
Data Remessa : 17/06/2024 CONTA: 000.000.004.378-0
Hora Remessa : 13:05 ----------
Retorno Remessa : DOC. PROCESSADO
Numr.Doc.Remessa: 20240617117188
Retorno Siacc240: OP PAGA
Data Liberacao : 17/06/2024 - 90581 AUTENTICACAO BANCARIA
Hora Liberacao : 12:16:26 D4B8FC92DEB735E5C1A4C90E4BE4A92
Data Envio : 17/06/2024

SEDETEC PF2 - Anterior PF5 - Imprimir PF6 - Informacoes Bancarias SOFEF495

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO- CUSTEIO

CONCEDENTE

Órgão: **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – GO (SMS-GO)**	
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	Processo:
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

1 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: **Fundo Municipal De Saúde de Goiânia.**	CNPJ do FMS: **37.623.352/0001-03**
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

2 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Entidade: Centro de Gestão Integrada - CGI		**CNPJ:** 22.579.469/0001-60
Endereço: Avenida C-255 nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, Salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba		
Bairro: Setor Nova Suiça	**Cidade:** Goiânia/GO	**CEP:** 74.280-010
E-mail CGI_hosp@gmail.com	**Site:**	**Telefone:** (62) 9 8288-1036
Nome do Responsável: André Luiz K. Freitas e Silva		**CPF:** 968.872.301-00
Serviços ofertados: ( )Ambulatorial ( )Internação ( )UTI ( )SADT ( )Hospital dia		**(X)Outros:**
Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos		

BANCO	CONTA	OP	AG

3–DESCRIÇÃO DO PROJETO:

A cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Com uma população diversificada e em crescimento, estimada em mais de 1,5 milhão de habitantes, a demanda por cuidados ambulatoriais e clínicos é substancial. Entre esses habitantes, destacam-se grupos vulneráveis, como adultos de baixa renda, idosos e moradores de áreas rurais, que enfrentam dificuldades adicionais para acessar serviços de saúde adequados. Estima-se que os adultos de baixa renda e os idosos enfrentam uma maior incidência de dificuldade em realização de exames específicos que se feitos em tempo hábil podem evitar doenças mais severas se identificadas no início com os exames necessários. A distribuição desigual dos serviços médicos na cidade é um problema adicional. Embora existam clínicas e hospitais especializados, muitos deles estão concentrados em áreas urbanas centrais, dificultando o acesso para os residentes de bairros periféricos e áreas rurais. Goiânia é composta por dezenas de bairros, cada um com suas próprias características e necessidades específicas. A falta de unidades de saúde e laboratórios em locais estratégicos contribui para a demanda reprimida e para o agravamento dos problemas de saúde entre a população local.

4. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda nas regiões indicadas, melhorando o acesso à saúde de qualidade. A iniciativa também visa promover a relação entre ensino, serviço e comunidade, encaminhando para as especialidades, além de garantir a universalidade, integralidade e equidade do acesso à saúde. O projeto também garante o direito à informação dos pacientes e a divulgação dos serviços disponíveis, bem como laudos e resultados de exames.

5- VALOR DO RECURSO:

R$100.000,00 (CEM MIL REAIS)

6- ORIGEM DO RECURSO:

EMENDA IMPOSITIVA N° 287 – VEREADOR ISAIAS RIBEIRO

7- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DO RECURSO:

O sistema de saúde brasileiro, apesar de sua importância, ainda precisa de melhorias e expansão. O projeto surge como uma alternativa para levar atendimento médico à população mais carente, especialmente em áreas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A escolha dos exames a serem oferecidos baseia-se na análise das necessidades de saúde da população alvo, considerando as doenças de maior prevalência e as barreiras de acesso ao sistema de saúde. A implementação dessas campanhas visa suprir uma lacuna significativa no acesso à saúde de qualidade, contribuindo para a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

8- RESULTADOS ESPERADOS:

Avaliação do Impacto:

A avaliação do impacto das campanhas será conduzida pela coleta de dados abrangentes, incluindo o número de exames realizados, a satisfação dos beneficiários com os serviços oferecidos e o encaminhamento de casos para tratamento adicional. Espera-se que o projeto resulte em melhorias significativas na saúde e qualidade de vida dos participantes, com redução nas incidências de doenças não diagnosticadas e tratadas de forma adequada.

Redução da Demanda por Atendimento Ambulatorial:

O projeto visa a redução significativa da fila de espera por exames nas especialidades médicas e multiprofissionais oferecidas, com atendimento presencial.

Ampliação do Acesso à Saúde:

Espera-se que o projeto amplie o acesso à saúde especializada para a população, proporcionando serviços que anteriormente eram inacessíveis para muitos.

Melhoria da Qualidade de Vida da População:

A redução do tempo de espera por atendimento e a ampliação do acesso à saúde especializada devem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, o projeto visa promover a prevenção de doenças e a educação em saúde, através de ações educativas e acompanhamento dos pacientes.

Descongestionamento das Unidades de Saúde:

O projeto pretende reduzir o fluxo de pacientes nas unidades de saúde de atenção primária, liberando recursos e profissionais para atender outras demandas da população, garantindo um atendimento mais eficiente e ágil.

Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde:

Espera-se fortalecer a atenção primária à saúde integrando as ações itinerantes com os serviços de saúde já existentes nos municípios. Isso possibilitará um melhor atendimento às necessidades de saúde da população e um acompanhamento mais próximo dos pacientes, promovendo uma abordagem mais holística e preventiva.

Satisfação dos Usuários:

O projeto almeja alcançar um alto nível de satisfação dos usuários, oferecendo um atendimento humanizado, de qualidade e centrado nas necessidades da população, visando à promoção do bemestar e da confiança no sistema de saúde.

Sustentabilidade:

É esperado que o projeto seja sustentável a longo prazo, através da captação de recursos financeiros de diferentes fontes, como parcerias com o setor privado, convênios com outras instituições e doações, garantindo sua continuidade e eficácia ao longo do tempo.

Monitoramento e Avaliação:

O projeto será continuamente monitorado e avaliado para garantir o alcance dos resultados esperados e a qualidade dos serviços prestados, possibilitando ajustes e melhorias conforme necessário para atender às necessidades da comunidade de forma eficaz e eficiente.

9- PRAZO:

Tempo de execução: 12 (doze) meses.	Início: A partir do início da vigência no Temo de Compromisso.

10 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

SEQ	DESCRIÇÃO	Nº A SER ALCANÇADO	FONTE
1	EXAME DE ENDOSCOPIA	800 EXAMES	RELATORIO MENSAL
2	EXAME DE COLONOSCOPIA	20 EXAMES	RELATORIO MENSAL

11. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

AÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recebimento do recurso	X											

Planejamento e Preparação	X	X										
EXECUÇÃO DOS EXAMES			X	x	x	x	X	X	x	x	X	
Encerramento e Relatório Final												x

12– VALOR DO PROJETO

Valor Global: R$ R$ 100.000,00 (SEICENTOS E VINTE MIL REAIS)	

13– CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela única	R$ R$ 100.000,00
Data do Desembolso:	Após a assinatura do termo de compromisso de repasse com a secretaria municipal de saúde que ocorrerá após fluxo processual.

14– OBRIGAÇÕES

14.1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso; II – Suspender repasses em caso de não prestação de contas pelo Proponente.
III – realizar os repasses dos recursos à unidade assistida após a homologação do plano de trabalho.

14.2 – Do Fundo Municipal de Saúde

I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
II – realizar o repasse mediante assinatura do termo de repasse após o fluxo processual na Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho e ordens de pagamento.

14. 3 – Da Unidade Assistida

I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis. Os recursos deverão ser destinados exclusivamente para melhoria do atendimento dos usuários do SUS, sendo vedada a utilização direta ou indireta para a rede privada de saúde.

II – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do Projeto em:

a) taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;
b) pagamento de aposentadorias e pensões;
c) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade;
d) finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda que em caráter de emergência;
e) atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;
f) despesas com publicidade;
g) despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e
h) despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.

III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;

IV – Quando a liberação dos recursos ocorrer de forma parcelada, realizar a prestação de contas do total do montante de recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;

V– Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta-corrente, aberta especificamente para este fim.

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestação de Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

10 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

11– DECLARAÇÃO DA UNIDADE ASSISTIDA

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde – SMS-GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos da administração pública, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, na forma deste Plano de Trabalho.

Goiânia em 22/04/2024

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 17:00:21-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES - PRESIDENTE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

Goiânia em____/ ___/____

WILSON MODESTO POLLARA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAUDE DE GOIÂNIA

ANEXO (SOMENTE PARA OBJETO: CUSTEIO) PLANILHA DE CUSTEIO – RELAÇÃO DE ITENS QUE SERÃO CUSTEADOS:

SEQUENCIA	DESCRIÇÃO ITEM	UNIDADE	QTDE	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	ENDOSCOPIA COMPLETA	Und.	100	**R$ 800,00**	R$80.000,00
2	COLONOSCOPIA	Und.	20	**R$ 1.000,00**	R$20.000,00
				TOTAL:	R$100.000,00

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 17:01:48-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES - PRESIDENTE

TERMO DE FOMENTO Nº 216/2024, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI.

O MUNICÍPIO DE GOIANIA, pessoa jurídica de direto interno, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Goiânia, Capital do Estado de Goiás, sito à Av. do Cerrado, nº 999 Park Lozandes - CEP: 74884-900, Goiânia-Go, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 37.623.352/0001-03, doravante designada simplesmente **COMPROMITENTE (UNIDADE REPASSADORA)**, neste ato representado por **WILSON MODESTO POLLARA**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade n.º 4.202.267-8 SSP/SP e do CPF/MF sob o n.º 404.708.308-91, com poderes constituídos por meio do Decreto n° 4.562 de 02/10/2023 e a CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI., doravante denominada **COMPROMISSÁRIA (UNIDADE DE REFERÊNCIA)**, inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.468/0001-60, com sede na Avenida C 255, nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba, em Goiânia/GO, CEP: 74.280-010, neste ato representada por **Willian da Silva Gomes**, portador do documento de identificação 2080146 SSP/GO e inscrito sob o Cadastro de Pessoas Físicas CPF sob o nº 549.661.831-20, que exerce a função de Presidente, resolvem celebrar este TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO, com fundamento no Processo SEI 24.29.000012821-9 e regendo-se pelo disposto na Lei Nacional nº 13.019, de 31 de julho de 2014, demais atos normativos aplicáveis.

Esta parceria decorre do repasse de recursos municipais derivados de emenda parlamentar destinados à entidade, conforme Plano de Trabalho aprovado, nos termos autorizados pela Lei nº 11.134, de 10 de janeiro de 2024 (que estima receita e fixa despesa do município de Goiânia para o exercício financeiro de 2024), objeto do processo administrativo SEI 24.29.000012821-9.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Este instrumento tem por objeto a celebração de parceria, em regime de mútua colaboração, destinada ao repasse de recursos municipais derivados de Emenda Parlamentar Individual nº 287/2024 do(a) vereador(a) Isaias Ribeiro, de natureza impositiva à Lei Orçamentária Anual em observância ao § 8º do artigo 138 da Lei Orgânica do Município de Goiânia sobre o repasse financeiro destinado as instituições a ações e serviços públicos de saúde. O ajuste tem como fundamento a Lei Complementar nº 101/2000, Lei Federal nº 14.133/2021, no que couber, e no Decreto Federal nº 11.531, de 16 de maio de 2023.

1.2 O objeto deste Termo de Fomento não consiste, envolve ou inclui, direta ou indiretamente, delegação

das funções de regulação, fiscalização, de exercício do poder de polícia ou outras atividades exclusivas do Estado.

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR GLOBAL DA PARCERIA E DOTAÇÃO

2.1 Este instrumento envolve transferência de recursos financeiros do MUNICÍPIO DE GOIANIA ao CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, conforme cronograma de desembolso previsto no Plano de Trabalho.

2.2 O valor global dos recursos públicos destinados à parceria é de R$ 100.000,00 (cem mil reais);

2.3 A despesa correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária: *2024.2150.10.302.0094.2782.33504100.102*

CLÁUSULA TERCEIRA - PRAZO DE VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

3.1 Este Termo de Fomento terá vigência de 12 (doze) meses, conforme descrito no Plano de Trabalho, contados a partir da publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Município.

3.2 A vigência deste instrumento pode ser prorrogada, mediante Termo Aditivo, por solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à administração pública em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término inicialmente previsto.

3.3 A prorrogação de ofício da vigência deste Termo de Fomento deve ser procedida pela Administração Pública quando der causa a atraso na liberação dos recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado, com a devida comunicação à instituição.

CLÁUSULA QUARTA - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

4.1 As parcelas dos recursos transferidos no âmbito desta parceria serão liberadas em estrita conformidade com o respectivo cronograma de desembolso.

4.2 Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica.

4.3 Toda a movimentação de recursos no âmbito da parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final.

4.4 Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

4.5 Nas parcerias cuja duração exceda um ano, a liberação das parcelas está condicionada à apresentação da prestação de contas ao término de cada exercício.

CLÁUSULA QUINTA – CONTRAPARTIDA

5.1. Ampliar o acesso da população a uma variedade de procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, incluindo cirurgias oftalmológicas, urológicas, ginecológicas e exames de imagem. A iniciativa busca oferecer serviços de qualidade a preços acessíveis, contribuindo para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos pacientes.

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADES

6.1 Para a consecução das finalidades de interesse público e recíproco que constituem o objeto deste Termo de Fomento, comprometem-se os Parceiros a executar a integralidade das obrigações assumidas, no âmbito das respectivas competências.

6.2 São responsabilidades do Município de Goiânia:

6.2.1 Acompanhar a execução da parceria e zelar pelo cumprimento do disposto neste instrumento, na Lei Nacional n°13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis;

6.2.2 Designar Gestor que será o responsável pela gestão da parceria, com poderes de controle e de fiscalização;

6.2.3 Registrar os atos de celebração, alienação, liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização da execução e a prestação de contas do presente Termo de Fomento;

6.2.4 Transferir à instituição os recursos financeiros da parceria, de acordo com o cronograma de desembolso, constante do Plano de Trabalho;

6.2.5 Viabilizar o acompanhamento pela Internet do processo de liberação de recursos da parceria celebrada;

6.2.6 Assumir ou transferir a terceiro a responsabilidade pela execução do objeto da parceria, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

6.2.7 Divulgar o objeto da parceria, nos termos da legislação e orientar a Entidade sobre como fazê-lo;

6.2.8 Manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;

6.2.9 Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria;

6.2.10 Publicar o Extrato deste Termo no meio oficial de publicidade da administração pública;

6.2.11 Apreciar as solicitações apresentadas pela Entidade no curso da execução da parceria;

6.2.12 Orientar a Entidade quanto à prestação de contas, e

6.2.13 Analisar e julgar as contas apresentadas pela Entidade.

6.3 São responsabilidades da Entidade:

6.3.1 Informar ao Município de Goiânia quaisquer alterações estatutárias, incluindo a de composição de sua Diretoria, por ocasião de sua eventual ocorrência;

6.3.2 Divulgar, na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a administração pública;

6.3.3 Executar o objeto da parceria de acordo com o Plano de Trabalho, observado o disposto neste instrumento, na Lei Nacional n°13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis.

6.3.4 Com exceção dos compromissos assumidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, neste instrumento, responsabilizar-se por todas as providências necessárias à execução do objeto da parceria, inclusive por:

I - obter alvarás e licenças necessárias para a continuidade das atividades;

II - obter alvarás e licenças para execução da obra de construção de nova edificação;

III - providenciar recursos humanos e materiais para consecução das atividades do objeto da parceria;

IV - realizar a destinação adequada dos resíduos e efluentes gerados;

V - realizar a manutenção das instalações físicas, quando necessário;

6.3.5 Apresentar ao parceiro público o comprovante de abertura da conta bancária específica no Banco Itaú, isenta de tarifa bancária, destinada exclusivamente a receber e movimentar os recursos vinculados à parceria;

6.3.6 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal;

6.3.7 Na realização das compras e contratações de bens e serviços, adotar métodos usualmente utilizados pelo setor privado, zelando pela observância dos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade e da eficiência;

6.3.8 Realizar a movimentação de recursos da parceria mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final e realizar pagamentos por crédito na conta bancária dos fornecedores e prestadores de serviços;

6.3.9 Utilizar o regime de reembolso como medida excepcional, a ser adotada mediante autorização em decisão motivada do administrador público, desde que esteja comprovado o crédito na conta bancária dos fornecedores ou prestadores de serviços, nos termos do ato normativo setorial, quando houver;

6.3.10 Solicitar ao parceiro público, caso seja de seu interesse, remanejamentos de recursos e o uso dos rendimentos de ativos financeiros no objeto da parceria, indicando a consequente alteração no Plano de Trabalho, desde que ainda vigente este instrumento, o que poderá formalizado por apostila, nos termos do art. 57 da Lei n. 13.019/2014;

6.3.11 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo regular pagamento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto da parceria;

6.3.12 Apresentar os relatórios e outros documentos que sejam solicitados pela Administração Pública;

6.3.13 Prestar contas;

6.3.14 Permitir o livre acesso dos agentes do parceiro público, do controle interno e do Tribunal de Contas aos processos, aos documentos e às informações relacionadas à execução desta parceria, bem como aos locais de execução do objeto;

6.3.15 Manter sua regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária ao longo da vigência deste instrumento;

6.3.16 Reservar o percentual de 5% (cinco por cento) das vagas de mão de obra dos postos de trabalho não especializados, relacionadas ao cumprimento do respectivo objeto, para pessoas em situação de rua, na forma da Lei Municipal nº 10.462/2020.

6.4 Não implica responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a

6.4 Inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

6.5 No que tange ao tratamento de dados pessoais ou base de dados:

6.5.1 A instituição obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, inclusive em razão de licenciamento ou da operação dos programas/sistemas, nos termos da Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no presente instrumento.

6.5.2 A instituição obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas suficientes visando a segurança, a proteção, a confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais ou ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento não previstos.

6.5.3 A instituição não poderá utilizar-se de informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, para fins distintos ao cumprimento do objeto deste instrumento jurídico.

6.5.4 A instituição não poderá disponibilizar e/ou transmitir a terceiros, sem prévia autorização escrita, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

6.5.5 O dever de sigilo e confidencialidade, e as demais obrigações descritas na cláusula 6.5, permanecerão em vigor após a extinção das relações entre os Parceiros, bem como, entre a instituição e os seus colaboradores, subcontratados, consultores e/ou prestadores de serviços sob pena das sanções previstas na Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA - DESPESAS

7.1 Poderão ser pagas com recursos da parceria as despesas previstas no art. 46 da Lei n. 13.019/2019, assim como aquelas fixadas no Plano de Trabalho.

7.2 O pagamento de despesas com equipes de trabalho somente poderá ser autorizado quando demonstrado que tais valores:

i. correspondem às atividades e aos valores constantes do plano de trabalho, observada a qualificação técnica adequada à execução da função a ser desempenhada;

ii. são compatíveis com o valor de mercado e são proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado à parceria, devendo haver memória de cálculo do rateio, nos casos em que a remuneração for paga parcialmente com recursos da parceria, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa;

iii. não estão sendo utilizados para remunerar cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o segundo grau, de:

a) administrador, dirigente ou associado com poder de direção da instituição celebrante da parceria;

b) agente público com cargo em comissão ou função de confiança que esteja lotado na unidade responsável pela execução da parceria no órgão ou entidade pública; ou

c) agente público cuja posição no órgão ou entidade pública seja hierarquicamente superior à chefia da unidade responsável pela execução da parceria.

7.3 Não poderão ser pagas com recursos da parceria as seguintes despesas:

a. despesas com finalidade alheia ao objeto da parceria;

b. pagamento, a qualquer título, de servidor ou empregado público, salvo nas hipóteses previstas em lei específica ou na lei de diretrizes orçamentárias;

c. pagamento de juros, multas e correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo, salvo quando as despesas tiverem sido causadas por atraso do parceiro público na liberação de recursos;

d. despesas com publicidade, salvo quando previstas no plano de trabalho, *v.g.* divulgação ou campanha de caráter educativo, informativo ou de orientação social, desde que não conste nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;

e. pagamento de despesa cujo fato gerador tiver ocorrido em data anterior ao início da vigência da parceria; e

f. pagamento de despesa em data posterior ao término da parceria, salvo quando o fato gerador da despesa tiver ocorrido durante a vigência do termo de fomento.

CLÁUSULA OITAVA - ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

8.1 O parceiro público poderá propor ou autorizar a alteração do Plano de Trabalho, desde que preservado o objeto, mediante justificativa prévia, por meio de termo aditivo ou termo de apostilamento;

8.2 Será celebrado termo aditivo nas hipóteses de alteração do valor global da parceria e em outras situações em que a alteração for indispensável ao atendimento do interesse público;

8.2.1 O parceiro público providenciará a publicação do extrato de termo aditivo no Diário Oficial do Município, assim como no sítio eletrônico oficial;

8.2.2 A variação inflacionária pode ser fundamento de solicitação da OSC de celebração de termo aditivo para alteração de valor global da parceria, desde que decorridos no mínimo 12 (doze) meses da data de aprovação do Plano de Trabalho, com observância do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – INPCA.

8.3 Será editado termo de apostilamento pelo parceiro público quando necessária a indicação de crédito orçamentário de exercícios futuros;

8.4 O remanejamento de pequeno valor e a aplicação de rendimentos de ativos financeiros poderão ser realizados pela instituição no curso da parceria, desde que em benefício da execução do objeto, observados os procedimentos e limites estabelecidos no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA NONA - TITULARIDADE DE BENS

9.1 Os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados em decorrência da execução da parceria serão de titularidade do Município de Goiânia;

9.1.1 Não se consideram bens permanentes aqueles que se destinam ao consumo.

9.2 Os bens permanentes não poderão ser alienados, ressalvadas as previsões específicas deste instrumento acerca dos bens inservíveis e das situações posteriores ao término da parceria;

9.3 Caso os bens se tornem inservíveis antes do término da parceria, a instituição solicitará orientação

sobre quais providências deve tomar, tendo em vista a legislação de administração patrimonial de bens públicos;

9.4 Após o término da parceria, o parceiro público decidirá por uma das seguintes hipóteses:

a) manutenção dos bens em sua propriedade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até a retirada pelo parceiro público, que deverá ocorrer no prazo de 90 (noventa) dias após o término da parceria;

b) doação dos bens à instituição, caso não sejam necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado por execução direta ou por celebração de nova parceria com outra entidade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição; ou

c) doação dos bens a terceiros, desde que para fins de interesse social, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até sua retirada, que deverá ocorrer em até 60 (sessenta) dias após a edição do ato da doação.

CLÁUSULA DÉCIMA - GESTOR DA PARCERIA

10.1 Os agentes públicos responsáveis pela gestão da parceria de que trata este instrumento, com poderes de controle e fiscalização, serão designados em ato publicado no Diário Oficial do Município;

10.2 O parceiro público poderá designar técnicos responsáveis para subsidiar o gestor da parceria em relação à análise dos relatórios de execução do objeto e de execução financeira, se houver; dos lançamentos dos dados financeiros em plataforma eletrônica, e ainda para a elaboração de seu relatório de monitoramento e avaliação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

11.1 A comissão de monitoramento e avaliação é a instância administrativa colegiada responsável pelo monitoramento do conjunto de parcerias, pela proposta de aprimoramento dos procedimentos, pela padronização de objetos, custos e indicadores e pela produção de entendimentos voltados à priorização do controle de resultados, sendo de sua competência a avaliação e a homologação dos relatórios técnicos de monitoramento e avaliação.

11.2 A Comissão de Monitoramento e Avaliação, designada em ato publicado no Diário Oficial do Município de Goiânia, atuará em caráter preventivo e saneador, visando o aprimoramento dos procedimentos, a padronização e a priorização do controle de resultados;

11.3 As atividades de monitoramento e avaliação desta parceria dar-se-ão por intermédio de:

a) reuniões entre representante do parceiro público e da entidade;

b) elaboração de relatórios contendo o acompanhamento das atividades, indicadores e metas, previstas no Plano de Trabalho;

c) visita técnica *in loco* para subsidiar o monitoramento da parceria;

d) averiguação formal quanto a denúncias aceitas.

(Deve a Administração especificar os meios disponíveis conforme o caso)

11.4 As ações de monitoramento e avaliação poderão utilizar ferramentas tecnológicas, tais como redes

sociais na internet, aplicativos e outros mecanismos que permitam verificar os resultados da parceria;

11.5 A Comissão de Monitoramento e Avaliação homologará o relatório técnico de monitoramento e avaliação, emitido pelo gestor da parceria, que conterá:

a) descrição sumária do objeto e análise das atividades realizadas, com foco no cumprimento das metas e no benefício social da execução do objeto;

b) valores transferidos pela Município;

c) seção sobre achados de auditoria e respectivas medidas saneadoras, nos casos de auditorias pelos órgãos de controle interno ou externo, voltadas a esta parceria, caso tenham ocorrido.

11.6 O gestor da parceria analisará os relatórios de execução do objeto e os relatórios de execução financeira, se houver, e emitirá Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação da parceria e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada para possível homologação.

11.7 Na hipótese de o relatório técnico de monitoramento e avaliação evidenciar irregularidade e/ou inexecução parcial do objeto, o gestor da parceria notificará a entidade para que possa, no prazo de 30 (trinta) dias sanar a irregularidade, cumprir a obrigação ou apresentar justificativa para impossibilidade de saneamento da irregularidade ou cumprimento da obrigação;

11.8 Na hipótese de permanecer a existência de irregularidade ou inexecução parcial do objeto, mesmo após a notificação da entidade para saná-las, o relatório técnico parcial de monitoramento e avaliação poderá concluir pela rescisão unilateral da parceria, determinando a devolução dos valores repassados relacionados à irregularidade ou inexecução apurada ou à prestação de contas não apresentada e, em não havendo a referida devolução, proceder-se-á à instauração de tomada de contas especial.

11.9 Nas hipóteses em que, por meio do monitoramento e avaliação da parceria, se constate a existência de evidências de irregularidades na aplicação de parcelas anteriormente recebidas; desvio de finalidade da aplicação dos recursos ou o inadimplemento da entidade em relação a obrigações estabelecidas no presente Termo de Fomento; ou de situação em que a entidade deixe de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pelo parceiro público ou pelos órgãos de controle interno ou externo, o MUNICÍPIO reterá as parcelas dos recursos financeiros destinados à execução da parceria, até o saneamento das impropriedades constatadas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

12.1 A prestação de contas será um procedimento de acompanhamento sistemático da parceria, voltado à demonstração e verificação do cumprimento de metas e resultados, que observará o disposto na Lei nº 13.019/2014;

12.2 A prestação de contas e todos os atos que dela decorram dar-se-ão, preferencialmente, em plataforma eletrônica, permitindo a visualização por qualquer interessado.

12.3 A organização da sociedade civil prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no prazo de até 90 (noventa) dias a partir do término da vigência da parceria ou no final de cada exercício, se a duração da parceria exceder um ano, prorrogáveis por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado.

12.4 A entidade deverá apresentar, [periodicidade], conforme previsto no plano de trabalho, relatório de execução do objeto, na plataforma eletrônica.

12.5 Se a duração da parceria exceder um ano, a organização da sociedade civil deverá apresentar prestação de contas ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

12.6 Pode a administração pública promover a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

12.7 Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a entidade deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.

12.8 A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

12.8.1 Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

12.8.2 Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

12.8.3 A análise da prestação de contas considerará a verdade real e os resultados alcançados.

12.8.4 A prestação de contas da parceria observará regras específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos, nos termos das disposições e procedimentos estabelecidos conforme previsto no plano de trabalho e no termo de fomento.

12.9 A prestação de contas relativa à execução do termo de fomento dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, e dos seguintes relatórios:

a) relatório de execução do objeto, elaborado pela entidade, contendo as atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;

b) relatório de execução financeira do termo de fomento, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto, na hipótese de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

c) relatório de visita técnica *in loco* eventualmente realizada durante a execução da parceria;

d) relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada, sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução do termo de colaboração ou de fomento.

12.10 O **relatório de execução do objeto** deverá conter:

a) descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto, a fim de demonstrar o alcance das metas e dos resultados esperados;

b) comprovação documental do cumprimento do objeto, como listas de presença, fotos, depoimentos de tutores, vídeos e outros suportes;

c) documentos sobre o grau de satisfação do público alvo, que poderão consistir em resultado de pesquisa de satisfação realizada no curso da parceria, declarações de entidade pública ou privada local, ou manifestação do conselho setorial.

12.11 O **relatório de execução financeira,** necessário quando não for comprovado o alcance das metas ou quando houver evidência de existência de ato irregular, conterá:

a) relação das despesas e receitas realizadas, inclusive rendimentos financeiros, que possibilitem a comprovação da observância do Plano de Trabalho;

b) relação de bens adquiridos, produzidos ou transformados, quando houver;

c) comprovante de devolução do saldo remanescente da conta bancária específica, quando houver;

d) extrato da conta bancária específica;

e) cópia simples das notas e dos comprovantes fiscais ou recibos, com data, valor, dados da instituição e do fornecedor, além da indicação do produto ou serviço; e

f) memória de cálculo do rateio das despesas, nos casos em que algum item do Plano de Trabalho for pago proporcionalmente com recursos da parceria, a fim de demonstrar que não houve duplicidade ou sobreposição de fontes de recursos no custeio de um mesmo item.

12.12 O gestor emitirá **parecer técnico** de análise de prestação de contas da parceria celebrada.

12.12.1 No caso de prestação de contas única, o gestor emitirá parecer técnico conclusivo para fins de avaliação do cumprimento do objeto.

12.12.2 Para fins de avaliação quanto à eficácia e efetividade das ações em execução ou que já foram realizadas, os pareceres técnicos de que trata esta cláusula mencionarão:

- os resultados já alcançados e seus benefícios;

- os impactos econômicos ou sociais;

- o grau de satisfação do público-alvo;

- a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

12.13 O parecer técnico sobre o relatório de execução do objeto, considerando o teor do relatório técnico de monitoramento e avaliação, consistirá na verificação do cumprimento do objeto, podendo o gestor da parceria:

a) concluir que houve cumprimento integral do objeto ou cumprimento parcial com justificativa suficiente quanto às metas não alcançadas; ou

b) concluir que o objeto não foi cumprido e que não há justificativa suficiente para que as metas não tenham sido alcançadas, o que implicará emissão de parecer técnico preliminar indicando glosa dos valores relacionados a metas descumpridas sem justificativa suficiente.

12.14 A análise do relatório de execução financeira será realizada mediante parecer técnico que

examinará a conformidade das despesas constantes na relação de pagamentos com as previstas no Plano de Trabalho, considerando a análise da execução do objeto; e verificará a conciliação bancária, por meio da correlação entre as despesas da relação de pagamentos e os débitos na conta.

12.15 A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública concluirá, alternativamente, pela:

a) aprovação da prestação de contas;

b) aprovação da prestação de contas com ressalvas; ou

c) rejeição da prestação de contas e determinação de imediata instauração de tomada de contas especial.

12.16 As impropriedades que derem causa à rejeição da prestação de contas serão registradas em plataforma eletrônica de acesso público, e serão levadas em consideração por ocasião da assinatura de futuras parcerias com a administração pública.

12.17 Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogável, no máximo, por igual período, para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação.

12.17.1 Transcorrido o prazo para saneamento da irregularidade ou da omissão, não havendo o saneamento, a autoridade administrativa competente, adotará as providências para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis, quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, nos termos da legislação vigente.

12.18 A administração pública apreciará a prestação final de contas apresentada, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

12.18.1 O transcurso do prazo definido nos termos do caput sem que as contas tenham sido apreciadas não significa impossibilidade de apreciação em data posterior ou vedação a que se adotem medidas saneadoras, punitivas ou destinadas a ressarcir danos que possam ter sido causados aos cofres públicos;

12.19 As prestações de contas serão avaliadas:

I- **regulares**, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

II- **regulares com ressalva**, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III- **irregulares**, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

12.20 A entidade poderá apresentar recurso administrativo no prazo de 15 (quinze) dias após sua notificação quanto à decisão final de julgamento das contas.

12.20.1 O recurso será dirigido à autoridade que proferiu a decisão, a qual, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias, encaminhará o recurso à autoridade superior.

12.21 Exaurida a fase recursal, no caso de aprovação com ressalvas, o parceiro público providenciará o registro na plataforma eletrônica das causas das ressalvas, que terá caráter educativo e preventivo, o que deve ser considerado na eventual aplicação de sanções.

12.22 Exaurida a fase recursal, no caso de rejeição das contas, o parceiro público notificará a instituição para devolução dos recursos de forma integral.

12.22.1 Não havendo dolo ou fraude, a entidade poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito no termo de fomento e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - SANÇÕES

13.1 A execução da parceria em desacordo com o Plano de Trabalho, com este instrumento, com o disposto na Lei Nacional nº 13.019/2014 ou nas demais disposições normativas aplicáveis, enseja aplicação à instituição, garantida prévia defesa, das seguintes sanções:

I - advertência;

II - suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

III - declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo.

13.1.1 A sanção de advertência tem caráter educativo e preventivo e será aplicada quando verificadas irregularidades que não justifiquem a aplicação de penalidade mais severa.

13.1.2 A sanção de suspensão temporária será aplicada nos casos em que forem verificadas irregularidades na celebração, execução ou prestação de contas da parceria e não se justificar a imposição de penalidade mais grave, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os danos que dela provieram para o MUNICÍPIO.

13.1.3 As sanções estabelecidas nos incisos II e III são de competência exclusiva do Secretário Municipal.

13.2 É facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista.

13.3 A reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de aplicação da penalidade.

13.3.1 Aplicada a sanção de declaração de inidoneidade, será possível a reabilitação da instituição quando esta ressarcir a administração pública municipal pelos prejuízos resultantes.

13.4 Da decisão administrativa sancionadora cabe recurso administrativo, no prazo de dez dias.

13.4.1 No caso da sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o recurso cabível é o pedido de reconsideração.

13.5Na hipótese de aplicação de sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o impedimento da instituição deverá ser lançado no Sistema Integrado de Gestão Governamental - SIGGO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - RESCISÃO E DENÚNCIA

14.1 O presente TERMO DE FOMENTO poderá ser denunciado pelos partícipes, a qualquer tempo, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência para a publicidade dessa intenção;

14.2 O parceiro público poderá rescindir unilateralmente este instrumento, nos casos de descumprimento do disposto na Lei nº 13.019/2014, notadamente, inexecução do objeto, utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho, inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas ou constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção nos documentos apresentados pelo parceiro privado.

14.3 A rescisão da parceria será formalizada por meio de Termo de Rescisão, no qual seja definido, no mínimo, o prazo para apresentação da prestação de contas final e a titularidade dos bens remanescentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - FORO

15.1.As dúvidas decorrentes da execução da parceria serão objeto de prévia tentativa de solução administrativa, com a participação de órgão encarregado de assessoramento jurídico integrante da estrutura da administração pública;

15.2.Nos casos em que frustrada a solução administrativa, é competente o Foro da Comarca de Goiânia, em uma das suas Varas da Fazenda Pública, para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos decorrentes da parceria.

Goiânia , data da última assinatura eletrônica

Wilson Modesto Pollara
Secretário Municipal de Saúde

Willian da Silva Gomes
Presidente - Centro de Gestão Integrada

Documento assinado eletronicamente por **Cgi centro de gestão integrada registrado(a) civilmente como WILLIAN DA SILVA GOMES**, **Usuário Externo**, em 04/06/2024, às 10:10, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Wilson Modesto Pollara**, **Secretário Municipal de Saúde**, em 05/06/2024, às 17:17, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Camila Gomes Urzeda**, **Assistente Administrativa**, em 05/06/2024, às 17:37, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Eliel Amorim da Silva**, **Gerente de Contratos e Convênios e Credenciamentos**, em 07/06/2024, às 10:06, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://www.goiania.go.gov.br/sei informando o código verificador **4313119** e o código CRC **A48C0F26**.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

TERMO DE FOMENTO

- **Origem do Recurso:** Emenda Parlamentar Municipal Impositiva nº 484, conforme estabelecido no Projeto de Lei nº 347/2023, em razão do Termo de Fomento nº 202/2024
- **Processo:** 24.29.000012826-0

OBJETO

Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia.

- Realização de 1.000 consultas generalistas
- Realização de 750 exames oftalmológicos
- Realização de 500 exames nutricionais
- Realização de 600 atendimentos ginecológicos
- Realização de 200 atendimentos psicológicos

18/06/24 OP'S 10:05:25
CONSULTA OP´S

Numero Op : 202421500494101010001 2150 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS
Status : CONTABILIZADA INFORMACOES BANCARIAS
CPF/CNPJ : 22579469000160 RECIBO PAGAMENTO
Beneficiario : CENTRO DE GESTAO INT SITUACAO: OP PAGA
Banco/Agencia : 104 02234 CONTA DEBITO
Conta : 43764 BANCO: 341 AGENCIA: 09338
Valor Bruto : 620.000,00 CONTA: 000.000.034.757-9
Valor Desconto : ----------
Valor Liquido : 620.000,00 CONTA CREDITO
Numero Remessa : 29811 BANCO: 104 AGENCIA: 02234
Data Remessa : 17/06/2024 CONTA: 000.000.004.376-4
Hora Remessa : 13:05 ----------
Retorno Remessa : DOC. PROCESSADO
Numr.Doc.Remessa: 20240617117186
Retorno Siacc240: OP PAGA
Data Liberacao : 17/06/2024 - 90581 AUTENTICACAO BANCARIA
Hora Liberacao : 12:16:26 D4B8FC92DEB735E5C1A4C90E4BE4A92
Data Envio : 17/06/2024

SEDETEC PF2 - Anterior PF5 - Imprimir PF6 - Informacoes Bancarias SOFEF495

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO- CUSTEIO
– CONCEDENTE

Órgão: **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – GO (SMS-GO)**	
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	Processo:
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

1 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: **Fundo Municipal De Saúde de Goiânia.**	CNPJ do FMS: **37.623.352/0001-03**
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

2 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Entidade: Centro de Gestão Integrada - CGI		**CNPJ:** 22.579.469/0001-60
Endereço: Avenida C-255 nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, Salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba		
Bairro: Setor Nova Suiça	**Cidade:** Goiânia/GO	**CEP:** 74.280-010
E-mail CGI_hosp@gmail.com	**Site:**	**Telefone:** (62) 9 8288-1036
Nome do Responsável: André Luiz K. Freitas e Silva		**CPF:** 968.872.301-00
Serviços ofertados: ( )Ambulatorial ( )Internação ( )UTI ( )SADT ( )Hospital dia		**(X)Outros:**
Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos		

BANCO	CONTA	OP	AG

3 –DESCRIÇÃO DO PROJETO:

A cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Com uma população diversificada e em crescimento, estimada em mais de 1,5 milhão de habitantes, a demanda por cuidados ambulatoriais e clínicos é substancial. Entre esses habitantes, destacam-se grupos vulneráveis, como adultos de baixa renda, idosos e moradores de áreas rurais, que enfrentam dificuldades adicionais para acessar serviços de saúde adequados. Estima-se que os adultos de baixa renda e os idosos enfrentam uma maior incidência de dificuldade em atendimento ambulatorial e clinico que se feitos em tempo hábil podem evitar doenças mais severas se identificadas no início com os exames necessários. A distribuição desigual dos serviços médicos na cidade é um problema adicional. Embora existam clínicas e hospitais especializados, muitos deles estão concentrados em áreas urbanas centrais, dificultando o acesso para os residentes de bairros periféricos e áreas rurais. Goiânia é composta por dezenas de bairros, cada um com suas próprias características e necessidades específicas. A falta de unidades de saúde e laboratórios em locais estratégicos contribui para a demanda reprimida e para o agravamento dos problemas de saúde entre a população local.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

Promover o acesso a consultas médicas e exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda nas regiões indicadas, melhorando o acesso à saúde de qualidade. A iniciativa também visa promover a relação entre ensino, serviço e comunidade, encaminhando para as especialidades, além de garantir a universalidade, integralidade e equidade do acesso à saúde. O projeto também garante o direito à informação dos pacientes e a divulgação dos serviços disponíveis, bem como laudos e resultados de exames.

4.2 VALOR DO RECURSO:

R$620.000,00 (SEICENTOS E VINTE MIL REAIS)

4.3 ORIGEM DO RECURSO:

EMENDA IMPOSITIVA N°484 – VEREADORA LEIA KLÉBIA

4.4 JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DO RECURSO:

O sistema de saúde brasileiro, apesar de sua importância, ainda precisa de melhorias e expansão. O projeto surge como uma alternativa para levar atendimento médico à população mais carente, especialmente em áreas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A escolha das especialidades médicas e dos exames a serem oferecidos baseia-se na análise das necessidades de saúde da população alvo, considerando as doenças de maior prevalência e as barreiras de acesso ao sistema de saúde. A implementação dessas campanhas visa suprir uma lacuna significativa no acesso à saúde de qualidade, contribuindo para a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

4.5 RESULTADOS ESPERADOS:

Avaliação do Impacto:

A avaliação do impacto das campanhas será conduzida pela coleta de dados abrangentes, incluindo o número de consultas e exames realizados, a satisfação dos beneficiários com os serviços oferecidos e o encaminhamento de casos para tratamento adicional. Espera-se que o projeto resulte em melhorias significativas na saúde e qualidade de vida dos participantes, com redução nas incidências de doenças não diagnosticadas e tratadas de forma adequada.

Redução da Demanda por Atendimento Ambulatorial:

O projeto visa a redução significativa da fila de espera por consultas e exames nas especialidades médicas e multiprofissionais oferecidas, com atendimento presencial.

Ampliação do Acesso à Saúde:

Espera-se que o projeto amplie o acesso à saúde especializada para a população, proporcionando serviços que anteriormente eram inacessíveis para muitos.

Melhoria da Qualidade de Vida da População:

A redução do tempo de espera por atendimento e a ampliação do acesso à saúde especializada devem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, o projeto visa promover a prevenção de doenças e a educação em saúde, através de ações educativas e acompanhamento dos pacientes.

Descongestionamento das Unidades de Saúde:

O projeto pretende reduzir o fluxo de pacientes nas unidades de saúde de atenção primária, liberando recursos e profissionais para atender outras demandas da população, garantindo um atendimento mais eficiente e ágil.

Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde:

Espera-se fortalecer a atenção primária à saúde integrando as ações itinerantes com os serviços de saúde já existentes nos municípios. Isso possibilitará um melhor atendimento às necessidades de saúde da população e um acompanhamento mais próximo dos pacientes, promovendo uma abordagem mais holística e preventiva.

Satisfação dos Usuários:

O projeto almeja alcançar um alto nível de satisfação dos usuários, oferecendo um atendimento humanizado, de qualidade e centrado nas necessidades da população, visando à promoção do bemestar e da confiança no sistema de saúde.

Sustentabilidade:

É esperado que o projeto seja sustentável a longo prazo, através da captação de recursos financeiros de diferentes fontes, como parcerias com o setor privado, convênios com outras instituições e doações, garantindo sua continuidade e eficácia ao longo do tempo.

Monitoramento e Avaliação:

O projeto será continuamente monitorado e avaliado para garantir o alcance dos resultados esperados e a qualidade dos serviços prestados, possibilitando ajustes e melhorias conforme necessário para atender às necessidades da comunidade de forma eficaz e eficiente.

4.6 PRAZO:

Tempo de execução: 12 (doze) meses.	Início: A partir do início da vigência no Temo de Compromisso.

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

SEQ	DESCRIÇÃO	Nº A SER ALCANÇADO	FONTE
1	Consultas Generalista	750 CONSULTAS	RELATORIO MENSAL
2	Oftalmologia	750 CONSULTAS	RELATORIO MENSAL
3	Nutricionista	751 CONSULTAS	RELATORIO MENSAL

4	Ginecologista/OBST.	812 CONSULTAS	RELATORIO MENSAL
5	Psicologia	500 CONSULTAS	RELATORIO MENSAL
6	Exame de ultrassom abdomem total	500 EXAMES	RELATORIO MENSAL
7	Exame eletrocardiograma	800 EXAMES	RELATORIO MENSAL
8	Hemograma completo	1000 EXAMES	RELATORIO MENSAL
9	Glicemia em jejum	1000 EXAMES	RELATORIO MENSAL

6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

AÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Recebimento do recurso	X											
Planejamento e Preparação	X	X										
EXECUÇÃO DOS EXAMES E CONSULTAS			x	x	x	x	X	X	x	x	X	
Encerramento e Relatório Final												x

7 – VALOR DO PROJETO

Valor Global: R$ R$ 620.000,00 (SEICENTOS E VINTE MIL REAIS)

8 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela única	R$ R$ 620.000,00
Data do Desembolso:	Após a assinatura do termo de compromisso de repasse com a secretaria municipal de saúde que ocorrerá após fluxo processual.

9 – OBRIGAÇÕES

9.1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso; II – Suspender repasses em caso de não prestação de contas pelo Proponente.
III – realizar os repasses dos recursos à unidade assistida após a homologação do plano de trabalho.

9.2 – Do Fundo Municipal de Saúde

I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
II – realizar o repasse mediante assinatura do termo de repasse após o fluxo processual na Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho e ordens de pagamento.

9. 3 – Da Unidade Assistida

I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis. Os recursos deverão ser destinados exclusivamente para melhoria do atendimento dos usuários do SUS, sendo vedada a utilização direta ou indireta para a rede privada de saúde.

II – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do Projeto em:

a) taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;
b) pagamento de aposentadorias e pensões;
c) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade;
d) finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda que em caráter de emergência;
e) atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;
f) despesas com publicidade;
g) despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e
h) despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.

III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;

IV – Quando a liberação dos recursos ocorrer de forma parcelada, realizar a prestação de contas do total do montante de recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;

V– Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta-corrente, aberta especificamente para este fim.

10 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestação de Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

11– DECLARAÇÃO DA UNIDADE ASSISTIDA

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde – SMS-GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos da administração pública, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, na forma deste Plano de Trabalho.

Goiânia em 22/04/2024

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 16:29:58-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES - PRESIDENTE

12 – DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

Goiânia em____/___/____

WILSON MODESTO POLLARA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAUDE DE GOIÂNIA

CGI
Centro de Gestão Integrada

ANEXO (SOMENTE PARA OBJETO: CUSTEIO) PLANILHA DE CUSTEIO – RELAÇÃO DE ITENS QUE SERÃO CUSTEADOS:

SEQUENCIA	DESCRIÇÃO ITEM	UNIDADE	QTDE	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	CONSULTA CLINICO GERAL	Und.	750	**R$ 100,00**	R$75.000,00
2	CONSULTA OFTALMOLOGICA	Und.	750	**R$ 150,00**	R$112.500,00
3	CONSULTA COM NUTRICIONISTAS	Und.	751	**R$100,00**	R$75.100,00
4	CONSULTA GINECOLOGICA OBST.	Und.	**812**	**R$200,00**	R$162.400,00
5	CONSULTA COM PSICOLOGA	Und.	**500**	**R$100,00**	R$50.000,00
6	EXAME DE ULTRASSOM ABDOME TOTAL	Und.	**500**	**R$100,00**	R$50.000,00
7	EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA	Und.	**800**	**R$75,00**	R$60.000,00
8	EXAME DE HEMOGRAMA	Und.	**1.000**	**R$20,00**	R$20.000,00
9	EXAME DE GLICEMIA	Und.	**1.000**	**R$15,00**	R$15.000,00

gov.br
Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 16:16:16-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES - PRESIDENTE

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Cidadão,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

A informação sobre o porte que consta neste comprovante é a declarada pelo contribuinte.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA
22.579.469/0001-60 MATRIZ		20/05/2015

NOME EMPRESARIAL
CENTRO DE GESTAO INTEGRADA - CGI

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA)	PORTE
CGI	DEMAIS

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL
86.60-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS
74.90-1-99 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente
85.12-1-00 - Educação infantil - pré-escola
85.13-9-00 - Ensino fundamental
85.20-1-00 - Ensino médio
85.42-2-00 - Educação profissional de nível tecnológico
85.50-3-02 - Atividades de apoio à educação, exceto caixas escolares
86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências
86.21-6-02 - Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel
86.30-5-03 - Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
86.30-5-99 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente
86.50-0-99 - Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente
94.30-8-00 - Atividades de associações de defesa de direitos sociais

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA
399-9 - Associação Privada

LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO
AV C255	270	QUADRA588 LOTE 4/8 SALA 604/605 EDIF CENTRO EMPRESARIAL EDIF SEBA SALA 604/605

CEP	BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
74.280-010	BRO NOVA SUICA	GOIANIA	GO

ENDEREÇO ELETRÔNICO	TELEFONE
WILLIANGOMESCGI@GMAIL.COM	(62) 9695-4855

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR)
*****

SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL
ATIVA	20/05/2015

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL

SITUAÇÃO ESPECIAL	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL
********	********

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 2.119, de 06 de dezembro de 2022.

Emitido no dia **25/04/2024** às **10:25:26** (data e hora de Brasília). Página: **1/1**

CONSULTAR QSA | VOLTAR | IMPRIMIR

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui.

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Contratos e Convênios e Credenciamentos

TERMO DE FOMENTO Nº 202/2024

TERMO DE FOMENTO Nº 202/2024, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI.

O MUNICÍPIO DE GOIANIA, pessoa jurídica de direto interno, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Goiânia, Capital do Estado de Goiás, sito à Av. do Cerrado, nº 999 Park Lozandes - CEP: 74884-900, Goiânia-Go, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 37.623.352/0001-03, doravante designada simplesmente **COMPROMITENTE (UNIDADE REPASSADORA)**, neste ato representado por **WILSON MODESTO POLLARA**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade n.º 4.202.267-8 SSP/SP e do CPF/MF sob o n.º 404.708.308-91, com poderes constituídos por meio do Decreto n° 4.562 de 02/10/2023 e a CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI., doravante denominada **COMPROMISSÁRIA (UNIDADE DE REFERÊNCIA)**, inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.468/0001-60, com sede na Avenida C 255, nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba, em Goiânia/GO, CEP: 74.280-010, neste ato representada por **Willian da Silva Gomes**, portador do documento de identificação 2080146 SSP/GO e inscrito sob o Cadastro de Pessoas Físicas CPF sob o nº 549.661.831-20, que exerce a função de Presidente, resolvem celebrar este TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO, com fundamento no Processo SEI 24.29.000012826-0 e regendo-se pelo disposto na Lei Nacional nº 13.019, de 31 de julho de 2014, demais atos normativos aplicáveis.

Esta parceria decorre do repasse de recursos municipais derivados de emenda parlamentar destinados à entidade, conforme Plano de Trabalho aprovado, nos termos autorizados pela Lei nº 11.134, de 10 de janeiro de 2024 (que estima receita e fixa despesa do município de Goiânia para o exercício financeiro de 2024), objeto do processo administrativo SEI 24.29.000012826-0.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Este instrumento tem por objeto a celebração de parceria, em regime de mútua colaboração, destinada ao repasse de recursos municipais derivados de Emenda Parlamentar Individual nº 484/2024 do(a) vereador(a) Leia Klebia, de natureza impositiva à Lei Orçamentária Anual em observância ao § 8º do artigo 138 da Lei Orgânica do Município de Goiânia sobre o repasse financeiro destinado as instituições a ações e serviços públicos de saúde. O ajuste tem como fundamento a Lei Complementar nº 101/2000, Lei Federal nº 14.133/2021, no que couber, e no Decreto Federal nº 11.531, de 16 de maio de 2023, conforme detalhamento contido no Plano de Trabalho, em anexo a este instrumento.

1.2 O objeto deste Termo de Fomento não consiste, envolve ou inclui, direta ou indiretamente, delegação das funções de regulação, fiscalização, de exercício do poder de polícia ou outras atividades exclusivas do Estado.

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR GLOBAL DA PARCERIA E DOTAÇÃO

2.1 Este instrumento envolve transferência de recursos financeiros do MUNICÍPIO DE GOIANIA a o CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, conforme cronograma de desembolso previsto no Plano de Trabalho.

2.2 O valor global dos recursos públicos destinados à parceria é de R$ 620.000,00 (seiscentos e vinte mil reais);

2.3 A despesa correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária: 2024.2150.10.302.0094.2782.33504100.102

CLÁUSULA TERCEIRA - PRAZO DE VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

3.1 Este Termo de Fomento terá vigência de 12 (doze) meses, conforme descrito no Plano de Trabalho, contados a partir da publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Município.

3.2 A vigência deste instrumento pode ser prorrogada, mediante Termo Aditivo, por solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à administração pública em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término inicialmente previsto.

3.3 A prorrogação de ofício da vigência deste Termo de Fomento deve ser procedida pela Administração Pública quando der causa a atraso na liberação dos recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado, com a devida comunicação à instituição.

CLÁUSULA QUARTA - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

4.1 As parcelas dos recursos transferidos no âmbito desta parceria serão liberadas em estrita conformidade com o respectivo cronograma de desembolso.

4.2 Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica.

4.3 Toda a movimentação de recursos no âmbito da parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final.

4.4 Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

4.5 Nas parcerias cuja duração exceda um ano, a liberação das parcelas está condicionada à apresentação da prestação de contas ao término de cada exercício.

CLÁUSULA QUINTA – CONTRAPARTIDA

5.1. Promover acesso a consultas médicas e exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda nas regiões indicadas no Plano de Trabalho, melhorando o acesso à saúde de qualidade. A iniciativa também visa promover a relação entre ensino, serviço e comunidade, encaminhando para a especialidades, além de garantir a universalidade, integralidade e equidade de acesso a saúde. O projeto também garante o direito à

informação dos pacientes e a divulgação dos serviços disponíveis, vem como laudos e resultados de exames.

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADES

6.1 Para a consecução das finalidades de interesse público e recíproco que constituem o objeto deste Termo de Fomento, comprometem-se os Parceiros a executar a integralidade das obrigações assumidas, no âmbito das respectivas competências.

6.2 São responsabilidades do Município de Goiânia:

6.2.1 Acompanhar a execução da parceria e zelar pelo cumprimento do disposto neste instrumento, na Lei Nacional n°13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis;

6.2.2 Designar Gestor que será o responsável pela gestão da parceria, com poderes de controle e de fiscalização;

6.2.3 Registrar os atos de celebração, alienação, liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização da execução e a prestação de contas do presente Termo de Fomento;

6.2.4 Transferir à instituição os recursos financeiros da parceria, de acordo com o cronograma de desembolso, constante do Plano de Trabalho;

6.2.5 Viabilizar o acompanhamento pela Internet do processo de liberação de recursos da parceria celebrada;

6.2.6 Assumir ou transferir a terceiro a responsabilidade pela execução do objeto da parceria, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

6.2.7 Divulgar o objeto da parceria, nos termos da legislação e orientar a Entidade sobre como fazê-lo;

6.2.8 Manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;

6.2.9 Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria;

6.2.10 Publicar o Extrato deste Termo no meio oficial de publicidade da administração pública;

6.2.11 Apreciar as solicitações apresentadas pela Entidade no curso da execução da parceria;

6.2.12 Orientar a Entidade quanto à prestação de contas, e

6.2.13 Analisar e julgar as contas apresentadas pela Entidade.

6.3 São responsabilidades da Entidade:

6.3.1 Informar ao Município de Goiânia quaisquer alterações estatutárias, incluindo a de composição de sua Diretoria, por ocasião de sua eventual ocorrência;

6.3.2 Divulgar, na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a administração pública;

6.3.3 Executar o objeto da parceria de acordo com o Plano de Trabalho, observado o disposto neste instrumento, na Lei Nacional n° 13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis.

6.3.4 Com exceção dos compromissos assumidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, neste instrumento, responsabilizar-se por todas as providências necessárias à execução do objeto da parceria, inclusive por:

I - obter alvarás e licenças necessárias para a continuidade das atividades;

II - obter alvarás e licenças para execução da obra de construção de nova edificação;

III - providenciar recursos humanos e materiais para consecução das atividades do objeto da parceria;

IV - realizar a destinação adequada dos resíduos e efluentes gerados;

V - realizar a manutenção das instalações físicas, quando necessário;

6.3.5 Apresentar ao parceiro público o comprovante de abertura da conta bancária específica no Banco Itaú, isenta de tarifa bancária, destinada exclusivamente a receber e movimentar os recursos vinculados à parceria;

6.3.6 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal;

6.3.7 Na realização das compras e contratações de bens e serviços, adotar métodos usualmente utilizados pelo setor privado, zelando pela observância dos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade e da eficiência;

6.3.8 Realizar a movimentação de recursos da parceria mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final e realizar pagamentos por crédito na conta bancária dos fornecedores e prestadores de serviços;

6.3.9 Utilizar o regime de reembolso como medida excepcional, a ser adotada mediante autorização em decisão motivada do administrador público, desde que esteja comprovado o crédito na conta bancária dos fornecedores ou prestadores de serviços, nos termos do ato normativo setorial, quando houver;

6.3.10 Solicitar ao parceiro público, caso seja de seu interesse, remanejamentos de recursos e o uso dos rendimentos de ativos financeiros no objeto da parceria, indicando a consequente alteração no Plano de Trabalho, desde que ainda vigente este instrumento, o que poderá formalizado por apostila, nos termos do art. 57 da Lei n. 13.019/2014;

6.3.11 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo regular pagamento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto da parceria;

6.3.12 Apresentar os relatórios e outros documentos que sejam solicitados pela Administração Pública;

6.3.13 Prestar contas;

6.3.14 Permitir o livre acesso dos agentes do parceiro público, do controle interno e do Tribunal de Contas aos processos, aos documentos e às informações relacionadas à execução desta parceria, bem como aos locais de execução do objeto;

6.3.15 Manter sua regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária ao longo da vigência deste instrumento;

6.3.16 Reservar o percentual de 5% (cinco por cento) das vagas de mão de obra dos postos de trabalho não especializados, relacionadas ao cumprimento do respectivo objeto, para pessoas em situação de rua, na forma da Lei Municipal nº 10.462/2020.

6.4 Não implica responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a

6.4 Inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

6.5 No que tange ao tratamento de dados pessoais ou base de dados:

6.5.1 A instituição obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, inclusive em razão de licenciamento ou da operação dos programas/sistemas, nos termos da Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no presente instrumento.

6.5.2 A instituição obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas suficientes visando a segurança, a proteção, a confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais ou ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento não previstos.

6.5.3 A instituição não poderá utilizar-se de informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, para fins distintos ao cumprimento do objeto deste instrumento jurídico.

6.5.4 A instituição não poderá disponibilizar e/ou transmitir a terceiros, sem prévia autorização escrita, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

6.5.5 O dever de sigilo e confidencialidade, e as demais obrigações descritas na cláusula 6.5, permanecerão em vigor após a extinção das relações entre os Parceiros, bem como, entre a instituição e os seus colaboradores, subcontratados, consultores e/ou prestadores de serviços sob pena das sanções previstas na Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA - DESPESAS

7.1 Poderão ser pagas com recursos da parceria as despesas previstas no art. 46 da Lei n. 13.019/2019, assim como aquelas fixadas no Plano de Trabalho.

7.2 O pagamento de despesas com equipes de trabalho somente poderá ser autorizado quando demonstrado que tais valores:

i. correspondem às atividades e aos valores constantes do plano de trabalho, observada a qualificação técnica adequada à execução da função a ser desempenhada;

ii. são compatíveis com o valor de mercado e são proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado à parceria, devendo haver memória de cálculo do rateio, nos casos em que a remuneração for paga parcialmente com recursos da parceria, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa;

iii. não estão sendo utilizados para remunerar cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o segundo grau, de:

a) administrador, dirigente ou associado com poder de direção da OSC celebrante da parceria;

b) agente público com cargo em comissão ou função de confiança que esteja lotado na unidade responsável pela execução da parceria no órgão ou entidade pública; ou

c) agente público cuja posição no órgão ou entidade pública seja hierarquicamente superior à

chefia da unidade responsável pela execução da parceria.

7.3 Não poderão ser pagas com recursos da parceria as seguintes despesas:

a. despesas com finalidade alheia ao objeto da parceria;

b. pagamento, a qualquer título, de servidor ou empregado público, salvo nas hipóteses previstas em lei específica ou na lei de diretrizes orçamentárias;

c. pagamento de juros, multas e correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo, salvo quando as despesas tiverem sido causadas por atraso do parceiro público na liberação de recursos;

d. despesas com publicidade, salvo quando previstas no plano de trabalho, *v.g.* divulgação ou campanha de caráter educativo, informativo ou de orientação social, desde que não conste nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;

e. pagamento de despesa cujo fato gerador tiver ocorrido em data anterior ao início da vigência da parceria; e

f. pagamento de despesa em data posterior ao término da parceria, salvo quando o fato gerador da despesa tiver ocorrido durante a vigência do termo de fomento.

CLÁUSULA OITAVA - ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

8.1 O parceiro público poderá propor ou autorizar a alteração do Plano de Trabalho, desde que preservado o objeto, mediante justificativa prévia, por meio de termo aditivo ou termo de apostilamento;

8.2 Será celebrado termo aditivo nas hipóteses de alteração do valor global da parceria e em outras situações em que a alteração for indispensável ao atendimento do interesse público;

8.2.1 O parceiro público providenciará a publicação do extrato de termo aditivo no Diário Oficial do Município, assim como no sítio eletrônico oficial;

8.2.2 A variação inflacionária pode ser fundamento de solicitação da instituição de celebração de termo aditivo para alteração de valor global da parceria, desde que decorridos no mínimo 12 (doze) meses da data de aprovação do Plano de Trabalho, com observância do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – INPCA.

8.3 Será editado termo de apostilamento pelo parceiro público quando necessária a indicação de crédito orçamentário de exercícios futuros;

8.4 O remanejamento de pequeno valor e a aplicação de rendimentos de ativos financeiros poderão ser realizados pela instituição no curso da parceria, desde que em benefício da execução do objeto, observados os procedimentos e limites estabelecidos no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA NONA - TITULARIDADE DE BENS

9.1 Os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados em decorrência da execução da parceria serão de titularidade do Município de Goiânia;

9.1.1 Não se consideram bens permanentes aqueles que se destinam ao consumo.

9.2 Os bens permanentes não poderão ser alienados, ressalvadas as previsões específicas deste instrumento acerca dos bens inservíveis e das situações posteriores ao término da parceria;

9.3 Caso os bens se tornem inservíveis antes do término da parceria, a instituição solicitará orientação sobre quais providências deve tomar, tendo em vista a legislação de administração patrimonial de bens públicos;

9.4 Após o término da parceria, o parceiro público decidirá por uma das seguintes hipóteses:

a) manutenção dos bens em sua propriedade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até a retirada pelo parceiro público, que deverá ocorrer no prazo de 90 (noventa) dias após o término da parceria;

b) doação dos bens à instituição, caso não sejam necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado por execução direta ou por celebração de nova parceria com outra entidade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição; ou

c) doação dos bens a terceiros, desde que para fins de interesse social, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até sua retirada, que deverá ocorrer em até 60 (sessenta) dias após a edição do ato da doação.

CLÁUSULA DÉCIMA - GESTOR DA PARCERIA

10.1 Os agentes públicos responsáveis pela gestão da parceria de que trata este instrumento, com poderes de controle e fiscalização, serão designados em ato publicado no Diário Oficial do Município;

10.2 O parceiro público poderá designar técnicos responsáveis para subsidiar o gestor da parceria em relação à análise dos relatórios de execução do objeto e de execução financeira, se houver; dos lançamentos dos dados financeiros em plataforma eletrônica, e ainda para a elaboração de seu relatório de monitoramento e avaliação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

11.1 A comissão de monitoramento e avaliação é a instância administrativa colegiada responsável pelo monitoramento do conjunto de parcerias, pela proposta de aprimoramento dos procedimentos, pela padronização de objetos, custos e indicadores e pela produção de entendimentos voltados à priorização do controle de resultados, sendo de sua competência a avaliação e a homologação dos relatórios técnicos de monitoramento e avaliação.

11.2 A Comissão de Monitoramento e Avaliação, designada em ato publicado no Diário Oficial do Município de Goiânia, atuará em caráter preventivo e saneador, visando o aprimoramento dos procedimentos, a padronização e a priorização do controle de resultados;

11.3 As atividades de monitoramento e avaliação desta parceria dar-se-ão por intermédio de:

a) reuniões entre representante do parceiro público e da entidade;

b) elaboração de relatórios contendo o acompanhamento das atividades, indicadores e metas, previstas no Plano de Trabalho;

c) visita técnica *in loco* para subsidiar o monitoramento da parceria;

d) averiguação formal quanto a denúncias aceitas.

11.4 As ações de monitoramento e avaliação poderão utilizar ferramentas tecnológicas, tais como redes sociais na internet, aplicativos e outros mecanismos que permitam verificar os resultados da parceria;

11.5 A Comissão de Monitoramento e Avaliação homologará o relatório técnico de monitoramento e avaliação, emitido pelo gestor da parceria, que conterá:

a) descrição sumária do objeto e análise das atividades realizadas, com foco no cumprimento das metas e no benefício social da execução do objeto;

b) valores transferidos pela Município;

c) seção sobre achados de auditoria e respectivas medidas saneadoras, nos casos de auditorias pelos órgãos de controle interno ou externo, voltadas a esta parceria, caso tenham ocorrido.

11.6 O gestor da parceria analisará os relatórios de execução do objeto e os relatórios de execução financeira, se houver, e emitirá Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação da parceria e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada para possível homologação.

11.7 Na hipótese de o relatório técnico de monitoramento e avaliação evidenciar irregularidade e/ou inexecução parcial do objeto, o gestor da parceria notificará a entidade para que possa, no prazo de 30 (trinta) dias sanar a irregularidade, cumprir a obrigação ou apresentar justificativa para impossibilidade de saneamento da irregularidade ou cumprimento da obrigação;

11.8 Na hipótese de permanecer a existência de irregularidade ou inexecução parcial do objeto, mesmo após a notificação da entidade para saná-las, o relatório técnico parcial de monitoramento e avaliação poderá concluir pela rescisão unilateral da parceria, determinando a devolução dos valores repassados relacionados à irregularidade ou inexecução apurada ou à prestação de contas não apresentada e, em não havendo a referida devolução, proceder-se-á à instauração de tomada de contas especial.

11.9Nas hipóteses em que, por meio do monitoramento e avaliação da parceria, se constate a existência de evidências de irregularidades na aplicação de parcelas anteriormente recebidas; desvio de finalidade da aplicação dos recursos ou o inadimplemento da entidade em relação a obrigações estabelecidas no presente Termo de Fomento; ou de situação em que a entidade deixe de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pelo parceiro público ou pelos órgãos de controle interno ou externo, o MUNICÍPIO reterá as parcelas dos recursos financeiros destinados à execução da parceria, até o saneamento das impropriedades constatadas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

12.1 A prestação de contas será um procedimento de acompanhamento sistemático da parceria, voltado à demonstração e verificação do cumprimento de metas e resultados, que observará o disposto na Lei nº 13.019/2014;

12.2 A prestação de contas e todos os atos que dela decorram dar-se-ão, preferencialmente, em plataforma eletrônica, permitindo a visualização por qualquer interessado.

12.3 A organização da sociedade civil prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no prazo de até 90 (noventa) dias a partir do término da vigência da parceria ou no final de cada exercício, se a duração da parceria exceder um ano, prorrogáveis por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente

justificado.

12.4 A entidade deverá apresentar, conforme previsto no plano de trabalho, relatório de execução do objeto, na plataforma eletrônica.

12.5 Se a duração da parceria exceder um ano, a organização da sociedade civil deverá apresentar prestação de contas ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

12.6 Pode a administração pública promover a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

12.7 Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a entidade deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.

12.8 A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

12.8.1 Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

12.8.2 Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

12.8.3 A análise da prestação de contas considerará a verdade real e os resultados alcançados.

12.8.4 A prestação de contas da parceria observará regras específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos, nos termos das disposições e procedimentos estabelecidos conforme previsto no plano de trabalho e no termo de fomento.

12.9 A prestação de contas relativa à execução do termo de fomento dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, e dos seguintes relatórios:

a) relatório de execução do objeto, elaborado pela entidade, contendo as atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;

b) relatório de execução financeira do termo de fomento, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto, na hipótese de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

c) relatório de visita técnica *in loco* eventualmente realizada durante a execução da parceria;

d) relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada, sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução do termo de colaboração ou de fomento.

12.10 O **relatório de execução do objeto** deverá conter:

a) descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto, a fim de demonstrar o alcance das metas e dos resultados esperados;

b) comprovação documental do cumprimento do objeto, como listas de presença, fotos, depoimentos de tutores, vídeos e outros suportes;

c) documentos sobre o grau de satisfação do público alvo, que poderão consistir em resultado de pesquisa de satisfação realizada no curso da parceria, declarações de entidade pública ou privada local, ou manifestação do conselho setorial.

12.11 O **relatório de execução financeira,** necessário quando não for comprovado o alcance das metas ou quando houver evidência de existência de ato irregular, conterá:

a) relação das despesas e receitas realizadas, inclusive rendimentos financeiros, que possibilitem a comprovação da observância do Plano de Trabalho;

b) relação de bens adquiridos, produzidos ou transformados, quando houver;

c) comprovante de devolução do saldo remanescente da conta bancária específica, quando houver;

d) extrato da conta bancária específica;

e) cópia simples das notas e dos comprovantes fiscais ou recibos, com data, valor, dados da instituição e do fornecedor, além da indicação do produto ou serviço; e

f) memória de cálculo do rateio das despesas, nos casos em que algum item do Plano de Trabalho for pago proporcionalmente com recursos da parceria, a fim de demonstrar que não houve duplicidade ou sobreposição de fontes de recursos no custeio de um mesmo item.

12.12 O gestor emitirá **parecer técnico** de análise de prestação de contas da parceria celebrada.

12.12.1 No caso de prestação de contas única, o gestor emitirá parecer técnico conclusivo para fins de avaliação do cumprimento do objeto.

12.12.2 Para fins de avaliação quanto à eficácia e efetividade das ações em execução ou que já foram realizadas, os pareceres técnicos de que trata esta cláusula mencionarão:

- os resultados já alcançados e seus benefícios;

- os impactos econômicos ou sociais;

- o grau de satisfação do público-alvo;

- a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

12.13 O parecer técnico sobre o relatório de execução do objeto, considerando o teor do relatório técnico de monitoramento e avaliação, consistirá na verificação do cumprimento do objeto, podendo o gestor da parceria:

a) concluir que houve cumprimento integral do objeto ou cumprimento parcial com justificativa suficiente quanto às metas não alcançadas; ou

b) concluir que o objeto não foi cumprido e que não há justificativa suficiente para que as metas não tenham sido alcançadas, o que implicará emissão de parecer técnico preliminar indicando glosa dos valores relacionados a metas descumpridas sem justificativa suficiente.

12.14 A análise do relatório de execução financeira será realizada mediante parecer técnico que examinará a conformidade das despesas constantes na relação de pagamentos com as previstas no Plano de Trabalho, considerando a análise da execução do objeto; e verificará a conciliação bancária, por meio da correlação entre as despesas da relação de pagamentos e os débitos na conta.

12.15 A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública concluirá, alternativamente, pela:

a) aprovação da prestação de contas;

b) aprovação da prestação de contas com ressalvas; ou

c) rejeição da prestação de contas e determinação de imediata instauração de tomada de contas especial.

12.16 As impropriedades que derem causa à rejeição da prestação de contas serão registradas em plataforma eletrônica de acesso público, e serão levadas em consideração por ocasião da assinatura de futuras parcerias com a administração pública.

12.17 Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogável, no máximo, por igual período, para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação.

12.17.1 Transcorrido o prazo para saneamento da irregularidade ou da omissão, não havendo o saneamento, a autoridade administrativa competente, adotará as providências para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis, quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, nos termos da legislação vigente.

12.18 A administração pública apreciará a prestação final de contas apresentada, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

12.18.1 O transcurso do prazo definido nos termos do caput sem que as contas tenham sido apreciadas não significa impossibilidade de apreciação em data posterior ou vedação a que se adotem medidas saneadoras, punitivas ou destinadas a ressarcir danos que possam ter sido causados aos cofres públicos;

12.19 As prestações de contas serão avaliadas:

I- **regulares**, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

II- **regulares com ressalva**, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III- **irregulares**, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

12.20 A entidade poderá apresentar recurso administrativo no prazo de 15 (quinze) dias após sua notificação quanto à decisão final de julgamento das contas.

12.20.1 O recurso será dirigido à autoridade que proferiu a decisão, a qual, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias, encaminhará o recurso à autoridade superior.

12.21 Exaurida a fase recursal, no caso de aprovação com ressalvas, o parceiro público providenciará o registro na plataforma eletrônica das causas das ressalvas, que terá caráter educativo e preventivo, o que deve ser considerado na eventual aplicação de sanções.

12.22 Exaurida a fase recursal, no caso de rejeição das contas, o parceiro público notificará a OSC para devolução dos recursos de forma integral.

12.22.1 Não havendo dolo ou fraude, a entidade poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito no termo de fomento e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - SANÇÕES

13.1 A execução da parceria em desacordo com o Plano de Trabalho, com este instrumento, com o disposto na Lei Nacional nº 13.019/2014 ou nas demais disposições normativas aplicáveis, enseja aplicação à OSC, garantida prévia defesa, das seguintes sanções:

I - advertência;

II - suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

III - declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo.

13.1.1 A sanção de advertência tem caráter educativo e preventivo e será aplicada quando verificadas irregularidades que não justifiquem a aplicação de penalidade mais severa.

13.1.2 A sanção de suspensão temporária será aplicada nos casos em que forem verificadas irregularidades na celebração, execução ou prestação de contas da parceria e não se justificar a imposição de penalidade mais grave, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os

danos que dela provieram para o MUNICÍPIO.

13.1.3 As sanções estabelecidas nos incisos II e III são de competência exclusiva do Secretário Municipal.

13.2 É facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista.

13.3 A reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de aplicação da penalidade.

13.3.1 Aplicada a sanção de declaração de inidoneidade, será possível a reabilitação da instituição quando esta ressarcir a administração pública municipal pelos prejuízos resultantes.

13.4 Da decisão administrativa sancionadora cabe recurso administrativo, no prazo de dez dias.

13.4.1 No caso da sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o recurso cabível é o pedido de reconsideração.

13.5Na hipótese de aplicação de sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o impedimento da instituição deverá ser lançado no Sistema Integrado de Gestão Governamental - SIGGO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - RESCISÃO E DENÚNCIA

14.1 O presente TERMO DE FOMENTO poderá ser denunciado pelos partícipes, a qualquer tempo, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência para a publicidade dessa intenção;

14.2 O parceiro público poderá rescindir unilateralmente este instrumento, nos casos de descumprimento do disposto na Lei nº 13.019/2014, notadamente, inexecução do objeto, utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho, inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas ou constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção nos documentos apresentados pelo parceiro privado.

14.3 A rescisão da parceria será formalizada por meio de Termo de Rescisão, no qual seja definido, no mínimo, o prazo para apresentação da prestação de contas final e a titularidade dos bens remanescentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - FORO

15.1.As dúvidas decorrentes da execução da parceria serão objeto de prévia tentativa de solução administrativa, com a participação de órgão encarregado de assessoramento jurídico integrante da estrutura da administração pública;

15.2.Nos casos em que frustrada a solução administrativa, é competente o Foro da Comarca de Goiânia, em uma das suas Varas da Fazenda Pública, para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos decorrentes da parceria.

Goiânia , data da última assinatura eletrônica

Wilson Modesto Pollara

Willian da Silva Gomes

Documento assinado eletronicamente por **Cgi centro de gestão integrada registrado(a) civilmente como WILLIAN DA SILVA GOMES**, **Usuário Externo**, em 05/06/2024, às 09:42, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Wilson Modesto Pollara**, **Secretário Municipal de Saúde**, em 05/06/2024, às 17:17, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Camila Gomes Urzeda**, **Assistente Administrativa**, em 05/06/2024, às 17:35, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Eliel Amorim da Silva**, **Gerente de Contratos e Convênios e Credenciamentos**, em 07/06/2024, às 10:06, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://www.goiania.go.gov.br/sei informando o código verificador **4328859** e o código CRC **35BD0C9D**.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

Referência: Processo Nº 24.29.000012826-0 SEI Nº 4328859v1

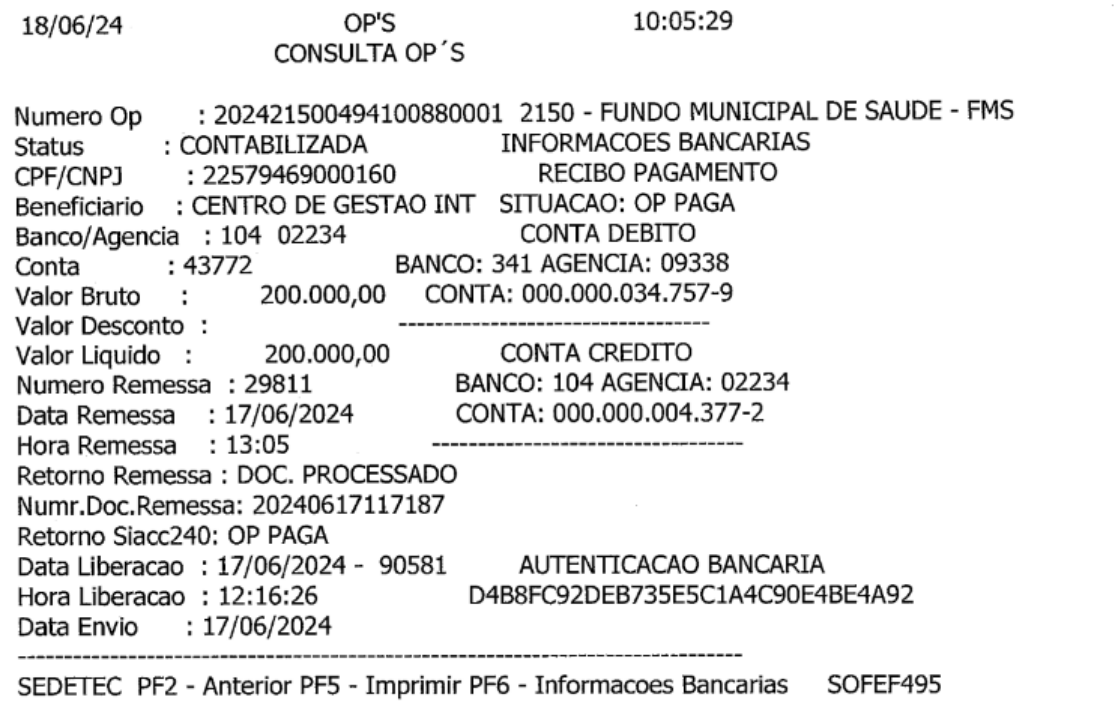
TERMO DE FOMENTO

- **Origem do Recurso:** Emenda Parlamentar Municipal Impositiva nº 152, conforme estabelecido no Projeto de Lei nº 347/2023 e no Termo de Fomento nº 171/2024
- **Processo:** SEI 24290000148953

Objeto

Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia.

500 atendimentos Clínicos oftalmológico com entrega de óculos



18/06/24 OP'S 10:05:29
CONSULTA OP´S

Numero Op : 202421500494100880001 2150 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS
Status : CONTABILIZADA INFORMACOES BANCARIAS
CPF/CNPJ : 22579469000160 RECIBO PAGAMENTO
Beneficiario : CENTRO DE GESTAO INT SITUACAO: OP PAGA
Banco/Agencia : 104 02234 CONTA DEBITO
Conta : 43772 BANCO: 341 AGENCIA: 09338
Valor Bruto : 200.000,00 CONTA: 000.000.034.757-9
Valor Desconto : ----------
Valor Liquido : 200.000,00 CONTA CREDITO
Numero Remessa : 29811 BANCO: 104 AGENCIA: 02234
Data Remessa : 17/06/2024 CONTA: 000.000.004.377-2
Hora Remessa : 13:05 ----------
Retorno Remessa : DOC. PROCESSADO
Numr.Doc.Remessa: 20240617117187
Retorno Siacc240: OP PAGA
Data Liberacao : 17/06/2024 - 90581 AUTENTICACAO BANCARIA
Hora Liberacao : 12:16:26 D4B8FC92DEB735E5C1A4C90E4BE4A92
Data Envio : 17/06/2024

SEDETEC PF2 - Anterior PF5 - Imprimir PF6 - Informacoes Bancarias SOFEF495

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO - CUSTEIO

1 – CONCEDENTE

Órgão: **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – GO (SMS-GO)**	
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	Processo:
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: **Fundo Municipal De Saúde de Goiânia.**	CNPJ do FMS: **37.623.352/0001-03**
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: CGI – CENTRO DE GESTAO INTEGRADA	CNES: 4574168
Endereço: AV. C-255, 270, QUADRA 588, LOTE 4/8, SALA 604/605 – NOVA SUIÇA, GOIANIA-GO	
Cidade: Goiânia - Goiás	Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos
Serviços ofertados: ( )Ambulatorial ( )Internação ( )UTI ( )SADT ( )Hospital dia (X)Outros:	
Dados para contato (nome e telefone): MARINA LOPES (62) 9 8555-2108 / MARCELO GUIMARAES (62) 9 8492-1940	

DADOS BANCÁRIOS (Conta específica para movimentação do recurso)

BANCO:	
AGÊNCIA:	
CONTA:	
OPERAÇÃO:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

A cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde ocular. Com uma população diversificada e em crescimento, estimada em mais de 1,5 milhão de habitantes, a demanda por cuidados oftalmológicos é substancial. Entre esses habitantes, destacam-se grupos vulneráveis, como crianças em idade escolar, adultos de baixa renda, idosos e moradores de áreas rurais, que enfrentam dificuldades adicionais para acessar serviços de saúde adequados.

Dados epidemiológicos revelam uma prevalência considerável de problemas de visão em Goiânia. Estima-se que cerca de 35% das crianças em idade escolar apresentem algum tipo de dificuldade visual, o que pode afetar seu desempenho acadêmico e desenvolvimento geral. Além disso, os adultos de baixa renda e os idosos enfrentam uma maior incidência de doenças oculares crônicas, como catarata e glaucoma, que, se não tratadas adequadamente, podem levar a complicações graves e até mesmo à cegueira.

A distribuição desigual dos serviços oftalmológicos na cidade é um problema adicional. Embora existam clínicas e hospitais especializados, muitos deles estão concentrados em áreas urbanas centrais, dificultando o acesso para os residentes de bairros periféricos e áreas rurais. Goiânia é composta por dezenas de bairros, cada um com suas próprias características e necessidades específicas. A falta de unidades de saúde ocular em locais estratégicos contribui para a demanda reprimida e para o agravamento dos problemas de visão entre a população local.

Diante desse cenário, a implementação de um Serviço Oftalmológico Móvel (SOM) em Goiânia surge como uma resposta necessária e inovadora para suprir essa lacuna. O SOM tem o potencial de alcançar diretamente os residentes de diversos bairros da

cidade, levando os serviços de saúde ocular diretamente às comunidades que mais necessitam. Ao oferecer consultas oftalmológicas abrangentes, exames de diagnóstico e tratamentos básicos, a Serviço Oftalmológico Móvel (SOM) pode ajudar a reduzir a demanda reprimida por serviços oftalmológicos e prevenir complicações futuras.

Além disso, o Serviço Oftalmológico Móvel (SOM) pode desempenhar um papel importante na promoção da educação em saúde ocular, conscientizando a população sobre a importância da prevenção e do cuidado com os olhos. Por meio de parcerias com escolas, unidades básicas de saúde e organizações comunitárias, o Serviço Oftalmológico Móvel (SOM) pode alcançar um público mais amplo e garantir que todos os grupos da população tenham acesso igualitário aos serviços de saúde ocular.

Em suma, a implementação de um Serviço Oftalmológico Móvel em Goiânia é uma iniciativa essencial para abordar os desafios de acesso e custo relacionados à saúde ocular na cidade. Ao atender diretamente às necessidades da população em diferentes bairros e comunidades, o Serviço Oftalmológico Móvel (SOM) tem o potencial de melhorar significativamente a saúde visual e o bem-estar geral dos habitantes de Goiânia.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

1. Realização de Exames Oftalmológicos Abrangentes:

Nesta atividade, serão conduzidos procedimentos completos e abrangentes, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Isso incluirá uma série de exames de diagnóstico detalhados, visando uma compreensão completa e precisa da saúde ocular de cada paciente. A integração desses exames ao atendimento oftalmológico primário garantirá uma abordagem

holística e eficaz para a avaliação da visão e a detecção precoce de quaisquer problemas oculares.

2. Consulta Oftalmológica Minuciosa:

Durante a consulta oftalmológica, será realizada uma avaliação clínica minuciosa, que compreenderá uma anamnese detalhada, a medição da acuidade visual e uma análise precisa da refração dinâmica e/ou estática. O foco estará na identificação de nuances e necessidades específicas de cada paciente, garantindo um diagnóstico e um plano de tratamento individualizados e precisos.

3. Exames Especializados:

Além dos exames de rotina, serão oferecidos exames especializados, como a biomicroscopia do segmento anterior e o exame do fundo de olho. Esses exames permitirão uma análise profunda da saúde ocular, possibilitando a formulação de hipóteses diagnósticas precisas e a implementação de condutas propedêuticas e terapêuticas adequadas para cada caso.

4. Identificação Precoce de Doenças Crônicas:

Uma ênfase especial será dada à detecção precoce de condições crônicas, como a catarata, que podem ter um impacto significativo na qualidade de vida do paciente se não forem tratadas precocemente. A identificação precoce dessas doenças permitirá intervenções e tratamentos oportunos, contribuindo para a prevenção e a gestão adequada das doenças oftalmológicas crônicas.

5. Prontuário Eletrônico Acessível:

Será utilizado um Prontuário Eletrônico acessível via web, proporcionando acesso direto à Secretaria Municipal de Saúde. Isso garantirá uma gestão eficiente e integrada das informações clínicas dos pacientes, permitindo uma abordagem mais assertiva e personalizada em relação ao seu cuidado oftalmológico.

6. Compromisso com a Regularidade e Acessibilidade:

Comprometemo-nos a oferecer regularmente serviços assistenciais, seguindo uma programação estabelecida, garantindo assim a acessibilidade contínua aos cuidados oftalmológicos. Isso promoverá a continuidade do atendimento e permitirá que os pacientes recebam o acompanhamento necessário para sua saúde ocular.

7. Recebimento Especializado para Confecção de Óculos:

Por fim, ofereceremos um recebimento especializado para a confecção de óculos, proporcionando uma solução abrangente e personalizada para as necessidades visuais dos pacientes. Desde o diagnóstico até a entrega de soluções visuais adaptadas, estaremos totalmente envolvidos no processo, garantindo a satisfação e o bem-estar visual de cada paciente atendido.

4.2 VALOR DO RECURSO:

R$200.000,00 (DUZENTOS MIL REAIS)

4.3 ORIGEM DO RECURSO:

EMENDA IMPOSITIVA Nº 152 – DR. GIAN

4.4 JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DO RECURSO:

A cidade de Goiânia, assim como muitas outras metrópoles brasileiras, enfrenta uma série de desafios no que tange ao acesso aos serviços de saúde ocular. Diante da significativa demanda reprimida por atendimento oftalmológico, é imperativo que medidas inovadoras sejam tomadas para suprir essa lacuna e garantir que todos os segmentos da população tenham acesso igualitário a cuidados de saúde visual. Nesse contexto, a implementação de um Serviço Oftalmológico Móvel (SOM) em Goiânia surge como uma solução estratégica e essencial, capaz de atender às necessidades específicas dos diversos grupos da população da cidade.

Primeiramente, é crucial reconhecer a diversidade demográfica de Goiânia, que abriga uma população heterogênea composta por crianças em idade escolar, adultos de baixa renda, idosos e moradores de áreas rurais. Esses grupos enfrentam desafios únicos no acesso aos serviços de saúde ocular, seja devido a limitações financeiras, falta de infraestrutura adequada ou dificuldades de locomoção até os centros de atendimento oftalmológico. Portanto, a presença de uma SOM em Goiânia possibilitaria a democratização do acesso à saúde ocular, levando atendimento de qualidade diretamente às comunidades que mais necessitam, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica.

Além disso, dados epidemiológicos revelam uma prevalência significativa de problemas de visão entre os habitantes de Goiânia, especialmente entre crianças em idade escolar e idosos. Esses problemas, se não diagnosticados e tratados precocemente, podem levar a complicações graves e impactar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Portanto, a presença de uma SOM na cidade permitiria a realização de consultas oftalmológicas abrangentes, exames de diagnóstico e tratamentos básicos, contribuindo assim para a prevenção e o controle dessas doenças oculares.

Outro aspecto relevante a ser considerado é a distribuição desigual dos serviços oftalmológicos na cidade, com muitas clínicas e hospitais especializados concentrados em áreas urbanas centrais. Essa concentração cria barreiras adicionais para os residentes de bairros periféricos e áreas rurais, que muitas vezes enfrentam dificuldades de deslocamento e acesso aos serviços de saúde. Portanto, a presença de uma SOM em Goiânia garantiria uma cobertura mais ampla e inclusiva, alcançando diretamente os residentes de diferentes bairros e comunidades, sem discriminação ou exclusão.

Por fim, ressalta-se o papel fundamental que a SOM desempenharia na promoção da educação em saúde ocular, conscientizando a população sobre a importância da prevenção e do cuidado com os olhos. Por meio de atividades educativas e de sensibilização, a SOM poderia contribuir para a mudança de comportamento e a adoção de práticas saudáveis relacionadas à visão, beneficiando assim toda a comunidade de Goiânia.

Em suma, diante dos desafios de acesso e custo relacionados à saúde ocular em Goiânia, a implementação de um Serviço Oftalmológico Móvel (SOM) é uma medida justificável e necessária. Ao atender às necessidades específicas da população local, democratizando o acesso aos serviços de saúde visual e promovendo a prevenção de doenças oculares, a SOM tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade de vida e o bem-estar dos habitantes da cidade.

A implementação do serviço Móvel de Saúde Oftalmológica se mostra como uma resposta estratégica e necessária para abordar a demanda por serviços oftalmológicos no Município. Ao proporcionar consultas, exames e fornecimento de óculos de grau, essas unidades não apenas atendem às necessidades imediatas de saúde ocular, mas também garantem a aderência aos princípios éticos e diretrizes regulatórias estabelecidas pelo Conselho Municipal de Saúde. Este projeto reflete, portanto, um

compromisso genuíno com a promoção da saúde visual e o bem-estar da comunidade municipal como um todo.

Espera-se que a implementação do Serviço Móvel de Saúde Oftalmológica não apenas atenda às demandas emergentes por cuidados oftalmológicos, mas também promova uma cultura de saúde preventiva e inclusiva. Ao oferecer serviços acessíveis e abrangentes, este projeto visa não apenas tratar problemas de visão existentes, mas também prevenir o surgimento de condições oftalmológicas futuras. Assim, o Serviço Móvel de Saúde Oftalmológica representam não apenas uma solução imediata, mas também um investimento a lCGlo prazo na saúde e no bem-estar da população municipal.

4.5 RESULTADOS ESPERADOS:

Esses resultados pretendidos refletem o compromisso do projeto em melhorar a saúde ocular e o bem-estar geral da comunidade atendida, promovendo a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e contribuindo para um futuro mais saudável e próspero para todos.

1. **Acesso Universal à Saúde Ocular:**
   Garantir que todos os membros da comunidade tenham acesso igualitário a serviços oftalmológicos de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica ou local de residência.
2. **Redução da Incidência de Doenças Oftalmológicas:**
   Contribuir para a redução da incidência de doenças oculares, identificando precocemente problemas de visão e fornecendo tratamento adequado para prevenir complicações e danos à saúde ocular.
3. **Melhoria da Qualidade de Vida:**

Proporcionar óculos corretivos e tratamento oftalmológico adequado para os pacientes, melhorando sua qualidade de vida, promovendo a independência e facilitando a participação plena na vida cotidiana.

4. **Desenvolvimento Educacional:**

   Contribuir para o sucesso educacional das crianças ao garantir que possuam a visão corrigida, o que pode melhorar seu desempenho acadêmico, aprendizado e participação na sala de aula.

5. **Bem-Estar da População Idosa:**

   Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, garantindo que tenham acesso a cuidados oftalmológicos preventivos e corretivos, permitindo-lhes continuar a desfrutar de uma vida ativa e independente.

6. **Fortalecimento da Saúde Preventiva:**

   Promover a cultura de cuidados preventivos com a saúde ocular, educando a comunidade sobre a importância da detecção precoce e do tratamento oportuno de problemas de visão.

7. **Impacto Socioeconômico Positivo:**

   Contribuir para a redução do absenteísmo no trabalho e na escola, aumentando a produtividade e melhorando as oportunidades de emprego e educação para a comunidade atendida.

8. **Fortalecimento da Parceria Público-Privada:**

   Estabelecer e fortalecer parcerias entre entidades governamentais, organizações não governamentais e empresas privadas, demonstrando o potencial de colaboração para o benefício da sociedade.

9. **Empoderamento da Comunidade:**

   Capacitar os membros da comunidade para assumir um papel ativo na promoção da saúde ocular, incentivando-os a buscar regularmente cuidados oftalmológicos e a adotar hábitos saudáveis de vida.

4.6 PRAZO:

Tempo de execução: 12 MESES	Início: A partir do término da vigência no Temo de Compromisso Nº_____.

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

Essas metas e indicadores fornecerão uma estrutura para avaliar o progresso e o impacto do projeto de atendimento oftalmológico, garantindo sua eficácia na promoção da saúde ocular e no atendimento às necessidades da comunidade.

1. **Número de Atendimentos Realizados:**
   - **Meta:** *Realizar um total de 500 atendimentos oftalmológicos durante o período* do projeto.
   - **Indicador:** Número de consultas oftalmológicas e exames realizados, registrados mensalmente.
2. **Satisfação do Paciente:**
   - **Meta:** Alcançar uma taxa de satisfação do paciente de pelo menos 90%.
   - **Indicador:** Pesquisas de satisfação realizadas com os pacientes atendidos, avaliando a qualidade dos serviços, o tempo de espera, a cortesia do atendimento, entre outros aspectos.
3. **Cobertura da População-Alvo:**
   - **Meta:** Garantir que pelo menos 80% da população-alvo (como crianças, idosos, trabalhadores rurais e pessoas de baixa renda) sejam atendidos pelo projeto.
   - **Indicador:** Percentual da população-alvo que recebeu atendimento *oftalmológico em relação à população total estimada da área de abrangência.*
4. **Distribuição de Óculos de Grau:**

- **Meta:** Distribuir os óculos de grau multifocais e óculos de grau monofocais para os pacientes que necessitarem.
- **Indicador:** Número de óculos distribuídos e número de pacientes beneficiados, acompanhado de um registro de entrega.

5. **Identificação Precoce de Condições Oftalmológicas:**
   - **Meta:** Identificar e encaminhar para tratamento precoce pelo menos 90% dos casos de doenças oftalmológicas detectadas durante as consultas e exames.
   - **Indicador:** Número de casos de doenças oftalmológicas identificadas e encaminhadas para tratamento em relação ao número total de pacientes atendidos.
6. ***Acesso à Saúde Ocular em Comunidades Rurais e Remotas:***
   - **Meta:** Garantir que pelo menos 90% das comunidades rurais e remotas da região sejam alcançadas pelo projeto.
   - **Indicador:** Número de comunidades rurais e remotas visitadas e atendidas pelo projeto, em comparação com o número total de comunidades identificadas na área de atuação.
7. **Acompanhamento Pós-Atendimento:**
   - **Meta:** Realizar o acompanhamento pós-atendimento de pelo menos 70% dos pacientes que receberam óculos de grau ou foram encaminhados para tratamento adicional.
   - **Indicador:** Percentual de pacientes que participaram de consultas de acompanhamento ou retornaram para avaliação após o tratamento inicial.

5.1 Objetivo geral a ser alcançado com a execução do Objeto (item 14.1 Guia Emendas Parlamentares)

Esses resultados pretendidos refletem o compromisso do projeto em melhorar a saúde ocular e o bem-estar geral da comunidade atendida, promovendo a igualdade de

acesso aos cuidados de saúde e contribuindo para um futuro mais saudável e próspero para todos.

10. **Acesso Universal à Saúde Ocular:**

    Garantir que todos os membros da comunidade tenham acesso igualitário a serviços oftalmológicos de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica ou local de residência.

11. **Redução da Incidência de Doenças Oftalmológicas:**

    Contribuir para a redução da incidência de doenças oculares, identificando precocemente problemas de visão e fornecendo tratamento adequado para prevenir complicações e danos à saúde ocular.

12. **Melhoria da Qualidade de Vida:**

    Proporcionar óculos corretivos e tratamento oftalmológico adequado para os pacientes, melhorando sua qualidade de vida, promovendo a independência e facilitando a participação plena na vida cotidiana.

13. **Desenvolvimento Educacional:**

    Contribuir para o sucesso educacional das crianças ao garantir que possuam a visão corrigida, o que pode melhorar seu desempenho acadêmico, aprendizado e participação na sala de aula.

14. **Bem-Estar da População Idosa:**

    Melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, garantindo que tenham acesso a cuidados oftalmológicos preventivos e corretivos, permitindo-lhes continuar a desfrutar de uma vida ativa e independente.

15. **Fortalecimento da Saúde Preventiva:**

    Promover a cultura de cuidados preventivos com a saúde ocular, educando a comunidade sobre a importância da detecção precoce e do tratamento oportuno de problemas de visão.

16. **Impacto Socioeconômico Positivo:**

Contribuir para a redução do absenteísmo no trabalho e na escola, aumentando a produtividade e melhorando as oportunidades de emprego e educação para a comunidade atendida.

17. **Fortalecimento da Parceria Público-Privada:**

Estabelecer e fortalecer parcerias entre entidades governamentais, organizações não governamentais e empresas privadas, demonstrando o potencial de colaboração para o benefício da sociedade.

18. **Empoderamento da Comunidade:**

Capacitar os membros da comunidade para assumir um papel ativo na promoção da saúde ocular, incentivando-os a buscar regularmente cuidados oftalmológicos e a adotar hábitos saudáveis de vida.

6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

(descrever as ações e marcar com "X" os meses de execução)

	MÊS											
AÇÕES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Recebimento do recurso	X											
IMPLANTAÇÃO (VISITA IN LOCO)	X											
EXECUÇÃO (CONSULTAS, CONFECÇÃO DOS OCULOS E ENTREGA)		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
AVALIAÇÃO (APRESENTAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS											X	

7 – VALOR DO PROJETO

Valor Global: R$200.000,00

8 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela única	R$200.000,00
Data do Desembolso:	Após a assinatura do termo de compromisso de repasse com a secretaria municipal de saúde que ocorrerá após fluxo processual.

9 – OBRIGAÇÕES

9.1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso;
II – Suspender repasses em caso de não prestação de contas pelo Proponente.
III – realizar os repasses dos recursos à unidade assistida após a homologação do plano de trabalho.

9.2 – Do Fundo Municipal de Saúde

I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
II – realizar o repasse mediante assinatura do termo de repasse após o fluxo processual na Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho e ordens de pagamento.

9. 3 – Da Unidade Assistida

I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis. Os recursos deverão ser destinados exclusivamente para melhoria do atendimento dos usuários do SUS, sendo vedada a utilização direta ou indireta para a rede privada de saúde.
II – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do Projeto em:

a) taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;
b) pagamento de aposentadorias e pensões;
c) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade;
d) finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda que em caráter de emergência;
e) atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;
f) despesas com publicidade;
g) despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e

h) despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.

III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;
IV – Quando a liberação dos recursos ocorrer de forma parcelada, realizar a prestação de contas do total do montante de recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;
V – Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta-corrente, aberta especificamente para este fim.

10 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestação de Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

11 – DECLARAÇÃO DA UNIDADE ASSISTIDA

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde – SMS-GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos da administração pública, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, na forma deste Plano de Trabalho.

Goiânia em 15/04/2024 gov.br Documento assinado digitalmente WILLIAN DA SILVA GOMES Data: 15/04/2024 09:25:49-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES - PRESIDENTE

12 – DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

Goiânia em ___/___/____

WILSON MODESTO POLLARA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAUDE DE GOIÂNIA

ANEXO (SOMENTE PARA OBJETO: CUSTEIO)

PLANILHA DE CUSTEIO – RELAÇÃO DE ITENS QUE SERÃO CUSTEADOS:

SEQUENCIA	DESCRIÇÃO ITEM	UNIDADE	QTDE	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	**CONSULTA OFTALMOLOGICA** completa com todos os exames necessário para identificação de possível déficit em unidade de atendimento *móvel.*	UND.	500	R$140,00	R$70.000,00
2	**OCULOS DE GRAU MONOFOCAL,** armação de acetato/metal e lentes. Acompanhado com estojo e lenço	UND.	120	R$250,00	R$30.000,00
3	**OCULOS DE GRAU MULTIFOCAL,** armação de	UND.	280	R$357,14	R$100.000,00

	acetato/metal e lentes. Acompanhado com estojo e lenço				
				TOTAL GERAL:	R$200.000,00

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 15/04/2024 09:12:49-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

TERMO DE FOMENTO Nº 171/2024, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI.

O MUNICÍPIO DE GOIANIA, pessoa jurídica de direto interno, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Goiânia, Capital do Estado de Goiás, sito à Av. do Cerrado, nº 999 Park Lozandes - CEP: 74884-900, Goiânia-Go, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 37.623.352/0001-03, doravante designada simplesmente **COMPROMITENTE (UNIDADE REPASSADORA)** neste ato representado por **WILSON MODESTO POLLARA** brasileiro, casado, portador da cédula de identidade n.º 4.202.267-8 SSP/SP e do CPF/MF sob o n.º 404.708.308-91, com poderes constituídos por meio do Decreto n° 4.562 de 02/10/2023 e a **CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI**., doravante denominada **COMPROMISSÁRIA (UNIDADE DE REFERÊNCI** inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.468/0001-60, com sede na Avenida C 255, nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba, em Goiânia/GO, CEP: 74.280-010, neste ato representada por **Willian da Silva Gomes**, portador do documento de identificação 2080146 SSP/GO e inscrito sob o Cadastro de Pessoas Físicas CPF sob o nº 549.661.831-20, que exerce a função de Presidente, resolvem celebrar este **TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO**, com fundamento no Processo SEI 24.29.000014895-3 e regendo-se pelo disposto na Lei Nacional nº 13.019, de 31 de julho de 2014, demais atos normativos aplicáveis.

Esta parceria decorre do repasse de recursos municipais derivados de emenda parlamentar destinados à entidade, conforme Plano de Trabalho aprovado, nos termos autorizados pela Lei nº 11.134, de 10 de janeiro de 2024 (que estima receita e fixa despesa do município de Goiânia para o exercício financeiro de 2024), objeto do processo administrativo SEI 24.29.000014895-3.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Este instrumento tem por objeto a celebração de parceria, em regime de mútua colaboração, destinada ao repasse de recursos municipais derivados da emenda parlamentar nº 152/2024 do(a) vereador(a) Dr, Gian, de natureza impositiva à Lei Orçamentária Anual em observância ao § 8º do artigo 138 da Lei Orgânica do Município de Goiânia sobre o repasse financeiro destinado as instituições a ações e serviços públicos de saúde. O ajuste tem como fundamento a Lei Complementar nº 101/2000, Lei Federal nº 14.133/2021, no que couber, e no Decreto Federal nº 11.531, de 16 de maio de 2023, conforme detalhamento contido no Plano de Trabalho, em anexo a este instrumento.

1.2 O objeto deste Termo de Fomento não consiste, envolve ou inclui, direta ou indiretamente, delegação das funções de regulação, fiscalização, de exercício do poder de polícia ou outras atividades exclusivas do Estado.

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR GLOBAL DA PARCERIA E DOTAÇÃO

2.1 Este instrumento envolve transferência de recursos financeiros do MUNICÍPIO DE GOIANIA a o CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, conforme cronograma de desembolso previsto no Plano de Trabalho.

2.2 O valor global dos recursos públicos destinados à parceria é de R$ 200.000,00 (duzentos mil reais);

2.3 A despesa correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária: *2024.2150.10.302.0094.2782.33504100.102*

CLÁUSULA TERCEIRA - PRAZO DE VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

3.1 Este Termo de Fomento terá vigência de 12 (doze) meses, conforme descrito no Plano de Trabalho, contados a partir da publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Município.

3.2 A vigência deste instrumento pode ser prorrogada, mediante Termo Aditivo, por solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à administração pública em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término inicialmente previsto.

3.3 A prorrogação de ofício da vigência deste Termo de Fomento deve ser procedida pela Administração Pública quando der causa a atraso na liberação dos recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado, com a devida comunicação à instituição.

CLÁUSULA QUARTA - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

4.1 As parcelas dos recursos transferidos no âmbito desta parceria serão liberadas em estrita conformidade com o respectivo cronograma de desembolso.

4.2 Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica.

4.3 Toda a movimentação de recursos no âmbito da parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final.

4.4 Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

4.5 Nas parcerias cuja duração exceda um ano, a liberação das parcelas está condicionada à apresentação da prestação de contas ao término de cada exercício.

CLÁUSULA QUINTA – CONTRAPARTIDA

5.1. Realização de exames Oftalmológicos Abrangentes

5.2. Consulta Oftalmológica minuciosa;

5.3. Exames especializados;

5.4. Identificação precoce de doenças crônicas;

5.5. Prontuário Eletrônico Acessível;

5.6. Compromisso com a Regularidade e Acessibilidade;

5.7. Recebimento Especializado para Confecção de óculos;

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADES

6.1 Para a consecução das finalidades de interesse público e recíproco que constituem o objeto deste Termo de Fomento, comprometem-se os Parceiros a executar a integralidade das obrigações assumidas, no âmbito das respectivas competências.

6.2 São responsabilidades do Município de Goiânia:

6.2.1 Acompanhar a execução da parceria e zelar pelo cumprimento do disposto neste instrumento, na Lei Nacional n°13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis;

6.2.2 Designar Gestor que será o responsável pela gestão da parceria, com poderes de controle e de fiscalização;

6.2.3 Registrar os atos de celebração, alienação, liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização da execução e a prestação de contas do presente Termo de Fomento;

6.2.4 Transferir à OSC os recursos financeiros da parceria, de acordo com o cronograma de desembolso, constante do Plano de Trabalho;

6.2.5 Viabilizar o acompanhamento pela Internet do processo de liberação de recursos da parceria celebrada;

6.2.6 Assumir ou transferir a terceiro a responsabilidade pela execução do objeto da parceria, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

6.2.7 Divulgar o objeto da parceria, nos termos da legislação e orientar a Entidade sobre como fazê-lo;

6.2.8 Manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;

6.2.9 Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria;

6.2.10 Publicar o Extrato deste Termo no meio oficial de publicidade da administração pública;

6.2.11 Apreciar as solicitações apresentadas pela Entidade no curso da execução da parceria;

6.2.12 Orientar a Entidade quanto à prestação de contas, e

6.2.13 Analisar e julgar as contas apresentadas pela Entidade.

6.3 São responsabilidades da Entidade:

6.3.1 Informar ao Município de Goiânia quaisquer alterações estatutárias, incluindo a de composição de sua Diretoria, por ocasião de sua eventual ocorrência;

6.3.2 Divulgar, na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que

exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a administração pública;

6.3.3 Executar o objeto da parceria de acordo com o Plano de Trabalho, observado o disposto neste instrumento, na Lei Nacional n°13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis.

6.3.4 Com exceção dos compromissos assumidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, neste instrumento, responsabilizar-se por todas as providências necessárias à execução do objeto da parceria, inclusive por:

I - obter alvarás e licenças necessárias para a continuidade das atividades;

II - obter alvarás e licenças para execução da obra de construção de nova edificação;

III - providenciar recursos humanos e materiais para consecução das atividades do objeto da parceria;

IV - realizar a destinação adequada dos resíduos e efluentes gerados;

V - realizar a manutenção das instalações físicas, quando necessário;

6.3.5 Apresentar ao parceiro público o comprovante de abertura da conta bancária específica no Banco Itaú, isenta de tarifa bancária, destinada exclusivamente a receber e movimentar os recursos vinculados à parceria;

6.3.6 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal;

6.3.7 Na realização das compras e contratações de bens e serviços, adotar métodos usualmente utilizados pelo setor privado, zelando pela observância dos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade e da eficiência;

6.3.8 Realizar a movimentação de recursos da parceria mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final e realizar pagamentos por crédito na conta bancária dos fornecedores e prestadores de serviços;

6.3.9 Utilizar o regime de reembolso como medida excepcional, a ser adotada mediante autorização em decisão motivada do administrador público, desde que esteja comprovado o crédito na conta bancária dos fornecedores ou prestadores de serviços, nos termos do ato normativo setorial, quando houver;

6.3.10 Solicitar ao parceiro público, caso seja de seu interesse, remanejamentos de recursos e o uso dos rendimentos de ativos financeiros no objeto da parceria, indicando a consequente alteração no Plano de Trabalho, desde que ainda vigente este instrumento, o que poderá formalizado por apostila, nos termos do art. 57 da Lei n. 13.019/2014;

6.3.11 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo regular pagamento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto da parceria;

6.3.12 Apresentar os relatórios e outros documentos que sejam solicitados pela Administração Pública;

6.3.13 Prestar contas;

6.3.14 Permitir o livre acesso dos agentes do parceiro público, do controle interno e do Tribunal de Contas aos processos, aos documentos e às informações relacionadas à execução desta parceria, bem como aos locais de execução do objeto;

6.3.15 Manter sua regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária ao longo da vigência deste instrumento;

6.3.16 Reservar o percentual de 5% (cinco por cento) das vagas de mão de obra dos postos de trabalho não especializados, relacionadas ao cumprimento do respectivo objeto, para pessoas em situação de rua, na forma da Lei Municipal nº 10.462/2020.

6.4 Não implica responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a

6.4 Inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

6.5 No que tange ao tratamento de dados pessoais ou base de dados:

6.5.1 A instituição obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, inclusive em razão de licenciamento ou da operação dos programas/sistemas, nos termos da Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no presente instrumento.

6.5.2 A instituição obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas suficientes visando a segurança, a proteção, a confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais ou ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento não previstos.

6.5.3 A instituição não poderá utilizar-se de informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, para fins distintos ao cumprimento do objeto deste instrumento jurídico.

6.5.4 A instituição não poderá disponibilizar e/ou transmitir a terceiros, sem prévia autorização escrita, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

6.5.5 O dever de sigilo e confidencialidade, e as demais obrigações descritas na cláusula 6.5, permanecerão em vigor após a extinção das relações entre os Parceiros, bem como, entre a instituição e os seus colaboradores, subcontratados, consultores e/ou prestadores de serviços sob pena das sanções previstas na Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA - DESPESAS

7.1 Poderão ser pagas com recursos da parceria as despesas previstas no art. 46 da Lei n. 13.019/2019, assim como aquelas fixadas no Plano de Trabalho.

7.2 O pagamento de despesas com equipes de trabalho somente poderá ser autorizado quando demonstrado que tais valores:

i. correspondem às atividades e aos valores constantes do plano de trabalho, observada a qualificação técnica adequada à execução da função a ser desempenhada;

ii. são compatíveis com o valor de mercado e são proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado à parceria, devendo haver memória de cálculo do rateio, nos casos em que a remuneração for paga parcialmente com recursos da parceria, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa;

iii. não estão sendo utilizados para remunerar cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o segundo grau, de:

a) administrador, dirigente ou associado com poder de direção da instituição celebrante da

parceria;

b) agente público com cargo em comissão ou função de confiança que esteja lotado na unidade responsável pela execução da parceria no órgão ou entidade pública; ou

c) agente público cuja posição no órgão ou entidade pública seja hierarquicamente superior à chefia da unidade responsável pela execução da parceria.

7.3 Não poderão ser pagas com recursos da parceria as seguintes despesas:

a. despesas com finalidade alheia ao objeto da parceria;

b. pagamento, a qualquer título, de servidor ou empregado público, salvo nas hipóteses previstas em lei específica ou na lei de diretrizes orçamentárias;

c. pagamento de juros, multas e correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo, salvo quando as despesas tiverem sido causadas por atraso do parceiro público na liberação de recursos;

d. despesas com publicidade, salvo quando previstas no plano de trabalho, *v.g.* divulgação ou campanha de caráter educativo, informativo ou de orientação social, desde que não conste nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;

e. pagamento de despesa cujo fato gerador tiver ocorrido em data anterior ao início da vigência da parceria; e

f. pagamento de despesa em data posterior ao término da parceria, salvo quando o fato gerador da despesa tiver ocorrido durante a vigência do termo de fomento.

CLÁUSULA OITAVA - ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

8.1 O parceiro público poderá propor ou autorizar a alteração do Plano de Trabalho, desde que preservado o objeto, mediante justificativa prévia, por meio de termo aditivo ou termo de apostilamento;

8.2 Será celebrado termo aditivo nas hipóteses de alteração do valor global da parceria e em outras situações em que a alteração for indispensável ao atendimento do interesse público;

8.2.1 O parceiro público providenciará a publicação do extrato de termo aditivo no Diário Oficial do Município, assim como no sítio eletrônico oficial;

8.2.2 A variação inflacionária pode ser fundamento de solicitação da OSC de celebração de termo aditivo para alteração de valor global da parceria, desde que decorridos no mínimo 12 (doze) meses da data de aprovação do Plano de Trabalho, com observância do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – INPCA.

8.3 Será editado termo de apostilamento pelo parceiro público quando necessária a indicação de crédito orçamentário de exercícios futuros;

8.4 O remanejamento de pequeno valor e a aplicação de rendimentos de ativos financeiros poderão ser realizados pela OSC no curso da parceria, desde que em benefício da execução do objeto, observados os procedimentos e limites estabelecidos no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA NONA - TITULARIDADE DE BENS

9.1 Os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados em decorrência da execução da parceria serão de titularidade do Município de Goiânia;

9.1.1 Não se consideram bens permanentes aqueles que se destinam ao consumo.

9.2 Os bens permanentes não poderão ser alienados, ressalvadas as previsões específicas deste instrumento acerca dos bens inservíveis e das situações posteriores ao término da parceria;

9.3 Caso os bens se tornem inservíveis antes do término da parceria, a instituição solicitará orientação sobre quais providências deve tomar, tendo em vista a legislação de administração patrimonial de bens públicos;

9.4 Após o término da parceria, o parceiro público decidirá por uma das seguintes hipóteses:

a) manutenção dos bens em sua propriedade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até a retirada pelo parceiro público, que deverá ocorrer no prazo de 90 (noventa) dias após o término da parceria;

b) doação dos bens à instituição, caso não sejam necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado por execução direta ou por celebração de nova parceria com outra entidade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição; ou

c) doação dos bens a terceiros, desde que para fins de interesse social, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até sua retirada, que deverá ocorrer em até 60 (sessenta) dias após a edição do ato da doação.

CLÁUSULA DÉCIMA - GESTOR DA PARCERIA

10.1 Os agentes públicos responsáveis pela gestão da parceria de que trata este instrumento, com poderes de controle e fiscalização, serão designados em ato publicado no Diário Oficial do Município;

10.2 O parceiro público poderá designar técnicos responsáveis para subsidiar o gestor da parceria em relação à análise dos relatórios de execução do objeto e de execução financeira, se houver; dos lançamentos dos dados financeiros em plataforma eletrônica, e ainda para a elaboração de seu relatório de monitoramento e avaliação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

11.1 A comissão de monitoramento e avaliação é a instância administrativa colegiada responsável pelo monitoramento do conjunto de parcerias, pela proposta de aprimoramento dos procedimentos, pela padronização de objetos, custos e indicadores e pela produção de entendimentos voltados à priorização do controle de resultados, sendo de sua competência a avaliação e a homologação dos relatórios técnicos de monitoramento e avaliação.

11.2 A Comissão de Monitoramento e Avaliação, designada em ato publicado no Diário Oficial do Município de Goiânia, atuará em caráter preventivo e saneador, visando o aprimoramento dos procedimentos, a padronização e a priorização do controle de resultados;

11.3 As atividades de monitoramento e avaliação desta parceria dar-se-ão por intermédio de:

a) reuniões entre representante do parceiro público e da entidade;

b) elaboração de relatórios contendo o acompanhamento das atividades, indicadores e metas, previstas no Plano de Trabalho;

c) visita técnica *in loco* para subsidiar o monitoramento da parceria;

d) averiguação formal quanto a denúncias aceitas.

(Deve a Administração especificar os meios disponíveis conforme o caso)

11.4 As ações de monitoramento e avaliação poderão utilizar ferramentas tecnológicas, tais como redes sociais na internet, aplicativos e outros mecanismos que permitam verificar os resultados da parceria;

11.5 A Comissão de Monitoramento e Avaliação homologará o relatório técnico de monitoramento e avaliação, emitido pelo gestor da parceria, que conterá:

a) descrição sumária do objeto e análise das atividades realizadas, com foco no cumprimento das metas e no benefício social da execução do objeto;

b) valores transferidos pela Município;

c) seção sobre achados de auditoria e respectivas medidas saneadoras, nos casos de auditorias pelos órgãos de controle interno ou externo, voltadas a esta parceria, caso tenham ocorrido.

11.6 O gestor da parceria analisará os relatórios de execução do objeto e os relatórios de execução financeira, se houver, e emitirá Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação da parceria e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada para possível homologação.

11.7 Na hipótese de o relatório técnico de monitoramento e avaliação evidenciar irregularidade e/ou inexecução parcial do objeto, o gestor da parceria notificará a entidade para que possa, no prazo de 30 (trinta) dias sanar a irregularidade, cumprir a obrigação ou apresentar justificativa para impossibilidade de saneamento da irregularidade ou cumprimento da obrigação;

11.8 Na hipótese de permanecer a existência de irregularidade ou inexecução parcial do objeto, mesmo após a notificação da entidade para saná-las, o relatório técnico parcial de monitoramento e avaliação poderá concluir pela rescisão unilateral da parceria, determinando a devolução dos valores repassados relacionados à irregularidade ou inexecução apurada ou à prestação de contas não apresentada e, em não havendo a referida devolução, proceder-se-á à instauração de tomada de contas especial.

11.9Nas hipóteses em que, por meio do monitoramento e avaliação da parceria, se constate a existência de evidências de irregularidades na aplicação de parcelas anteriormente recebidas; desvio de finalidade da aplicação dos recursos ou o inadimplemento da entidade em relação a obrigações estabelecidas no presente Termo de Fomento; ou de situação em que a entidade deixe de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pelo parceiro público ou pelos órgãos de controle interno ou externo, o MUNICÍPIO reterá as parcelas dos recursos financeiros destinados à execução da parceria, até o saneamento das impropriedades constatadas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

12.1 A prestação de contas será um procedimento de acompanhamento sistemático da parceria, voltado à demonstração e verificação do cumprimento de metas e resultados, que observará o disposto na Lei nº

13.019/2014;

12.2 A prestação de contas e todos os atos que dela decorram dar-se-ão, preferencialmente, em plataforma eletrônica, permitindo a visualização por qualquer interessado.

12.3 A organização da sociedade civil prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no prazo de até 90 (noventa) dias a partir do término da vigência da parceria ou no final de cada exercício, se a duração da parceria exceder um ano, prorrogáveis por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado.

12.4 A entidade deverá apresentar, conforme previsto no plano de trabalho, relatório de execução do objeto, na plataforma eletrônica.

12.5 Se a duração da parceria exceder um ano, a organização da sociedade civil deverá apresentar prestação de contas ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

12.6 Pode a administração pública promover a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

12.7 Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a entidade deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.

12.8 A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

12.8.1 Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

12.8.2 Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

12.8.3 A análise da prestação de contas considerará a verdade real e os resultados alcançados.

12.8.4 A prestação de contas da parceria observará regras específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos, nos termos das disposições e procedimentos estabelecidos conforme previsto no plano de trabalho e no termo de fomento.

12.9 A prestação de contas relativa à execução do termo de fomento dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, e dos seguintes relatórios:

a) relatório de execução do objeto, elaborado pela entidade, contendo as atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;

b) relatório de execução financeira do termo de fomento, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto, na hipótese de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

c) relatório de visita técnica *in loco* eventualmente realizada durante a execução da parceria;

d) relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada, sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução do termo de colaboração ou de fomento.

12.10 O **relatório de execução do objeto** deverá conter:

a) descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto, a fim de demonstrar o alcance das metas e dos resultados esperados;

b) comprovação documental do cumprimento do objeto, como listas de presença, fotos, depoimentos de tutores, vídeos e outros suportes;

c) documentos sobre o grau de satisfação do público alvo, que poderão consistir em resultado de pesquisa de satisfação realizada no curso da parceria, declarações de entidade pública ou privada local, ou manifestação do conselho setorial.

12.11 O **relatório de execução financeira,** necessário quando não for comprovado o alcance das metas ou quando houver evidência de existência de ato irregular, conterá:

a) relação das despesas e receitas realizadas, inclusive rendimentos financeiros, que possibilitem a comprovação da observância do Plano de Trabalho;

b) relação de bens adquiridos, produzidos ou transformados, quando houver;

c) comprovante de devolução do saldo remanescente da conta bancária específica, quando houver;

d) extrato da conta bancária específica;

e) cópia simples das notas e dos comprovantes fiscais ou recibos, com data, valor, dados da instituição e do fornecedor, além da indicação do produto ou serviço; e

f) memória de cálculo do rateio das despesas, nos casos em que algum item do Plano de Trabalho for pago proporcionalmente com recursos da parceria, a fim de demonstrar que não houve duplicidade ou sobreposição de fontes de recursos no custeio de um mesmo item.

12.12 O gestor emitirá **parecer técnico** de análise de prestação de contas da parceria celebrada.

12.12.1 No caso de prestação de contas única, o gestor emitirá parecer técnico conclusivo para fins de avaliação do cumprimento do objeto.

12.12.2 Para fins de avaliação quanto à eficácia e efetividade das ações em execução ou que já foram realizadas, os pareceres técnicos de que trata esta cláusula mencionarão:

- os resultados já alcançados e seus benefícios;

- os impactos econômicos ou sociais;

- o grau de satisfação do público-alvo;

- a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

12.13 O parecer técnico sobre o relatório de execução do objeto, considerando o teor do relatório técnico de monitoramento e avaliação, consistirá na verificação do cumprimento do objeto, podendo o gestor da parceria:

a) concluir que houve cumprimento integral do objeto ou cumprimento parcial com justificativa suficiente quanto às metas não alcançadas; ou

b) concluir que o objeto não foi cumprido e que não há justificativa suficiente para que as metas não tenham sido alcançadas, o que implicará emissão de parecer técnico preliminar indicando glosa dos valores relacionados a metas descumpridas sem justificativa suficiente.

12.14 A análise do relatório de execução financeira será realizada mediante parecer técnico que examinará a conformidade das despesas constantes na relação de pagamentos com as previstas no Plano de Trabalho, considerando a análise da execução do objeto; e verificará a conciliação bancária, por meio da correlação entre as despesas da relação de pagamentos e os débitos na conta.

12.15 A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública concluirá, alternativamente, pela:

a) aprovação da prestação de contas;

b) aprovação da prestação de contas com ressalvas; ou

c) rejeição da prestação de contas e determinação de imediata instauração de tomada de contas especial.

12.16 As impropriedades que derem causa à rejeição da prestação de contas serão registradas em plataforma eletrônica de acesso público, e serão levadas em consideração por ocasião da assinatura de futuras parcerias com a administração pública.

12.17 Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogável, no máximo, por igual período, para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação.

12.17.1 Transcorrido o prazo para saneamento da irregularidade ou da omissão, não havendo o saneamento, a autoridade administrativa competente, adotará as providências para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis, quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, nos termos da legislação vigente.

12.18 A administração pública apreciará a prestação final de contas apresentada, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

12.18.1 O transcurso do prazo definido nos termos do caput sem que as contas tenham sido apreciadas não significa impossibilidade de apreciação em data posterior ou vedação a que se adotem medidas saneadoras, punitivas ou destinadas a ressarcir danos que possam ter sido causados aos cofres públicos;

12.19 As prestações de contas serão avaliadas:

I- **regulares**, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas

estabelecidos no plano de trabalho;

II - **regulares com ressalva**, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III- **irregulares**, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

12.20 A entidade poderá apresentar recurso administrativo no prazo de 15 (quinze) dias após sua notificação quanto à decisão final de julgamento das contas.

12.20.1 O recurso será dirigido à autoridade que proferiu a decisão, a qual, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias, encaminhará o recurso à autoridade superior.

12.21 Exaurida a fase recursal, no caso de aprovação com ressalvas, o parceiro público providenciará o registro na plataforma eletrônica das causas das ressalvas, que terá caráter educativo e preventivo, o que deve ser considerado na eventual aplicação de sanções.

12.22 Exaurida a fase recursal, no caso de rejeição das contas, o parceiro público notificará a instituição para devolução dos recursos de forma integral.

12.22.1 Não havendo dolo ou fraude, a entidade poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito no termo de fomento e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - SANÇÕES

13.1 A execução da parceria em desacordo com o Plano de Trabalho, com este instrumento, com o disposto na Lei Nacional nº 13.019/2014 ou nas demais disposições normativas aplicáveis, enseja aplicação à OSC, garantida prévia defesa, das seguintes sanções:

I - advertência;

II - suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

III - declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo.

13.1.1 A sanção de advertência tem caráter educativo e preventivo e será aplicada quando verificadas irregularidades que não justifiquem a aplicação de penalidade mais severa.

13.1.2 A sanção de suspensão temporária será aplicada nos casos em que forem verificadas irregularidades na celebração, execução ou prestação de contas da parceria e não se justificar a imposição de penalidade mais grave, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os danos que dela provieram para o MUNICÍPIO.

13.1.3 As sanções estabelecidas nos incisos II e III são de competência exclusiva do Secretário Municipal.

13.2 É facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista.

13.3 A reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de aplicação da penalidade.

13.3.1 Aplicada a sanção de declaração de inidoneidade, será possível a reabilitação da OSC quando esta ressarcir a administração pública municipal pelos prejuízos resultantes.

13.4 Da decisão administrativa sancionadora cabe recurso administrativo, no prazo de dez dias.

13.4.1 No caso da sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o recurso cabível é o pedido de reconsideração.

13.5Na hipótese de aplicação de sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o impedimento da OSC deverá ser lançado no Sistema Integrado de Gestão Governamental - SIGGO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - RESCISÃO E DENÚNCIA

14.1 O presente TERMO DE FOMENTO poderá ser denunciado pelos partícipes, a qualquer tempo, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência para a publicidade dessa intenção;

14.2 O parceiro público poderá rescindir unilateralmente este instrumento, nos casos de descumprimento do disposto na Lei nº 13.019/2014, notadamente, inexecução do objeto, utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho, inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas ou constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção nos documentos apresentados pelo parceiro privado.

14.3 A rescisão da parceria será formalizada por meio de Termo de Rescisão, no qual seja definido, no mínimo, o prazo para apresentação da prestação de contas final e a titularidade dos bens remanescentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - FORO

15.1.As dúvidas decorrentes da execução da parceria serão objeto de prévia tentativa de solução administrativa, com a participação de órgão encarregado de assessoramento jurídico integrante da estrutura da administração pública;

15.2.Nos casos em que frustrada a solução administrativa, é competente o Foro da Comarca de Goiânia, em uma das suas Varas da Fazenda Pública, para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos decorrentes da parceria.

Goiânia , data da última assinatura eletrônica

Wilson Modesto Pollara
Secretário Municipal de Saúde

Willian da Silva Gomes
Presidente - Centro de Gestão Integrada

Documento assinado eletronicamente por **Cgi centro de gestão integrada registrado(a) civilmente como WILLIAN DA SILVA GOMES**, **Usuário Externo**, em 04/06/2024, às 10:10, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Wilson Modesto Pollara**, **Secretário Municipal de Saúde**, em 05/06/2024, às 17:17, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Camila Gomes Urzeda**, **Assistente Administrativa**, em 05/06/2024, às 17:34, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Eliel Amorim da Silva**, **Gerente de Contratos e Convênios e Credenciamentos**, em 07/06/2024, às 10:06, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://www.goiania.go.gov.br/sei informando o código verificador **4312857** e o código CRC **00772243**.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

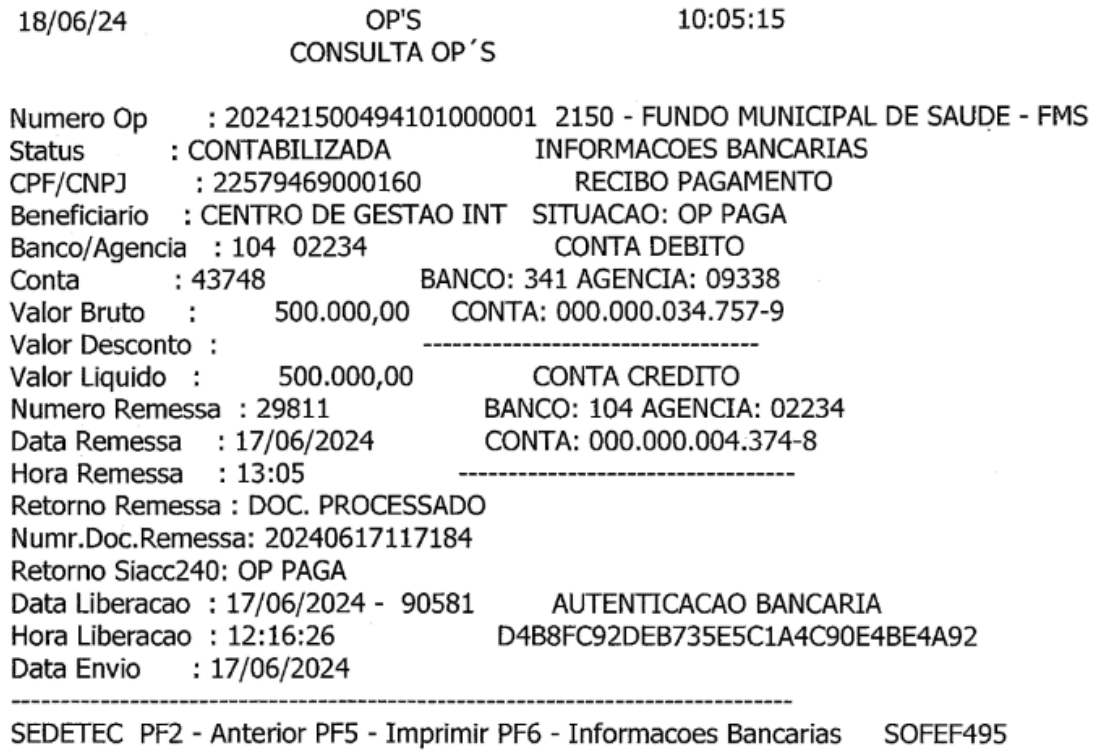
TERMO DE FOMENTO

- Origem do Recurso: Emenda Parlamentar Municipal número 479, de autoria da parlamentar Léia Klébia, no valor de R$ 500.000,00, em razão do Termo de Fomento n°203/2024
- Processo: 24.29.000016633-1

OBJETO

promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia.

- 225 CIRURGIAS DE CATARATA
- 40 CIRURGIA DE PTERÍGIO



18/06/24 OP'S 10:05:15
CONSULTA OP´S

Numero Op : 202421500494101000001 2150 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS
Status : CONTABILIZADA INFORMACOES BANCARIAS
CPF/CNPJ : 22579469000160 RECIBO PAGAMENTO
Beneficiario : CENTRO DE GESTAO INT SITUACAO: OP PAGA
Banco/Agencia : 104 02234 CONTA DEBITO
Conta : 43748 BANCO: 341 AGENCIA: 09338
Valor Bruto : 500.000,00 CONTA: 000.000.034.757-9
Valor Desconto : ----------
Valor Liquido : 500.000,00 CONTA CREDITO
Numero Remessa : 29811 BANCO: 104 AGENCIA: 02234
Data Remessa : 17/06/2024 CONTA: 000.000.004.374-8
Hora Remessa : 13:05 ----------
Retorno Remessa : DOC. PROCESSADO
Numr.Doc.Remessa: 20240617117184
Retorno Siacc240: OP PAGA
Data Liberacao : 17/06/2024 - 90581 AUTENTICACAO BANCARIA
Hora Liberacao : 12:16:26 D4B8FC92DEB735E5C1A4C90E4BE4A92
Data Envio : 17/06/2024

SEDETEC PF2 - Anterior PF5 - Imprimir PF6 - Informacoes Bancarias SOFEF495

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO- CUSTEIO

CONCEDENTE

Órgão: **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – GO (SMS-GO)**	
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	Processo:
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

1 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: **Fundo Municipal De Saúde de Goiânia.**	CNPJ do FMS: **37.623.352/0001-03**
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

2 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Entidade: Centro de Gestão Integrada - CGI			**CNPJ:** 22.579.469/0001-60
Endereço: Avenida C-255 nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, Salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba			
Bairro: Setor Nova Suiça	**Cidade:** Goiânia/GO		**CEP:** 74.280-010
E-mail CGI_hosp@gmail.com	**Site:**		**Telefone:** (62) 9 8288-1036
Nome do Responsável: André Luiz K. Freitas e Silva			**CPF:** 968.872.301-00
Serviços ofertados: ( )Ambulatorial ( )Internação ( )UTI ( )SADT ( )Hospital dia			**(X)Outros:**
Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos			
BANCO	CONTA	OP	AG

CGI
Centro de Gestão Integrada

1 –DESCRIÇÃO DO PROJETO:

A cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde ocular. Com uma população diversificada e em crescimento, estimada em mais de 1,5 milhão de habitantes, a demanda por cuidados oftalmológicos é substancial. Entre esses habitantes, destacam-se grupos vulneráveis adultos de baixa renda, idosos e moradores de áreas rurais, que enfrentam dificuldades adicionais para acessar serviços de saúde adequados. Estima-se que cerca de 35% deste grupo em destaque enfrenta dificuldade visual que poderia ser corrigido com cirurgias eletivas voltadas para visão. Além disso, os adultos de baixa renda e os idosos enfrentam uma maior incidência de doenças oculares crônicas, como catarata e pterigio, que, se não tratadas adequadamente, podem levar a complicações graves e até mesmo à cegueira. A distribuição desigual dos serviços oftalmológicos na cidade é um problema adicional. Embora existam clínicas e hospitais especializados, muitos deles estão concentrados em áreas urbanas centrais, dificultando o acesso para os residentes de bairros periféricos e áreas rurais. Goiânia é composta por dezenas de bairros, cada um com suas próprias características e necessidades específicas. A falta de unidades de saúde ocular em locais estratégicos contribui para a demanda reprimida e para o agravamento dos problemas de visão entre a população local. Apresentado isso, o projeto visa atender esta população com cirurgias eletivas de forma eficiente visando diminuir a demanda reprimida e beneficiar este grupo que precisa de cirurgias como catarata e pterigio.

2.IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

2.1 REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA:

Nesta atividade serão realizadas cirurgias para aquelas pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

2.2 REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE PTERIGIO:

Nesta atividade serão realizadas cirurgias para aquelas pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

3. VALOR DO RECURSO:

R$500.000,00 (QUINHETOS MIL REAIS)

4. ORIGEM DO RECURSO:

EMENDA IMPOSITIVA N°479 – VEREADORA LEIA KLEBIA

5. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DO RECURSO:

A cidade de Goiânia, assim como muitas outras metrópoles brasileiras, enfrenta uma série de desafios no que tange ao acesso aos serviços de saúde ocular. Diante da significativa demanda reprimida Pr cirurgias oftalmológicas, é imperativo que medidas sejam tomadas para diminuir a fila de espera para

que as necessidades não se agravem cada vez mais chegando a nivel irreversível como, por exemplo, a perda total da visão.

6. RESULTADOS ESPERADOS:

Esses resultados pretendidos refletem o compromisso do projeto em melhorar a saúde ocular e o bem-estar geral da comunidade atendida, promovendo a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e contribuindo para um futuro mais saudável e próspero para todos

1. Redução da Demanda por Atendimento Cirurgico Oftalmologico:

O projeto visa reduzir significativamente a fila de espera por cirurgias oftalmológicas, diminuindo a demanda por atendimento ambulatorial nas unidades de saúde e hospitais, proporcionando um acesso mais rápido e eficiente aos procedimentos necessários.

2. Ampliação do Acesso à Saúde Oftalmológica:

Espera-se que o projeto amplie o acesso à saúde oftalmológica especializada para a população, proporcionando cirurgias que anteriormente eram inacessíveis para muitos pacientes, especialmente aqueles de baixa renda ou em áreas remotas.

3. Melhoria da Qualidade de Vida da População:

A redução do tempo de espera por cirurgias oftalmológicas e o acesso ampliado aos procedimentos necessários devem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população, permitindo uma recuperação visual eficaz e reduzindo o impacto das condições oftalmológicas na vida diária dos pacientes.

4. Satisfação dos Usuários:

O projeto visa alcançar um alto nível de satisfação dos usuários, oferecendo cirurgias oftalmológicas de qualidade, um atendimento humanizado e centrado nas necessidades dos pacientes, promovendo o bem-estar e a confiança no sistema de saúde oftalmológica.

7. PRAZO:

Tempo de execução: 12 (doze) meses.	Início: A partir do início da vigência no Temo de Compromisso.

8 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

Essas metas e indicadores fornecerão uma estrutura para avaliar o progresso e o impacto do projeto de atendimento cirurgico oftalmológico, garantindo sua eficácia na promoção da saúde ocular e no atendimento às necessidades da comunidade.

1. Número de Atendimentos Realizados:

- Meta: Realizar um total de 225 cirurgias de catarata e 40 cirurgias de pterigio durante o período do projeto.
- Indicador: Número de cirurgias oftalmológicas realizadas, registradas mensalmente.

2. Satisfação do Paciente:

- Meta: Alcançar uma taxa de satisfação do paciente de pelo menos 90%.
- Indicador: Pesquisas de satisfação realizadas com os pacientes atendidos, avaliando a qualidade dos serviços, o tempo de espera, a cortesia do atendimento, entre outros aspectos.

3. Cobertura da População-Alvo:

- Meta: Garantir que pelo menos 80% da população-alvo (como idosos, trabalhadores rurais e pessoas de baixa renda) sejam atendidos pelo projeto.
- Indicador: Percentual da população-alvo que foi beneficiado com a cirurgia em relação à população total estimada da área de abrangência.

4. Objetivo geral a ser alcançado com a execução do Objeto (item 14.1 Guia Emendas Parlamentares)

O objetivo geral da execução do objeto é proporcionar acesso universal e acessível a cirurgias de catarata e pterígio para a população, visando melhorar significativamente a saúde ocular e a qualidade de vida dos pacientes. Por meio deste projeto, busca-se eliminar as barreiras financeiras e de acesso que impedem muitas pessoas de receber tratamento oftalmológico adequado, garantindo que todos tenham a oportunidade de restaurar sua visão e prevenir complicações relacionadas às condições oftalmológicas. Ao proporcionar cirurgias oftalmológicas de qualidade, o projeto visa reduzir a incidência de cegueira evitável e promover uma comunidade mais saudável e produtiva.

9 . CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

	MÊS											
AÇÕES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Recebimento do recurso	X											
Planejamento e Preparação	X	X										
Cirurgias			x	x	x	x	x	X	x	x	X	
Encerramento e Relatório Final												x

10– VALOR DO PROJETO

Valor Global: R$ R$ 500.000,00	

11– CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

- Meta: Alcançar uma taxa de satisfação do paciente de pelo menos 90%.
- Indicador: Pesquisas de satisfação realizadas com os pacientes atendidos, avaliando a qualidade dos serviços, o tempo de espera, a cortesia do atendimento, entre outros aspectos.

3. Cobertura da População-Alvo:

- Meta: Garantir que pelo menos 80% da população-alvo (como idosos, trabalhadores rurais e pessoas de baixa renda) sejam atendidos pelo projeto.
- Indicador: Percentual da população-alvo que foi beneficiado com a cirurgia em relação à população total estimada da área de abrangência.

4. Objetivo geral a ser alcançado com a execução do Objeto (item 14.1 Guia Emendas Parlamentares)

O objetivo geral da execução do objeto é proporcionar acesso universal e acessível a cirurgias de catarata e pterígio para a população, visando melhorar significativamente a saúde ocular e a qualidade de vida dos pacientes. Por meio deste projeto, busca-se eliminar as barreiras financeiras e de acesso que impedem muitas pessoas de receber tratamento oftalmológico adequado, garantindo que todos tenham a oportunidade de restaurar sua visão e prevenir complicações relacionadas às condições oftalmológicas. Ao proporcionar cirurgias oftalmológicas de qualidade, o projeto visa reduzir a incidência de cegueira evitável e promover uma comunidade mais saudável e produtiva.

9 . CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

	MÊS											
AÇÕES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Recebimento do recurso	X											
Planejamento e Preparação	X	X										
Cirurgias			x	x	x	x	x	X	x	x	X	
Encerramento e Relatório Final												x

10– VALOR DO PROJETO

Valor Global: R$ R$ 500.000,00	

11– CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela única	R$ R$ 500.000,00
Data do Desembolso:	Após a assinatura do termo de compromisso de repasse com a secretaria municipal de saúde que ocorrerá após fluxo processual.

12– OBRIGAÇÕES

12,1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso;
II – Suspender repasses em caso de não prestação de contas pelo Proponente.
III – realizar os repasses dos recursos à unidade assistida após a homologação do plano de trabalho.

12.2 – Do Fundo Municipal de Saúde

I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
II – realizar o repasse mediante assinatura do termo de repasse após o fluxo processual na Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho e ordens de pagamento.

12.3 – Da Unidade Assistida

I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis. Os recursos deverão ser destinados exclusivamente para melhoria do atendimento dos usuários do SUS, sendo vedada a utilização direta ou indireta para a rede privada de saúde.

II – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do Projeto em:

a) taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;
b) pagamento de aposentadorias e pensões;
c) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade;
d) finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda queem caráter de emergência;
e) atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;
f) despesas com publicidade;
g) despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e

h) despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.

III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, aqualquer momento ou época, independente de aviso prévio;
IV – Quando a liberação dos recursos ocorrer de forma parcelada, realizar a prestação de contas do total do montante de recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;
V – Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta-corrente, aberta especificamentepara este fim.

13– DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestaçãode Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

14– DECLARAÇÃO DA UNIDADE ASSISTIDA:

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde – SMS-GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos da administração pública, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, na forma deste Plano de Trabalho.

Goiânia em 22/04/2024

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 16:52:23-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES - PRESIDENTE

15– DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

Goiânia em____/___/_____

WILSON MODESTO POLLARA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAUDE DE GOIÂNIA

PLANILHA DE CUSTEIO – RELAÇÃO DE ITENS QUE SERÃO CUSTEADOS:

SEQUENCIA	DESCRIÇÃO ITEM	UNIDADE	QTDE	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	CIRURGIA DE CATARATA	UND.	225	R$2.000,00	R$450.000,00
2	CIRURGIA DE PTERIGIO	UND.	40	R$1.250,00	R$50.000,00
				TOTAL GERAL:	R$500.000,00

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 16:54:10-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES - PRESIDENTE

TERMO DE FOMENTO Nº 203/2024, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI.

O MUNICÍPIO DE GOIANIA, pessoa jurídica de direto interno, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, com sede em Goiânia, Capital do Estado de Goiás, sito à Av. do Cerrado, nº 999 Park Lozandes - CEP: 74884-900, Goiânia-Go, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 37.623.352/0001-03, doravante designada simplesmente **COMPROMITENTE (UNIDADE REPASSADORA)** neste ato representado por **WILSON MODESTO POLLARA** brasileiro, casado, portador da cédula de identidade n.º 4.202.267-8 SSP/SP e do CPF/MF sob o n.º 404.708.308-91, com poderes constituídos por meio do Decreto n° 4.562 de 02/10/2023 e a **CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI**., doravante denominada **COMPROMISSÁRIA (UNIDADE DE REFERÊNCI** inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.468/0001-60, com sede na Avenida C 255, nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba, em Goiânia/GO, CEP: 74.280-010, neste ato representada por **Willian da Silva Gomes**, portador do documento de identificação 2080146 SSP/GO e inscrito sob o Cadastro de Pessoas Físicas CPF sob o nº 549.661.831-20, que exerce a função de Presidente, resolvem celebrar este **TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO**, com fundamento no Processo SEI 24.29.000016633-1 e regendo-se pelo disposto na Lei Nacional nº 13.019, de 31 de julho de 2014, demais atos normativos aplicáveis.

Esta parceria decorre do repasse de recursos municipais derivados de emenda parlamentar destinados à entidade, conforme Plano de Trabalho aprovado, nos termos autorizados pela Lei nº 11.134, de 10 de janeiro de 2024 (que estima receita e fixa despesa do município de Goiânia para o exercício financeiro de 2024), objeto do processo administrativo SEI 24.29.000016633-1.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Este instrumento tem por objeto a celebração de parceria, em regime de mútua colaboração, destinada ao repasse de recursos municipais derivados de emenda parlamentar nº 479/2024 do(a) vereador(a) Leia Klebia, conforme detalhamento contido no Plano de Trabalho, em anexo a este instrumento.

1.2 O objeto deste Termo de Fomento não consiste, envolve ou inclui, direta ou indiretamente, delegação das funções de regulação, fiscalização, de exercício do poder de polícia ou outras atividades exclusivas do Estado.

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR GLOBAL DA PARCERIA E DOTAÇÃO

2.1 Este instrumento envolve transferência de recursos financeiros do MUNICÍPIO DE GOIANIA ao CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, conforme cronograma de desembolso previsto no Plano de Trabalho.

2.2 O valor global dos recursos públicos destinados à parceria é de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais);

2.3 A despesa correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária: *2024.2150.10.302.0094.2782.33504100.102*

CLÁUSULA TERCEIRA - PRAZO DE VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

3.1 Este Termo de Fomento terá vigência de 12 (doze) meses, conforme descrito no Plano de Trabalho, contados a partir da publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Município.

3.2 A vigência deste instrumento pode ser prorrogada, mediante Termo Aditivo, por solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à administração pública em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término inicialmente previsto.

3.3 A prorrogação de ofício da vigência deste Termo de Fomento deve ser procedida pela Administração Pública quando der causa a atraso na liberação dos recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado, com a devida comunicação à instituição.

CLÁUSULA QUARTA - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

4.1 As parcelas dos recursos transferidos no âmbito desta parceria serão liberadas em estrita conformidade com o respectivo cronograma de desembolso.

4.2 Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica.

4.3 Toda a movimentação de recursos no âmbito da parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final.

4.4 Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

4.5 Nas parcerias cuja duração exceda um ano, a liberação das parcelas está condicionada à apresentação da prestação de contas ao término de cada exercício.

CLÁUSULA QUINTA – CONTRAPARTIDA

5.1. Realização de Cirurgia de Catarata: Nesta atividade serão realizadas cirurgias para as pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, como as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

5.2. Realização de Cirurgia de Pterigio: Nesta atividade serão realizadas cirurgias para as pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, como as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADES

6.1 Para a consecução das finalidades de interesse público e recíproco que constituem o objeto deste Termo

de Fomento, comprometem-se os Parceiros a executar a integralidade das obrigações assumidas, no âmbito das respectivas competências.

6.2 São responsabilidades do Município de Goiânia:

6.2.1 Acompanhar a execução da parceria e zelar pelo cumprimento do disposto neste instrumento, na Lei Nacional n°13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis;

6.2.2 Designar Gestor que será o responsável pela gestão da parceria, com poderes de controle e de fiscalização;

6.2.3 Registrar os atos de celebração, alienação, liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização da execução e a prestação de contas do presente Termo de Fomento;

6.2.4 Transferir à instituição os recursos financeiros da parceria, de acordo com o cronograma de desembolso, constante do Plano de Trabalho;

6.2.5 Viabilizar o acompanhamento pela Internet do processo de liberação de recursos da parceria celebrada;

6.2.6 Assumir ou transferir a terceiro a responsabilidade pela execução do objeto da parceria, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

6.2.7 Divulgar o objeto da parceria, nos termos da legislação e orientar a Entidade sobre como fazê-lo;

6.2.8 Manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;

6.2.9 Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria;

6.2.10 Publicar o Extrato deste Termo no meio oficial de publicidade da administração pública;

6.2.11 Apreciar as solicitações apresentadas pela Entidade no curso da execução da parceria;

6.2.12 Orientar a Entidade quanto à prestação de contas, e

6.2.13 Analisar e julgar as contas apresentadas pela Entidade.

6.3 São responsabilidades da Entidade:

6.3.1 Informar ao Município de Goiânia quaisquer alterações estatutárias, incluindo a de composição de sua Diretoria, por ocasião de sua eventual ocorrência;

6.3.2 Divulgar, na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a administração pública;

6.3.3 Executar o objeto da parceria de acordo com o Plano de Trabalho, observado o disposto neste instrumento, na Lei Nacional n°13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis.

6.3.4 Com exceção dos compromissos assumidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, neste instrumento, responsabilizar-se por todas as providências necessárias à execução do objeto da parceria, inclusive por:

I - obter alvarás e licenças necessárias para a continuidade das atividades;

II - obter alvarás e licenças para execução da obra de construção de nova edificação;

III - providenciar recursos humanos e materiais para consecução das atividades do objeto da parceria;

IV - realizar a destinação adequada dos resíduos e efluentes gerados;

V - realizar a manutenção das instalações físicas, quando necessário;

6.3.5 Apresentar ao parceiro público o comprovante de abertura da conta bancária específica no Banco Itaú, isenta de tarifa bancária, destinada exclusivamente a receber e movimentar os recursos vinculados à parceria;

6.3.6 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal;

6.3.7 Na realização das compras e contratações de bens e serviços, adotar métodos usualmente utilizados pelo setor privado, zelando pela observância dos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade e da eficiência;

6.3.8 Realizar a movimentação de recursos da parceria mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final e realizar pagamentos por crédito na conta bancária dos fornecedores e prestadores de serviços;

6.3.9 Utilizar o regime de reembolso como medida excepcional, a ser adotada mediante autorização em decisão motivada do administrador público, desde que esteja comprovado o crédito na conta bancária dos fornecedores ou prestadores de serviços, nos termos do ato normativo setorial, quando houver;

6.3.10 Solicitar ao parceiro público, caso seja de seu interesse, remanejamentos de recursos e o uso dos rendimentos de ativos financeiros no objeto da parceria, indicando a consequente alteração no Plano de Trabalho, desde que ainda vigente este instrumento, o que poderá formalizado por apostila, nos termos do art. 57 da Lei n. 13.019/2014;

6.3.11 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo regular pagamento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto da parceria;

6.3.12 Apresentar os relatórios e outros documentos que sejam solicitados pela Administração Pública;

6.3.13 Prestar contas;

6.3.14 Permitir o livre acesso dos agentes do parceiro público, do controle interno e do Tribunal de Contas aos processos, aos documentos e às informações relacionadas à execução desta parceria, bem como aos locais de execução do objeto;

6.3.15 Manter sua regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária ao longo da vigência deste instrumento;

6.3.16 Reservar o percentual de 5% (cinco por cento) das vagas de mão de obra dos postos de trabalho não especializados, relacionadas ao cumprimento do respectivo objeto, para pessoas em situação de rua, na forma da Lei Municipal nº 10.462/2020.

6.4 Não implica responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a

6.4 Inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

6.5 No que tange ao tratamento de dados pessoais ou base de dados:

6.5.1 A instituição obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, inclusive em razão de licenciamento ou da operação dos programas/sistemas, nos termos da Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no presente instrumento.

6.5.2 A instituição obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas suficientes visando a segurança, a proteção, a confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais ou ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento não previstos.

6.5.3 A instituição não poderá utilizar-se de informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, para fins distintos ao cumprimento do objeto deste instrumento jurídico.

6.5.4 A instituição não poderá disponibilizar e/ou transmitir a terceiros, sem prévia autorização escrita, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

6.5.5 O dever de sigilo e confidencialidade, e as demais obrigações descritas na cláusula 6.5, permanecerão em vigor após a extinção das relações entre os Parceiros, bem como, entre a instituição e os seus colaboradores, subcontratados, consultores e/ou prestadores de serviços sob pena das sanções previstas na Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA - DESPESAS

7.1 Poderão ser pagas com recursos da parceria as despesas previstas no art. 46 da Lei n. 13.019/2019, assim como aquelas fixadas no Plano de Trabalho.

7.2 O pagamento de despesas com equipes de trabalho somente poderá ser autorizado quando demonstrado que tais valores:

i. correspondem às atividades e aos valores constantes do plano de trabalho, observada a qualificação técnica adequada à execução da função a ser desempenhada;

ii. são compatíveis com o valor de mercado e são proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado à parceria, devendo haver memória de cálculo do rateio, nos casos em que a remuneração for paga parcialmente com recursos da parceria, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa;

iii. não estão sendo utilizados para remunerar cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o segundo grau, de:

a) administrador, dirigente ou associado com poder de direção da instituição celebrante da parceria;

b) agente público com cargo em comissão ou função de confiança que esteja lotado na unidade responsável pela execução da parceria no órgão ou entidade pública; ou

c) agente público cuja posição no órgão ou entidade pública seja hierarquicamente superior à chefia da unidade responsável pela execução da parceria.

7.3 Não poderão ser pagas com recursos da parceria as seguintes despesas:

a. despesas com finalidade alheia ao objeto da parceria;

b. pagamento, a qualquer título, de servidor ou empregado público, salvo nas hipóteses previstas em lei específica ou na lei de diretrizes orçamentárias;

c. pagamento de juros, multas e correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo, salvo quando as despesas tiverem sido causadas por atraso do parceiro público na liberação de recursos;

d. despesas com publicidade, salvo quando previstas no plano de trabalho, *v.g.* divulgação ou campanha de caráter educativo, informativo ou de orientação social, desde que não conste nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;

e. pagamento de despesa cujo fato gerador tiver ocorrido em data anterior ao início da vigência da parceria; e

f. pagamento de despesa em data posterior ao término da parceria, salvo quando o fato gerador da despesa tiver ocorrido durante a vigência do termo de fomento.

CLÁUSULA OITAVA - ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

8.1 O parceiro público poderá propor ou autorizar a alteração do Plano de Trabalho, desde que preservado o objeto, mediante justificativa prévia, por meio de termo aditivo ou termo de apostilamento;

8.2 Será celebrado termo aditivo nas hipóteses de alteração do valor global da parceria e em outras situações em que a alteração for indispensável ao atendimento do interesse público;

8.2.1 O parceiro público providenciará a publicação do extrato de termo aditivo no Diário Oficial do Município, assim como no sítio eletrônico oficial;

8.2.2 A variação inflacionária pode ser fundamento de solicitação da OSC de celebração de termo aditivo para alteração de valor global da parceria, desde que decorridos no mínimo 12 (doze) meses da data de aprovação do Plano de Trabalho, com observância do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – INPCA.

8.3 Será editado termo de apostilamento pelo parceiro público quando necessária a indicação de crédito orçamentário de exercícios futuros;

8.4 O remanejamento de pequeno valor e a aplicação de rendimentos de ativos financeiros poderão ser realizados pela OSC no curso da parceria, desde que em benefício da execução do objeto, observados os procedimentos e limites estabelecidos no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA NONA - TITULARIDADE DE BENS

9.1 Os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados em decorrência da execução da parceria serão de titularidade do Município de Goiânia;

9.1.1 Não se consideram bens permanentes aqueles que se destinam ao consumo.

9.2 Os bens permanentes não poderão ser alienados, ressalvadas as previsões específicas deste instrumento acerca dos bens inservíveis e das situações posteriores ao término da parceria;

9.3 Caso os bens se tornem inservíveis antes do término da parceria, a OSC solicitará orientação sobre quais providências deve tomar, tendo em vista a legislação de administração patrimonial de bens públicos;

9.4 Após o término da parceria, o parceiro público decidirá por uma das seguintes hipóteses:

a) manutenção dos bens em sua propriedade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da OSC até a retirada pelo parceiro público, que deverá ocorrer no prazo de 90 (noventa) dias após o término da parceria;

b) doação dos bens à OSC, caso não sejam necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado por execução direta ou por celebração de nova parceria com outra entidade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da OSC; ou

c) doação dos bens a terceiros, desde que para fins de interesse social, permanecendo a custódia sob responsabilidade da OSC até sua retirada, que deverá ocorrer em até 60 (sessenta) dias após a edição do ato da doação.

CLÁUSULA DÉCIMA - GESTOR DA PARCERIA

10.1 Os agentes públicos responsáveis pela gestão da parceria de que trata este instrumento, com poderes de controle e fiscalização, serão designados em ato publicado no Diário Oficial do Município;

10.2 O parceiro público poderá designar técnicos responsáveis para subsidiar o gestor da parceria em relação à análise dos relatórios de execução do objeto e de execução financeira, se houver; dos lançamentos dos dados financeiros em plataforma eletrônica, e ainda para a elaboração de seu relatório de monitoramento e avaliação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

11.1 A comissão de monitoramento e avaliação é a instância administrativa colegiada responsável pelo monitoramento do conjunto de parcerias, pela proposta de aprimoramento dos procedimentos, pela padronização de objetos, custos e indicadores e pela produção de entendimentos voltados à priorização do controle de resultados, sendo de sua competência a avaliação e a homologação dos relatórios técnicos de monitoramento e avaliação.

11.2 A Comissão de Monitoramento e Avaliação, designada em ato publicado no Diário Oficial do Município de Goiânia, atuará em caráter preventivo e saneador, visando o aprimoramento dos procedimentos, a padronização e a priorização do controle de resultados;

11.3 As atividades de monitoramento e avaliação desta parceria dar-se-ão por intermédio de:

a) reuniões entre representante do parceiro público e da entidade;

b) elaboração de relatórios contendo o acompanhamento das atividades, indicadores e metas, previstas no Plano de Trabalho;

c) visita técnica *in loco* para subsidiar o monitoramento da parceria;

d) averiguação formal quanto a denúncias aceitas.

(Deve a Administração especificar os meios disponíveis conforme o caso)

11.4 As ações de monitoramento e avaliação poderão utilizar ferramentas tecnológicas, tais como redes sociais na internet, aplicativos e outros mecanismos que permitam verificar os resultados da parceria;

11.5 A Comissão de Monitoramento e Avaliação homologará o relatório técnico de monitoramento e

avaliação, emitido pelo gestor da parceria, que conterá:

a) descrição sumária do objeto e análise das atividades realizadas, com foco no cumprimento das metas e no benefício social da execução do objeto;

b) valores transferidos pela Município;

c) seção sobre achados de auditoria e respectivas medidas saneadoras, nos casos de auditorias pelos órgãos de controle interno ou externo, voltadas a esta parceria, caso tenham ocorrido.

11.6 O gestor da parceria analisará os relatórios de execução do objeto e os relatórios de execução financeira, se houver, e emitirá Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação da parceria e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada para possível homologação.

11.7 Na hipótese de o relatório técnico de monitoramento e avaliação evidenciar irregularidade e/ou inexecução parcial do objeto, o gestor da parceria notificará a entidade para que possa, no prazo de 30 (trinta) dias sanar a irregularidade, cumprir a obrigação ou apresentar justificativa para impossibilidade de saneamento da irregularidade ou cumprimento da obrigação;

11.8 Na hipótese de permanecer a existência de irregularidade ou inexecução parcial do objeto, mesmo após a notificação da entidade para saná-las, o relatório técnico parcial de monitoramento e avaliação poderá concluir pela rescisão unilateral da parceria, determinando a devolução dos valores repassados relacionados à irregularidade ou inexecução apurada ou à prestação de contas não apresentada e, em não havendo a referida devolução, proceder-se-á à instauração de tomada de contas especial.

11.9Nas hipóteses em que, por meio do monitoramento e avaliação da parceria, se constate a existência de evidências de irregularidades na aplicação de parcelas anteriormente recebidas; desvio de finalidade da aplicação dos recursos ou o inadimplemento da entidade em relação a obrigações estabelecidas no presente Termo de Fomento; ou de situação em que a entidade deixe de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pelo parceiro público ou pelos órgãos de controle interno ou externo, o MUNICÍPIO reterá as parcelas dos recursos financeiros destinados à execução da parceria, até o saneamento das impropriedades constatadas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

12.1 A prestação de contas será um procedimento de acompanhamento sistemático da parceria, voltado à demonstração e verificação do cumprimento de metas e resultados, que observará o disposto na Lei nº 13.019/2014;

12.2 A prestação de contas e todos os atos que dela decorram dar-se-ão, preferencialmente, em plataforma eletrônica, permitindo a visualização por qualquer interessado.

12.3 A organização da sociedade civil prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no prazo de até 90 (noventa) dias a partir do término da vigência da parceria ou no final de cada exercício, se a duração da parceria exceder um ano, prorrogáveis por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente justificado.

12.4 A entidade deverá apresentar, [periodicidade], conforme previsto no plano de trabalho, relatório de execução do objeto, na plataforma eletrônica.

12.5 Se a duração da parceria exceder um ano, a organização da sociedade civil deverá apresentar prestação de contas ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

12.6 Pode a administração pública promover a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

12.7 Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a entidade deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.

12.8 A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

12.8.1 Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

12.8.2 Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

12.8.3 A análise da prestação de contas considerará a verdade real e os resultados alcançados.

12.8.4 A prestação de contas da parceria observará regras específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos, nos termos das disposições e procedimentos estabelecidos conforme previsto no plano de trabalho e no termo de fomento.

12.9 A prestação de contas relativa à execução do termo de fomento dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, e dos seguintes relatórios:

a) relatório de execução do objeto, elaborado pela entidade, contendo as atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;

b) relatório de execução financeira do termo de fomento, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto, na hipótese de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

c) relatório de visita técnica *in loco* eventualmente realizada durante a execução da parceria;

d) relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada, sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução do termo de colaboração ou de fomento.

12.10 O **relatório de execução do objeto** deverá conter:

a) descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto, a fim de demonstrar o alcance das metas e dos resultados esperados;

b) comprovação documental do cumprimento do objeto, como listas de presença, fotos, depoimentos de tutores, vídeos e outros suportes;

c) documentos sobre o grau de satisfação do público alvo, que poderão consistir em resultado de pesquisa de satisfação realizada no curso da parceria, declarações de entidade pública ou privada

local, ou manifestação do conselho setorial.

12.11 O **relatório de execução financeira,** necessário quando não for comprovado o alcance das metas ou quando houver evidência de existência de ato irregular, conterá:

a) relação das despesas e receitas realizadas, inclusive rendimentos financeiros, que possibilitem a comprovação da observância do Plano de Trabalho;

b) relação de bens adquiridos, produzidos ou transformados, quando houver;

c) comprovante de devolução do saldo remanescente da conta bancária específica, quando houver;

d) extrato da conta bancária específica;

e) cópia simples das notas e dos comprovantes fiscais ou recibos, com data, valor, dados da instituição e do fornecedor, além da indicação do produto ou serviço; e

f) memória de cálculo do rateio das despesas, nos casos em que algum item do Plano de Trabalho for pago proporcionalmente com recursos da parceria, a fim de demonstrar que não houve duplicidade ou sobreposição de fontes de recursos no custeio de um mesmo item.

12.12 O gestor emitirá **parecer técnico** de análise de prestação de contas da parceria celebrada.

12.12.1 No caso de prestação de contas única, o gestor emitirá parecer técnico conclusivo para fins de avaliação do cumprimento do objeto.

12.12.2 Para fins de avaliação quanto à eficácia e efetividade das ações em execução ou que já foram realizadas, os pareceres técnicos de que trata esta cláusula mencionarão:

- os resultados já alcançados e seus benefícios;

- os impactos econômicos ou sociais;

- o grau de satisfação do público-alvo;

- a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

12.13 O parecer técnico sobre o relatório de execução do objeto, considerando o teor do relatório técnico de monitoramento e avaliação, consistirá na verificação do cumprimento do objeto, podendo o gestor da parceria:

a) concluir que houve cumprimento integral do objeto ou cumprimento parcial com justificativa suficiente quanto às metas não alcançadas; ou

b) concluir que o objeto não foi cumprido e que não há justificativa suficiente para que as metas não tenham sido alcançadas, o que implicará emissão de parecer técnico preliminar indicando glosa dos valores relacionados a metas descumpridas sem justificativa suficiente.

12.14 A análise do relatório de execução financeira será realizada mediante parecer técnico que examinará a conformidade das despesas constantes na relação de pagamentos com as previstas no Plano de Trabalho, considerando a análise da execução do objeto; e verificará a conciliação

bancária, por meio da correlação entre as despesas da relação de pagamentos e os débitos na conta.

12.15 A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública concluirá, alternativamente, pela:

a) aprovação da prestação de contas;

b) aprovação da prestação de contas com ressalvas; ou

c) rejeição da prestação de contas e determinação de imediata instauração de tomada de contas especial.

12.16 As impropriedades que derem causa à rejeição da prestação de contas serão registradas em plataforma eletrônica de acesso público, e serão levadas em consideração por ocasião da assinatura de futuras parcerias com a administração pública.

12.17 Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogável, no máximo, por igual período, para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação.

12.17.1 Transcorrido o prazo para saneamento da irregularidade ou da omissão, não havendo o saneamento, a autoridade administrativa competente, adotará as providências para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis, quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, nos termos da legislação vigente.

12.18 A administração pública apreciará a prestação final de contas apresentada, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

12.18.1 O transcurso do prazo definido nos termos do caput sem que as contas tenham sido apreciadas não significa impossibilidade de apreciação em data posterior ou vedação a que se adotem medidas saneadoras, punitivas ou destinadas a ressarcir danos que possam ter sido causados aos cofres públicos;

12.19 As prestações de contas serão avaliadas:

I- **regulares**, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

II- **regulares com ressalva**, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III- **irregulares**, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

12.20 A entidade poderá apresentar recurso administrativo no prazo de 15 (quinze) dias após sua notificação quanto à decisão final de julgamento das contas.

12.20.1 O recurso será dirigido à autoridade que proferiu a decisão, a qual, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias, encaminhará o recurso à autoridade superior.

12.21 Exaurida a fase recursal, no caso de aprovação com ressalvas, o parceiro público providenciará o registro na plataforma eletrônica das causas das ressalvas, que terá caráter educativo e preventivo, o que deve ser considerado na eventual aplicação de sanções.

12.22 Exaurida a fase recursal, no caso de rejeição das contas, o parceiro público notificará a instituição para devolução dos recursos de forma integral.

12.22.1 Não havendo dolo ou fraude, a entidade poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito no termo de fomento e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - SANÇÕES

13.1 A execução da parceria em desacordo com o Plano de Trabalho, com este instrumento, com o disposto na Lei Nacional nº 13.019/2014 ou nas demais disposições normativas aplicáveis, enseja aplicação à instituição, garantida prévia defesa, das seguintes sanções:

I - advertência;

II - suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

III - declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo.

13.1.1 A sanção de advertência tem caráter educativo e preventivo e será aplicada quando verificadas irregularidades que não justifiquem a aplicação de penalidade mais severa.

13.1.2 A sanção de suspensão temporária será aplicada nos casos em que forem verificadas irregularidades na celebração, execução ou prestação de contas da parceria e não se justificar a imposição de penalidade mais grave, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os danos que dela provieram para o MUNICÍPIO.

13.1.3 As sanções estabelecidas nos incisos II e III são de competência exclusiva do Secretário Municipal.

13.2 É facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de

vista.

13.3 A reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de aplicação da penalidade.

13.3.1 Aplicada a sanção de declaração de inidoneidade, será possível a reabilitação da instituição quando esta ressarcir a administração pública municipal pelos prejuízos resultantes.

13.4 Da decisão administrativa sancionadora cabe recurso administrativo, no prazo de dez dias.

13.4.1 No caso da sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o recurso cabível é o pedido de reconsideração.

13.5Na hipótese de aplicação de sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o impedimento da instituição deverá ser lançado no Sistema Integrado de Gestão Governamental - SIGGO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - RESCISÃO E DENÚNCIA

14.1 O presente TERMO DE FOMENTO poderá ser denunciado pelos partícipes, a qualquer tempo, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência para a publicidade dessa intenção;

14.2 O parceiro público poderá rescindir unilateralmente este instrumento, nos casos de descumprimento do disposto na Lei nº 13.019/2014, notadamente, inexecução do objeto, utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho, inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas ou constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção nos documentos apresentados pelo parceiro privado.

14.3 A rescisão da parceria será formalizada por meio de Termo de Rescisão, no qual seja definido, no mínimo, o prazo para apresentação da prestação de contas final e a titularidade dos bens remanescentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - FORO

15.1.As dúvidas decorrentes da execução da parceria serão objeto de prévia tentativa de solução administrativa, com a participação de órgão encarregado de assessoramento jurídico integrante da estrutura da administração pública;

15.2.Nos casos em que frustrada a solução administrativa, é competente o Foro da Comarca de Goiânia, em uma das suas Varas da Fazenda Pública, para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos decorrentes da parceria.

Goiânia , data da última assinatura eletrônica

Wilson Modesto Pollara
Secretário Municipal de Saúde

Willian da Silva Gomes
Presidente - Centro de Gestão Integrada

Documento assinado eletronicamente por **Cgi centro de gestão integrada registrado(a) civilmente como WILLIAN DA SILVA GOMES**, **Usuário Externo**, em 04/06/2024, às 10:10, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Wilson Modesto Pollara**, **Secretário Municipal de Saúde**, em 05/06/2024, às 17:17, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Camila Gomes Urzeda**, **Assistente Administrativa**, em 05/06/2024, às 17:45, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Eliel Amorim da Silva**, **Gerente de Contratos e Convênios e Credenciamentos**, em 07/06/2024, às 10:06, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://www.goiania.go.gov.br/sei informando o código verificador **4308712** e o código CRC **CF6F32FD**.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

Referência: Processo Nº 24.29.000016633-1 SEI Nº 4308712v1

TERMO DE FOMENTO

- Origem do Recurso: Emenda Parlamentar Municipal número 482, de autoria da parlamentar Léia Klébia, no valor de R$ 500.000,00 Termo de Fomento n 194/2024
- Processo: 24.29.000016641-2

OBJETO

Promover o acesso a exames diagnósticos gratuitos para a população de baixa renda em Goiânia.

Oftalmologia:

- **Cirurgia de Catarata: 225**
- **Cirurgia de Pterígio: 40**

Saúde Mental:

- **Atendimento de Psiquiatra: 100**
- **Atendimento de Psicólogo: 100**

Nutrição:

- **Atendimento de Nutrição: 250**

Clínico Geral:

- **Atendimento Clínico Geral: 200**

18/06/24 OP'S 10:05:21
CONSULTA OP´S

Numero Op : 202421500494100950001 2150 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS
Status : CONTABILIZADA INFORMACOES BANCARIAS
CPF/CNPJ : 22579469000160 RECIBO PAGAMENTO
Beneficiario : CENTRO DE GESTAO INT SITUACAO: OP PAGA
Banco/Agencia : 104 02234 CONTA DEBITO
Conta : 43756 BANCO: 341 AGENCIA: 09338
Valor Bruto : 500.000,00 CONTA: 000.000.034.757-9
Valor Desconto : ----------
Valor Liquido : 500.000,00 CONTA CREDITO
Numero Remessa : 29811 BANCO: 104 AGENCIA: 02234
Data Remessa : 17/06/2024 CONTA: 000.000.004.375-6
Hora Remessa : 13:05 ----------
Retorno Remessa : DOC. PROCESSADO
Numr.Doc.Remessa: 20240617117185
Retorno Siacc240: OP PAGA
Data Liberacao : 17/06/2024 - 90581 AUTENTICACAO BANCARIA
Hora Liberacao : 12:16:26 D4B8FC92DEB735E5C1A4C90E4BE4A92
Data Envio : 17/06/2024

SEDETEC PF2 - Anterior PF5 - Imprimir PF6 - Informacoes Bancarias SOFEF495

PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO- CUSTEIO
CONCEDENTE

Órgão: **Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – GO (SMS-GO)**	
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	Processo:
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

1 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: **Fundo Municipal De Saúde de Goiânia.**	CNPJ do FMS: **37.623.352/0001-03**
Gestor: WILSON MODESTO POLLARA	
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

2 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Entidade: Centro de Gestão Integrada - CGI		**CNPJ:** 22.579.469/0001-60
Endereço: Avenida C-255 nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, Salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba		
Bairro: Setor Nova Suiça	**Cidade:** Goiânia/GO	**CEP:** 74.280-010
E-mail CGI_hosp@gmail.com	**Site:**	**Telefone:** (62) 9 8288-1036
Nome do Responsável: André Luiz K. Freitas e Silva		**CPF:** 968.872.301-00
Serviços ofertados: ( )Ambulatorial ( )Internação ( )UTI ( )SADT ( )Hospital dia		**(X)Outros:**
Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos		

BANCO	CONTA	OP	AG

3–DESCRIÇÃO DO PROJETO:

A cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, enfrenta desafios significativos no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde ocular. Com uma população diversificada e em crescimento, estimada em mais de 1,5 milhão de habitantes, a demanda por cuidados oftalmológicos é substancial. Entre esses habitantes, destacam-se grupos vulneráveis adultos de baixa renda, idosos e moradores de áreas rurais, que enfrentam dificuldades adicionais para acessar serviços de saúde adequados. Estima-se que cerca de 35% deste grupo em destaque enfrenta dificuldade visual que poderia ser corrigido com cirurgias eletivas voltadas para visão. Além disso, os adultos de baixa renda e os idosos enfrentam uma maior incidência de doenças oculares crônicas, como catarata e pterigio, que, se não tratadas adequadamente, podem levar a complicações graves e até mesmo à cegueira. A distribuição desigual dos serviços oftalmológicos na cidade é um problema adicional. Embora existam clínicas e hospitais especializados, muitos deles estão concentrados em áreas urbanas centrais, dificultando o acesso para os residentes de bairros periféricos e áreas rurais. Goiânia é composta por dezenas de bairros, cada um com suas próprias características e necessidades específicas. A falta de unidades de saúde ocular em locais estratégicos contribui para a demanda reprimida e para o agravamento dos problemas de visão entre a população local. Apresentado isso, o projeto visa atender esta população com cirurgias eletivas de forma eficiente visando diminuir a demanda reprimida e beneficiar este grupo que precisa de cirurgias como catarata e pterigio.

3.1IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

3.1 REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE CATARATA:
Nesta atividade serão realizadas cirurgias para aquelas pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

3.2 REALIZAÇÃO DE CIRURGIA DE PTERIGIO:
Nesta atividade serão realizadas cirurgias para aquelas pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

4. VALOR DO RECURSO:

R$500.000,00 (QUINHETOS MIL REAIS)

5. ORIGEM DO RECURSO:

EMENDA IMPOSITIVA N°482 – VEREADORA LEIA KLEBIA

.6- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DO RECURSO:

A cidade de Goiânia, assim como muitas outras metrópoles brasileiras, enfrenta uma série de desafios no que tange ao acesso aos serviços de saúde ocular. Diante da significativa demanda reprimida Pr cirurgias oftalmológicas, é imperativo que medidas sejam tomadas para diminuir a fila de espera para

que as necessidades não se agravem cada vez mais chegando a nivel irreversível como, por exemplo, a perda total da visão.

a. RESULTADOS ESPERADOS:

Esses resultados pretendidos refletem o compromisso do projeto em melhorar a saúde ocular e o bem-estar geral da comunidade atendida, promovendo a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e contribuindo para um futuro mais saudável e próspero para todos

6.1 Redução da Demanda por Atendimento Cirurgico Oftalmologico:
O projeto visa reduzir significativamente a fila de espera por cirurgias oftalmológicas, diminuindo a demanda por atendimento ambulatorial nas unidades de saúde e hospitais, proporcionando um acesso mais rápido e eficiente aos procedimentos necessários.

6.2 Ampliação do Acesso à Saúde Oftalmológica:
Espera-se que o projeto amplie o acesso à saúde oftalmológica especializada para a população, proporcionando cirurgias que anteriormente eram inacessíveis para muitos pacientes, especialmente aqueles de baixa renda ou em áreas remotas.

6.3 Melhoria da Qualidade de Vida da População:
A redução do tempo de espera por cirurgias oftalmológicas e o acesso ampliado aos procedimentos necessários devem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população, permitindo uma recuperação visual eficaz e reduzindo o impacto das condições oftalmológicas na vida diária dos pacientes.

6.4 Satisfação dos Usuários:
O projeto visa alcançar um alto nível de satisfação dos usuários, oferecendo cirurgias oftalmológicas de qualidade, um atendimento humanizado e centrado nas necessidades dos pacientes, promovendo o bem-estar e a confiança no sistema de saúde oftalmológica.

7- PRAZO:

Tempo de execução: 12 (doze) meses.	Início: A partir do início da vigência no Temo de Compromisso.

8– METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

Essas metas e indicadores fornecerão uma estrutura para avaliar o progresso e o impacto do projeto de atendimento cirurgico oftalmológico, garantindo sua eficácia na promoção da saúde ocular e no atendimento às necessidades da comunidade.

1. Número de Atendimentos Realizados:
   • Meta: Realizar um total de 225 cirurgias de catarata e 40 cirurgias de pterigio durante o período do projeto.
2. • Indicador: Número de cirurgias oftalmológicas realizadas, registradas mensalmente.

3. Satisfação do Paciente:

- Meta: Alcançar uma taxa de satisfação do paciente de pelo menos 90%.
- Indicador: Pesquisas de satisfação realizadas com os pacientes atendidos, avaliando a qualidade dos serviços, o tempo de espera, a cortesia do atendimento, entre outros aspectos.

4. Cobertura da População-Alvo:

- Meta: Garantir que pelo menos 80% da população-alvo (como idosos, trabalhadores rurais e pessoas de baixa renda) sejam atendidos pelo projeto.
- Indicador: Percentual da população-alvo que foi beneficiado com a cirurgia em relação à população total estimada da área de abrangência.

5 .Objetivo geral a ser alcançado com a execução do Objeto (item 14.1 Guia Emendas Parlamentares)

O objetivo geral da execução do objeto é proporcionar acesso universal e acessível a cirurgias de catarata e pterígio para a população, visando melhorar significativamente a saúde ocular e a qualidade de vida dos pacientes. Por meio deste projeto, busca-se eliminar as barreiras financeiras e de acesso que impedem muitas pessoas de receber tratamento oftalmológico adequado, garantindo que todos tenham a oportunidade de restaurar sua visão e prevenir complicações relacionadas às condições oftalmológicas. Ao proporcionar cirurgias oftalmológicas de qualidade, o projeto visa reduzir a incidência de cegueira evitável e promover uma comunidade mais saudável e produtiva.

9. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

	MÊS											
AÇÕES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Recebimento do recurso	X											
Planejamento e Preparação	X	X										
Cirurgias			x	x	x	x	x	X	x	x	X	
Encerramento e Relatório Final												x

10– VALOR DO PROJETO

Valor Global: R$ R$ 500.000,00

11– CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela única	R$ R$ 500.000,00
Data do Desembolso:	Após a assinatura do termo de compromisso de repasse com a secretaria municipal de saúde que ocorrerá após fluxo processual.

12– OBRIGAÇÕES

12.1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso;
II – Suspender repasses em caso de não prestação de contas pelo Proponente.
III – realizar os repasses dos recursos à unidade assistida após a homologação do plano de trabalho.

12.2 – Do Fundo Municipal de Saúde

I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
II – realizar o repasse mediante assinatura do termo de repasse após o fluxo processual na Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho e ordens de pagamento.

12. 3 – Da Unidade Assistida

I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciaiscabíveis. Os recursos deverão ser destinados exclusivamente para melhoria do atendimento dos usuários do SUS, sendo vedada a utilização direta ou indireta para a rede privada de saúde.
II – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do Projeto em:

a) taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;
b) pagamento de aposentadorias e pensões;
c) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade;
d) finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda queem caráter de emergência;
e) atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;
f) despesas com publicidade;
g) despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos

efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e

h) despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.

III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, aqualquer momento ou época, independente de aviso prévio;

IV – Quando a liberação dos recursos ocorrer de forma parcelada, realizar a prestação de contas do total do montante de recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;

V – Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta-corrente, aberta especificamentepara este fim.

13– DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestaçãode Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

14 – DECLARAÇÃO DA UNIDADE ASSISTIDA:

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde – SMS-GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos da administração pública, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, na forma deste Plano de Trabalho.

Goiânia em 22/04/2024

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 16:14:37-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES – PRESIDENTE

15 – DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

16 Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teordo presente e de acordo com o mesmo.

Goiânia em____/____/_____

WILSON MODESTO POLLARA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAUDE DE GOIÂNIA

17 PLANILHA DE CUSTEIO – RELAÇÃO DE ITENS QUE SERÃO CUSTEADOS:

SEQUENCIA	DESCRIÇÃO ITEM	UNIDADE	QTDE	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	CIRURGIA DE CATARATA	UND.	225	R$2.000,00	R$450.000,00
2	CIRURGIA DE PTERIGIO	UND.	40	R$1.250,00	R$50.000,00
				TOTAL GERAL:	R$500.000,00

gov.br Documento assinado digitalmente
WILLIAN DA SILVA GOMES
Data: 24/04/2024 16:11:57-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

WILLIAN DA SILVA GOMES – PRESIDENTE

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Contratos e Convênios e Credenciamentos

TERMO DE FOMENTO Nº 194/2024

TERMO DE FOMENTO Nº 194/2024, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E O CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI.

O MUNICÍPIO DE GOIANIA, pessoa jurídica de direto interno, por intermédio da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, com sede em Goiânia, Capital do Estado de Goiás, sito à Av. do Cerrado, nº 999 Park Lozandes - CEP: 74884-900, Goiânia-Go, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 37.623.352/0001-03, doravante designada simplesmente **COMPROMITENTE (UNIDADE REPASSADORA)**, neste ato representado por **WILSON MODESTO POLLARA**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade n.º 4.202.267-8 SSP/SP e do CPF/MF sob o n.º 404.708.308-91, com poderes constituídos por meio do Decreto n° 4.562 de 02/10/2023 e a CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI., doravante denominada **COMPROMISSÁRIA (UNIDADE DE REFERÊNCIA)**, inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.468/0001-60, com sede na Avenida C 255, nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba, em Goiânia/GO, CEP: 74.280-010, neste ato representada por **Willian da Silva Gomes**, portador do documento de identificação 2080146 SSP/GO e inscrito sob o Cadastro de Pessoas Físicas CPF sob o nº 549.661.831-20, que exerce a função de Presidente, resolvem celebrar este TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO, com fundamento no Processo SEI 24.29.000016641-2 e regendo-se pelo disposto na Lei Nacional nº 13.019, de 31 de julho de 2014, demais atos normativos aplicáveis.

Esta parceria decorre do repasse de recursos municipais derivados de emenda parlamentar destinados à entidade, conforme Plano de Trabalho aprovado, nos termos autorizados pela Lei nº 11.134, de 10 de janeiro de 2024 (que estima receita e fixa despesa do município de Goiânia para o exercício financeiro de 2024), objeto do processo administrativo SEI 24.29.000016641-2.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Este instrumento tem por objeto a celebração de parceria, em regime de mútua colaboração, destinada ao repasse de recursos municipais derivados de Emenda Parlamentar Individual nº 482/2024 do(a) vereador(a) Léia Klébia, de natureza impositiva à Lei Orçamentária Anual em observância ao § 8º do artigo 138 da Lei Orgânica do Município de Goiânia sobre o repasse financeiro destinado as instituições a ações e serviços públicos de saúde. O ajuste tem como fundamento a Lei Complementar nº 101/2000, Lei Federal nº 14.133/2021, no que couber, e no Decreto Federal nº 11.531, de 16 de maio de 2023, em anexo a este instrumento.

1.2 O objeto deste Termo de Fomento não consiste, envolve ou inclui, direta ou indiretamente, delegação

das funções de regulação, fiscalização, de exercício do poder de polícia ou outras atividades exclusivas do Estado.

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR GLOBAL DA PARCERIA E DOTAÇÃO

2.1 Este instrumento envolve transferência de recursos financeiros do MUNICÍPIO DE GOIANIA ao CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, conforme cronograma de desembolso previsto no Plano de Trabalho.

2.2 O valor global dos recursos públicos destinados à parceria é de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais);

2.3 A despesa correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária: *2024.2150.10.302.0094.2782.33504100.102*

CLÁUSULA TERCEIRA - PRAZO DE VIGÊNCIA E PRORROGAÇÃO

3.1 Este Termo de Fomento terá vigência de 12 (doze) meses, conforme descrito no Plano de Trabalho, contados a partir da publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Município.

3.2 A vigência deste instrumento pode ser prorrogada, mediante Termo Aditivo, por solicitação da organização da sociedade civil, devidamente formalizada e justificada, a ser apresentada à administração pública em, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do término inicialmente previsto.

3.3 A prorrogação de ofício da vigência deste Termo de Fomento deve ser procedida pela Administração Pública quando der causa a atraso na liberação dos recursos financeiros, limitada ao exato período do atraso verificado, com a devida comunicação à instituição.

CLÁUSULA QUARTA - LIBERAÇÃO DOS RECURSOS

4.1 As parcelas dos recursos transferidos no âmbito desta parceria serão liberadas em estrita conformidade com o respectivo cronograma de desembolso.

4.2 Os recursos recebidos em decorrência da parceria serão depositados em conta corrente específica.

4.3 Toda a movimentação de recursos no âmbito da parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação do beneficiário final.

4.4 Os pagamentos deverão ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços.

4.5 Nas parcerias cuja duração exceda um ano, a liberação das parcelas está condicionada à apresentação da prestação de contas ao término de cada exercício.

CLÁUSULA QUINTA – CONTRAPARTIDA

5.1. Realização de Cirurgia de Catarata: Nesta atividade serão realizadas cirurgias para as pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, como as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

5.2. Realização de Cirurgia de Pterigio: Nesta atividade serão realizadas cirurgias para as pessoas necessitam do procedimento de forma primordial, como as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Medicina

e pela Sociedade Brasileira de Oftalmologia

CLÁUSULA SEXTA – RESPONSABILIDADES

6.1 Para a consecução das finalidades de interesse público e recíproco que constituem o objeto deste Termo de Fomento, comprometem-se os Parceiros a executar a integralidade das obrigações assumidas, no âmbito das respectivas competências.

6.2 São responsabilidades do Município de Goiânia:

6.2.1 Acompanhar a execução da parceria e zelar pelo cumprimento do disposto neste instrumento, na Lei Nacional n° 13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis;

6.2.2 Designar Gestor que será o responsável pela gestão da parceria, com poderes de controle e de fiscalização;

6.2.3 Registrar os atos de celebração, alienação, liberação de recursos, acompanhamento e fiscalização da execução e a prestação de contas do presente Termo de Fomento;

6.2.4 Transferir à instituição os recursos financeiros da parceria, de acordo com o cronograma de desembolso, constante do Plano de Trabalho;

6.2.5 Viabilizar o acompanhamento pela Internet do processo de liberação de recursos da parceria celebrada;

6.2.6 Assumir ou transferir a terceiro a responsabilidade pela execução do objeto da parceria, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade;

6.2.7 Divulgar o objeto da parceria, nos termos da legislação e orientar a Entidade sobre como fazê-lo;

6.2.8 Manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até 180 (cento e oitenta) dias após o respectivo encerramento;

6.2.9 Divulgar pela internet os meios de representação sobre a aplicação irregular dos recursos envolvidos na parceria;

6.2.10 Publicar o Extrato deste Termo no meio oficial de publicidade da administração pública;

6.2.11 Apreciar as solicitações apresentadas pela Entidade no curso da execução da parceria;

6.2.12 Orientar a Entidade quanto à prestação de contas, e

6.2.13 Analisar e julgar as contas apresentadas pela Entidade.

6.3 São responsabilidades da Entidade:

6.3.1 Informar ao Município de Goiânia quaisquer alterações estatutárias, incluindo a de composição de sua Diretoria, por ocasião de sua eventual ocorrência;

6.3.2 Divulgar, na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações, todas as parcerias celebradas com a administração pública;

6.3.3 Executar o objeto da parceria de acordo com o Plano de Trabalho, observado o disposto neste instrumento, na Lei Nacional n° 13.019/2014 e nos demais atos normativos aplicáveis.

6.3.4 Com exceção dos compromissos assumidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, neste instrumento, responsabilizar-se por todas as providências necessárias à execução do objeto da parceria, inclusive por:

I - obter alvarás e licenças necessárias para a continuidade das atividades;

II - obter alvarás e licenças para execução da obra de construção de nova edificação;

III - providenciar recursos humanos e materiais para consecução das atividades do objeto da parceria;

IV - realizar a destinação adequada dos resíduos e efluentes gerados;

V - realizar a manutenção das instalações físicas, quando necessário;

6.3.5 Apresentar ao parceiro público o comprovante de abertura da conta bancária específica no Banco Itaú, isenta de tarifa bancária, destinada exclusivamente a receber e movimentar os recursos vinculados à parceria;

6.3.6 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal;

6.3.7 Na realização das compras e contratações de bens e serviços, adotar métodos usualmente utilizados pelo setor privado, zelando pela observância dos princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da economicidade e da eficiência;

6.3.8 Realizar a movimentação de recursos da parceria mediante transferência eletrônica sujeita a identificação do beneficiário final e realizar pagamentos por crédito na conta bancária dos fornecedores e prestadores de serviços;

6.3.9 Utilizar o regime de reembolso como medida excepcional, a ser adotada mediante autorização em decisão motivada do administrador público, desde que esteja comprovado o crédito na conta bancária dos fornecedores ou prestadores de serviços, nos termos do ato normativo setorial, quando houver;

6.3.10 Solicitar ao parceiro público, caso seja de seu interesse, remanejamentos de recursos e o uso dos rendimentos de ativos financeiros no objeto da parceria, indicando a consequente alteração no Plano de Trabalho, desde que ainda vigente este instrumento, o que poderá formalizado por apostila, nos termos do art. 57 da Lei n. 13.019/2014;

6.3.11 Responsabilizar-se, exclusivamente, pelo regular pagamento de todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto da parceria;

6.3.12 Apresentar os relatórios e outros documentos que sejam solicitados pela Administração Pública;

6.3.13 Prestar contas;

6.3.14 Permitir o livre acesso dos agentes do parceiro público, do controle interno e do Tribunal de Contas aos processos, aos documentos e às informações relacionadas à execução desta parceria, bem como aos locais de execução do objeto;

6.3.15 Manter sua regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária ao longo da vigência deste instrumento;

6.3.16 Reservar o percentual de 5% (cinco por cento) das vagas de mão de obra dos postos de trabalho não especializados, relacionadas ao cumprimento do respectivo objeto, para pessoas em situação de rua, na forma da Lei Municipal nº 10.462/2020.

6.4 Não implica responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a

6.4 Inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

6.5 No que tange ao tratamento de dados pessoais ou base de dados:

6.5.1 A instituição obriga-se ao dever de proteção, confidencialidade e sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, inclusive em razão de licenciamento ou da operação dos programas/sistemas, nos termos da Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores, durante o cumprimento do objeto descrito no presente instrumento.

6.5.2 A instituição obriga-se a implementar medidas técnicas e administrativas suficientes visando a segurança, a proteção, a confidencialidade e o sigilo de toda informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso a fim de evitar acessos não autorizados, acidentes, vazamentos acidentais ou ilícitos que causem destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer outra forma de tratamento não previstos.

6.5.3 A instituição não poderá utilizar-se de informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso, para fins distintos ao cumprimento do objeto deste instrumento jurídico.

6.5.4 A instituição não poderá disponibilizar e/ou transmitir a terceiros, sem prévia autorização escrita, informação, dados pessoais e/ou base de dados a que tenha acesso em razão do cumprimento do objeto deste instrumento contratual.

6.5.5 O dever de sigilo e confidencialidade, e as demais obrigações descritas na cláusula 6.5, permanecerão em vigor após a extinção das relações entre os Parceiros, bem como, entre a instituição e os seus colaboradores, subcontratados, consultores e/ou prestadores de serviços sob pena das sanções previstas na Lei nº 13.709/2018, suas alterações e regulamentações posteriores.

CLÁUSULA SÉTIMA - DESPESAS

7.1 Poderão ser pagas com recursos da parceria as despesas previstas no art. 46 da Lei n. 13.019/2019, assim como aquelas fixadas no Plano de Trabalho.

7.2 O pagamento de despesas com equipes de trabalho somente poderá ser autorizado quando demonstrado que tais valores:

i. correspondem às atividades e aos valores constantes do plano de trabalho, observada a qualificação técnica adequada à execução da função a ser desempenhada;

ii. são compatíveis com o valor de mercado e são proporcionais ao tempo de trabalho efetivamente dedicado à parceria, devendo haver memória de cálculo do rateio, nos casos em que a remuneração for paga parcialmente com recursos da parceria, vedada a duplicidade ou a sobreposição de fontes de recursos no custeio de uma mesma parcela da despesa;

iii. não estão sendo utilizados para remunerar cônjuge, companheiro ou parente, em linha reta ou colateral, por consanguinidade ou afinidade, até o segundo grau, de:

a) administrador, dirigente ou associado com poder de direção da instituição celebrante da parceria;

b) agente público com cargo em comissão ou função de confiança que esteja lotado na unidade responsável pela execução da parceria no órgão ou entidade pública; ou

c) agente público cuja posição no órgão ou entidade pública seja hierarquicamente superior à chefia da unidade responsável pela execução da parceria.

7.3 Não poderão ser pagas com recursos da parceria as seguintes despesas:

a. despesas com finalidade alheia ao objeto da parceria;

b. pagamento, a qualquer título, de servidor ou empregado público, salvo nas hipóteses previstas em lei específica ou na lei de diretrizes orçamentárias;

c. pagamento de juros, multas e correção monetária, inclusive referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo, salvo quando as despesas tiverem sido causadas por atraso do parceiro público na liberação de recursos;

d. despesas com publicidade, salvo quando previstas no plano de trabalho, *v.g.* divulgação ou campanha de caráter educativo, informativo ou de orientação social, desde que não conste nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal;

e. pagamento de despesa cujo fato gerador tiver ocorrido em data anterior ao início da vigência da parceria; e

f. pagamento de despesa em data posterior ao término da parceria, salvo quando o fato gerador da despesa tiver ocorrido durante a vigência do termo de fomento.

CLÁUSULA OITAVA - ALTERAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

8.1 O parceiro público poderá propor ou autorizar a alteração do Plano de Trabalho, desde que preservado o objeto, mediante justificativa prévia, por meio de termo aditivo ou termo de apostilamento;

8.2 Será celebrado termo aditivo nas hipóteses de alteração do valor global da parceria e em outras situações em que a alteração for indispensável ao atendimento do interesse público;

8.2.1 O parceiro público providenciará a publicação do extrato de termo aditivo no Diário Oficial do Município, assim como no sítio eletrônico oficial;

8.2.2 A variação inflacionária pode ser fundamento de solicitação da instituição de celebração de termo aditivo para alteração de valor global da parceria, desde que decorridos no mínimo 12 (doze) meses da data de aprovação do Plano de Trabalho, com observância do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – INPCA.

8.3 Será editado termo de apostilamento pelo parceiro público quando necessária a indicação de crédito orçamentário de exercícios futuros;

8.4 O remanejamento de pequeno valor e a aplicação de rendimentos de ativos financeiros poderão ser realizados pela instituição no curso da parceria, desde que em benefício da execução do objeto, observados os procedimentos e limites estabelecidos no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA NONA - TITULARIDADE DE BENS

9.1 Os bens permanentes adquiridos, produzidos ou transformados em decorrência da execução da parceria serão de titularidade do Município de Goiânia;

9.1.1 Não se consideram bens permanentes aqueles que se destinam ao consumo.

9.2 Os bens permanentes não poderão ser alienados, ressalvadas as previsões específicas deste instrumento acerca dos bens inservíveis e das situações posteriores ao término da parceria;

9.3 Caso os bens se tornem inservíveis antes do término da parceria, a instituição solicitará orientação sobre quais providências deve tomar, tendo em vista a legislação de administração patrimonial de bens públicos;

9.4 Após o término da parceria, o parceiro público decidirá por uma das seguintes hipóteses:

a) manutenção dos bens em sua propriedade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até a retirada pelo parceiro público, que deverá ocorrer no prazo de 90 (noventa) dias após o término da parceria;

b) doação dos bens à instituição, caso não sejam necessários para assegurar a continuidade do objeto pactuado por execução direta ou por celebração de nova parceria com outra entidade, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição; ou

c) doação dos bens a terceiros, desde que para fins de interesse social, permanecendo a custódia sob responsabilidade da instituição até sua retirada, que deverá ocorrer em até 60 (sessenta) dias após a edição do ato da doação.

CLÁUSULA DÉCIMA - GESTOR DA PARCERIA

10.1 Os agentes públicos responsáveis pela gestão da parceria de que trata este instrumento, com poderes de controle e fiscalização, serão designados em ato publicado no Diário Oficial do Município;

10.2 O parceiro público poderá designar técnicos responsáveis para subsidiar o gestor da parceria em relação à análise dos relatórios de execução do objeto e de execução financeira, se houver; dos lançamentos dos dados financeiros em plataforma eletrônica, e ainda para a elaboração de seu relatório de monitoramento e avaliação.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

11.1 A comissão de monitoramento e avaliação é a instância administrativa colegiada responsável pelo monitoramento do conjunto de parcerias, pela proposta de aprimoramento dos procedimentos, pela padronização de objetos, custos e indicadores e pela produção de entendimentos voltados à priorização do controle de resultados, sendo de sua competência a avaliação e a homologação dos relatórios técnicos de monitoramento e avaliação.

11.2 A Comissão de Monitoramento e Avaliação, designada em ato publicado no Diário Oficial do Município de Goiânia, atuará em caráter preventivo e saneador, visando o aprimoramento dos procedimentos, a padronização e a priorização do controle de resultados;

11.3 As atividades de monitoramento e avaliação desta parceria dar-se-ão por intermédio de:

a) reuniões entre representante do parceiro público e da entidade;

b) elaboração de relatórios contendo o acompanhamento das atividades, indicadores e metas, previstas no Plano de Trabalho;

c) visita técnica *in loco* para subsidiar o monitoramento da parceria;

d) averiguação formal quanto a denúncias aceitas.

11.4 As ações de monitoramento e avaliação poderão utilizar ferramentas tecnológicas, tais como redes sociais na internet, aplicativos e outros mecanismos que permitam verificar os resultados da parceria;

11.5 A Comissão de Monitoramento e Avaliação homologará o relatório técnico de monitoramento e avaliação, emitido pelo gestor da parceria, que conterá:

a) descrição sumária do objeto e análise das atividades realizadas, com foco no cumprimento das metas e no benefício social da execução do objeto;

b) valores transferidos pela Município;

c) seção sobre achados de auditoria e respectivas medidas saneadoras, nos casos de auditorias pelos órgãos de controle interno ou externo, voltadas a esta parceria, caso tenham ocorrido.

11.6 O gestor da parceria analisará os relatórios de execução do objeto e os relatórios de execução financeira, se houver, e emitirá Relatório Técnico de Monitoramento e Avaliação da parceria e o submeterá à Comissão de Monitoramento e Avaliação designada para possível homologação.

11.7 Na hipótese de o relatório técnico de monitoramento e avaliação evidenciar irregularidade e/ou inexecução parcial do objeto, o gestor da parceria notificará a entidade para que possa, no prazo de 30 (trinta) dias sanar a irregularidade, cumprir a obrigação ou apresentar justificativa para impossibilidade de saneamento da irregularidade ou cumprimento da obrigação;

11.8 Na hipótese de permanecer a existência de irregularidade ou inexecução parcial do objeto, mesmo após a notificação da entidade para saná-las, o relatório técnico parcial de monitoramento e avaliação poderá concluir pela rescisão unilateral da parceria, determinando a devolução dos valores repassados relacionados à irregularidade ou inexecução apurada ou à prestação de contas não apresentada e, em não havendo a referida devolução, proceder-se-á à instauração de tomada de contas especial.

11.9 Nas hipóteses em que, por meio do monitoramento e avaliação da parceria, se constate a existência de evidências de irregularidades na aplicação de parcelas anteriormente recebidas; desvio de finalidade da aplicação dos recursos ou o inadimplemento da entidade em relação a obrigações estabelecidas no presente Termo de Fomento; ou de situação em que a entidade deixe de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pelo parceiro público ou pelos órgãos de controle interno ou externo, o MUNICÍPIO reterá as parcelas dos recursos financeiros destinados à execução da parceria, até o saneamento das impropriedades constatadas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - PRESTAÇÃO DE CONTAS

12.1 A prestação de contas será um procedimento de acompanhamento sistemático da parceria, voltado à demonstração e verificação do cumprimento de metas e resultados, que observará o disposto na Lei nº 13.019/2014;

12.2 A prestação de contas e todos os atos que dela decorram dar-se-ão, preferencialmente, em plataforma eletrônica, permitindo a visualização por qualquer interessado.

12.3 A organização da sociedade civil prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no prazo de até 90 (noventa) dias a partir do término da vigência da parceria ou no final de cada exercício, se a duração da parceria exceder um ano, prorrogáveis por até 30 (trinta) dias, desde que devidamente

justificado.

12.4 A entidade deverá apresentar, conforme previsto no plano de trabalho, relatório de execução do objeto, na plataforma eletrônica.

12.5 Se a duração da parceria exceder um ano, a organização da sociedade civil deverá apresentar prestação de contas ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto.

12.6 Pode a administração pública promover a instauração de tomada de contas especial antes do término da parceria, ante evidências de irregularidades na execução do objeto.

12.7 Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a entidade deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.

12.8 A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas.

12.8.1 Serão glosados valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa suficiente.

12.8.2 Os dados financeiros serão analisados com o intuito de estabelecer o nexo de causalidade entre a receita e a despesa realizada, a sua conformidade e o cumprimento das normas pertinentes.

12.8.3 A análise da prestação de contas considerará a verdade real e os resultados alcançados.

12.8.4 A prestação de contas da parceria observará regras específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos, nos termos das disposições e procedimentos estabelecidos conforme previsto no plano de trabalho e no termo de fomento.

12.9 A prestação de contas relativa à execução do termo de fomento dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, e dos seguintes relatórios:

a) relatório de execução do objeto, elaborado pela entidade, contendo as atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;

b) relatório de execução financeira do termo de fomento, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto, na hipótese de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

c) relatório de visita técnica *in loco* eventualmente realizada durante a execução da parceria;

d) relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada, sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução do termo de colaboração ou de fomento.

12.10 O **relatório de execução do objeto** deverá conter:

a) descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto, a fim de demonstrar o alcance das metas e dos resultados esperados;

b) comprovação documental do cumprimento do objeto, como listas de presença, fotos, depoimentos de tutores, vídeos e outros suportes;

c) documentos sobre o grau de satisfação do público alvo, que poderão consistir em resultado de pesquisa de satisfação realizada no curso da parceria, declarações de entidade pública ou privada local, ou manifestação do conselho setorial.

12.11 O **relatório de execução financeira,** necessário quando não for comprovado o alcance das metas ou quando houver evidência de existência de ato irregular, conterá:

a) relação das despesas e receitas realizadas, inclusive rendimentos financeiros, que possibilitem a comprovação da observância do Plano de Trabalho;

b) relação de bens adquiridos, produzidos ou transformados, quando houver;

c) comprovante de devolução do saldo remanescente da conta bancária específica, quando houver;

d) extrato da conta bancária específica;

e) cópia simples das notas e dos comprovantes fiscais ou recibos, com data, valor, dados da OSC e do fornecedor, além da indicação do produto ou serviço; e

f) memória de cálculo do rateio das despesas, nos casos em que algum item do Plano de Trabalho for pago proporcionalmente com recursos da parceria, a fim de demonstrar que não houve duplicidade ou sobreposição de fontes de recursos no custeio de um mesmo item.

12.12 O gestor emitirá **parecer técnico** de análise de prestação de contas da parceria celebrada.

12.12.1 No caso de prestação de contas única, o gestor emitirá parecer técnico conclusivo para fins de avaliação do cumprimento do objeto.

12.12.2 Para fins de avaliação quanto à eficácia e efetividade das ações em execução ou que já foram realizadas, os pareceres técnicos de que trata esta cláusula mencionarão:

- os resultados já alcançados e seus benefícios;

- os impactos econômicos ou sociais;

- o grau de satisfação do público-alvo;

- a possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

12.13 O parecer técnico sobre o relatório de execução do objeto, considerando o teor do relatório técnico de monitoramento e avaliação, consistirá na verificação do cumprimento do objeto, podendo o gestor da parceria:

a) concluir que houve cumprimento integral do objeto ou cumprimento parcial com justificativa suficiente quanto às metas não alcançadas; ou

b) concluir que o objeto não foi cumprido e que não há justificativa suficiente para que as metas não tenham sido alcançadas, o que implicará emissão de parecer técnico preliminar indicando glosa dos valores relacionados a metas descumpridas sem justificativa suficiente.

12.14 A análise do relatório de execução financeira será realizada mediante parecer técnico que examinará a conformidade das despesas constantes na relação de pagamentos com as previstas no Plano de Trabalho, considerando a análise da execução do objeto; e verificará a conciliação bancária, por meio da correlação entre as despesas da relação de pagamentos e os débitos na conta.

12.15 A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública concluirá, alternativamente, pela:

a) aprovação da prestação de contas;

b) aprovação da prestação de contas com ressalvas; ou

c) rejeição da prestação de contas e determinação de imediata instauração de tomada de contas especial.

12.16 As impropriedades que derem causa à rejeição da prestação de contas serão registradas em plataforma eletrônica de acesso público, e serão levadas em consideração por ocasião da assinatura de futuras parcerias com a administração pública.

12.17 Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, prorrogável, no máximo, por igual período, para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação.

12.17.1 Transcorrido o prazo para saneamento da irregularidade ou da omissão, não havendo o saneamento, a autoridade administrativa competente, adotará as providências para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis, quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, nos termos da legislação vigente.

12.18 A administração pública apreciará a prestação final de contas apresentada, no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

12.18.1 O transcurso do prazo definido nos termos do caput sem que as contas tenham sido apreciadas não significa impossibilidade de apreciação em data posterior ou vedação a que se adotem medidas saneadoras, punitivas ou destinadas a ressarcir danos que possam ter sido causados aos cofres públicos;

12.19 As prestações de contas serão avaliadas:

I- **regulares**, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

II- **regulares com ressalva**, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III- **irregulares**, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

a) omissão no dever de prestar contas;

b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico;

d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

12.20 A entidade poderá apresentar recurso administrativo no prazo de 15 (quinze) dias após sua notificação quanto à decisão final de julgamento das contas.

12.20.1 O recurso será dirigido à autoridade que proferiu a decisão, a qual, se não a reconsiderar no prazo de 5 (cinco) dias, encaminhará o recurso à autoridade superior.

12.21 Exaurida a fase recursal, no caso de aprovação com ressalvas, o parceiro público providenciará o registro na plataforma eletrônica das causas das ressalvas, que terá caráter educativo e preventivo, o que deve ser considerado na eventual aplicação de sanções.

12.22 Exaurida a fase recursal, no caso de rejeição das contas, o parceiro público notificará a OSC para devolução dos recursos de forma integral.

12.22.1 Não havendo dolo ou fraude, a entidade poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito no termo de fomento e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - SANÇÕES

13.1 A execução da parceria em desacordo com o Plano de Trabalho, com este instrumento, com o disposto na Lei Nacional nº 13.019/2014 ou nas demais disposições normativas aplicáveis, enseja aplicação à instituição, garantida prévia defesa, das seguintes sanções:

I - advertência;

II - suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

III - declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo.

13.1.1 A sanção de advertência tem caráter educativo e preventivo e será aplicada quando verificadas irregularidades que não justifiquem a aplicação de penalidade mais severa.

13.1.2 A sanção de suspensão temporária será aplicada nos casos em que forem verificadas irregularidades na celebração, execução ou prestação de contas da parceria e não se justificar a imposição de penalidade mais grave, considerando-se a natureza e a gravidade da infração cometida, as peculiaridades do caso concreto, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os

danos que dela provieram para o MUNICÍPIO.

13.1.3 As sanções estabelecidas nos incisos II e III são de competência exclusiva do Secretário Municipal.

13.2 É facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista.

13.3 A reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de aplicação da penalidade.

13.3.1 Aplicada a sanção de declaração de inidoneidade, será possível a reabilitação da instituição quando esta ressarcir a administração pública municipal pelos prejuízos resultantes.

13.4 Da decisão administrativa sancionadora cabe recurso administrativo, no prazo de dez dias.

13.4.1 No caso da sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o recurso cabível é o pedido de reconsideração.

13.5Na hipótese de aplicação de sanção de suspensão temporária ou de declaração de inidoneidade, o impedimento da instituição deverá ser lançado no Sistema Integrado de Gestão Governamental - SIGGO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - RESCISÃO E DENÚNCIA

14.1 O presente TERMO DE FOMENTO poderá ser denunciado pelos partícipes, a qualquer tempo, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência para a publicidade dessa intenção;

14.2 O parceiro público poderá rescindir unilateralmente este instrumento, nos casos de descumprimento do disposto na Lei nº 13.019/2014, notadamente, inexecução do objeto, utilização dos recursos em desacordo com o Plano de Trabalho, inadimplemento de quaisquer das cláusulas pactuadas ou constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção nos documentos apresentados pelo parceiro privado.

14.3 A rescisão da parceria será formalizada por meio de Termo de Rescisão, no qual seja definido, no mínimo, o prazo para apresentação da prestação de contas final e a titularidade dos bens remanescentes.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - FORO

15.1.As dúvidas decorrentes da execução da parceria serão objeto de prévia tentativa de solução administrativa, com a participação de órgão encarregado de assessoramento jurídico integrante da estrutura da administração pública;

15.2.Nos casos em que frustrada a solução administrativa, é competente o Foro da Comarca de Goiânia, em uma das suas Varas da Fazenda Pública, para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos decorrentes da parceria.

Goiânia , data da última assinatura eletrônica

Wilson Modesto Pollara
Secretário Municipal de Saúde

Willian da Silva Gomes
Presidente - Centro de Gestão Integrada

Documento assinado eletronicamente por **Cgi centro de gestão integrada registrado(a) civilmente como WILLIAN DA SILVA GOMES**, **Usuário Externo**, em 05/06/2024, às 09:42, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Wilson Modesto Pollara**, **Secretário Municipal de Saúde**, em 05/06/2024, às 17:17, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Camila Gomes Urzeda**, **Assistente Administrativa**, em 05/06/2024, às 17:33, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

Documento assinado eletronicamente por **Eliel Amorim da Silva**, **Gerente de Contratos e Convênios e Credenciamentos**, em 07/06/2024, às 10:06, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.

A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://www.goiania.go.gov.br/sei informando o código verificador **4328914** e o código CRC **138F96F3**.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

Referência: Processo Nº 24.29.000016641-2 SEI Nº 4328914v1

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

N R GILLET REPRESENTACOES E EMPREENDIMENTOS SOCIAIS LTDA, sociedade empresária limitada, inscrita no CNPJ nº 00.961.049/0001-00, com sede e domicílio na Av. R. 9A, nº 160, QD11A LT 09 SL 704, Setor Aeroporto – Goiânia - GO, 74.075-250, representada na forma de seus atos constitutivos vem por meio desde, **Atestar para os devidos fins que Centro de Gestão Integrada – CGI associação de direito privado**, na forma de associação civil, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.469/0001-60, tendo sede e foro em Goiânia, Estado de Goiás na Rua 10, n.85, quadra 31, Lote E1, Sala 2 - St. Mal. Rondon, Goiânia - GO, 74560-390, por meio de contrato de parceria e cooperação firmado, vem prestando serviços de gestão e à execução de serviços de saúde nesta Policlínica CNES 3381404. Sendo serviços médico-hospitalares, exames diagnósticos complementares e laboratoriais, atendimento clínico ambulatorial de pacientes para consultas e avaliações periódicas. Ênfase na administração e no monitoramento de terapias em contextos clínicos e hospitalares, com observância às diretrizes estabelecidas pelos órgãos reguladores de saúde, como a ANVISA. Atestamos, ainda, que tais serviços estão sendo executados satisfatoriamente, não constando, em nossos registros, até a presente data, fatos que desabonem sua conduta, cumprindo com suas responsabilidades e obrigações contratuais aperfeiçoando técnicas e práticas de aprimorando a performance dos serviços executados.

Goiânia, 10 de outubro de 2024.

N R GILLET REPRESENTACOES E EMPREENDIMENTOS SOCIA:00961049000100

Assinado de forma digital por N R GILLET REPRESENTACOES E EMPREENDIMENTOS SOCIA:00961049000100
Dados: 2024.10.10 15:03:56 -03'00'

_____

N R GILLET REPRESENTACOES E EMPREENDIMENTOS SOCIAIS LTDA
CNPJ/MF sob nº 00.961.049/0001-00

N R GILLET REPRESENTACOES E EMPREENDIMENTOS SOCIAIS LTDA
CNPJ/MF sob nº 00.961.049/0001-00

CONTRATO DE PARCERIA E COOPERAÇÃO

PARTES CONTRATANTES

Contrato de Parceria e Cooperação firmado entre:

CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA – CGI, sociedade empresária de direito privado, inscrita no CNPJ nº 22.579.469/0002-40, com sede na R 101, nº 289, Quadra F 17, Lote 29, Casa 1, Setor Sul, Goiânia – Goiás
– CEP 74.080-150, representada pela Diretora Presidente, Sra. JOSANNE MARQUES GONAZAGA ALCÂNTARA, brasileira, casada, administradora de empresas, inscrita no CPF sob o nº 001.053.961-17, residente e domiciliada na Rua Madri, Quadra 22, Lote 32, Condomínio Jardins Madri, Goiânia-GO, CEP: 74.369-060.

E **N R GILLET REPRESENTACOES E EMPREENDIMENTOS SOCIAIS LTDA**, sociedade
empresária limitada, inscrita no CNPJ nº 00.961.049/0001-00, com sede e domicílio na Av. R. 9A, nº 160, QD11A LT 09 SL 704, Setor Aeroporto – Goiânia - GO, 74.075-250 , representada na forma de seus atos constitutivos.

Ambas as partes, conjuntamente denominadas “Partes”, resolvem firmar o presente Contrato de Parceria e Cooperação, observando-se o disposto nos artigos 196 e 199, §1° da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), bem como o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução n. 1.9311 de 17/9/2009 do Conselho Federal de Medicina (CFM), com fundamento nos artigos 422, 425 e 594 do Código Civil Brasileiro,além das disposições legais aplicáveis, e de acordo com as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente contrato tem por objeto a formalização de uma parceria entre o CGI (Centro de Gestão Integrada)e a N R GILLET REPRESENTACOES E EMPREENDIMENTOS SOCIAIS LTDA para a implementação
do Projeto de Pesquisa e Aplicação Terapêutica do Canabidiol. Este projeto visa à gestão e à execução de umagama de serviços de saúde, com ênfase na administração e no monitoramento de terapias à base de canabidiol (CBD) em contextos clínicos e hospitalares, com observância às diretrizes estabelecidas pelos órgãos reguladores de saúde, como a ANVISA.

As atividades compreendidas neste contrato incluem, mas não se limitam a:

1. Serviços Médico-Hospitalares: Internações hospitalares de pacientes elegíveis para tratamentos experimentais e/ou convencionais envolvendo o uso de canabidiol.
2. Procedimentos cirúrgicos em que a utilização de canabidiol seja indicada como parte do protocolo terapêutico.
3. Exames diagnósticos complementares e laboratoriais para acompanhamento e monitoramento dos efeitos do canabidiol sobre as condições clínicas dos pacientes.

ATESTADO PRESTAÇAO DE SERVIÇO DA SAUDE

MATERNIDADE E HOSPITAL DOM BOSCO LTDA , pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.029.827/0001 -28, com sede no endereço Rua 10, nº 85, Quadra 31, Lote 1E, Setor Marechal Rondon, Goiânia/Go, representada pela sócia administradora Sr a. ALESSANDRA KARITAS FREITAS E SILVA, brasileira, divorciada, empresária, portadora do documento de identidade nº 3427175 2ª via PC/GO, inscrita no CPF/MF sob nº 951.610.661 -72, venho por meio desde, **Atestar para os devidos fins que Centro de Gestão Integrada – CGI** associação de direito privado, na forma de associação civil, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.469/0001-60, tendo sede e foro em Goiânia, Estado de Goiás na Avenida C -255 nº 270, Quadra 588, Lotes 4/8, Salas 604/605, Ed. Centro Empresarial Sebba, Setor Nova Suíça, Goiânia -GO, CEP 74.280 -010, prestou serviços na área de saúde e apoio técnico a equipe administrativa e técnica para esta empresa via contrato de cooperação, do período de 09/01/2023 a 21/09/2024 cumprindo suas obrigações contratuais aperfeiçoando técnicas e práticas de aprimorando a performance dos serviços executados, destacando os serviços de saúde inerente 23 leitos com consultas e exames e Cirurgias, oftalmológicos, obstétricas, cirurgiãs geral, atendimentos nas áreas ginecologia, psicologia, oftalmo , nutrição e Geralista, exames de imagem, raio-X ultrassonografia, mamografia entre outros além de disponibilizar consultas médica via Telemedicina

Goiânia dia 30 Setembro de 2024 .

HOSPITAL DOM BOSCO LTDA:00029827000128

Assinado de forma digital por HOSPITAL DOM BOSCO LTDA:00029827000128
Dados: 2024.09.30 11:34:11 -03'00'

MATERNIDADE E HOSPITAL DOM BOSCO LTDA
CNPJ/MF sob nº 00.029.827/0001-28
Sra. ALESSANDRA KARITAS FREITAS E SILVA
CPF/MF sob nº 951.610.661-72

Página de assinaturas



Josanne Alcântara
001.053.961-17
Signatário

HISTÓRICO

10 set 2024 07:17:19 — **Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara** criou este documento. (Email: cgicentrogestaointegrada@gmail.com)

10 set 2024 07:17:34 — **Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara** *(Email: josannegonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)* visualizou este documento por meio do IP 170.0.74.122 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

10 set 2024 07:17:38 — **Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara** *(Email: josannegonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)* assinou este documento por meio do IP 170.0.74.122 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

Titulação de especialistas em administração hospitalar dos membros da diretoria e gerência

Faculdade IGUAÇU

O Diretor da Faculdade Iguaçu, no uso de suas atribuições, confere o título de Especialista a

JOSANNE MARQUES GONZAGA DE CASTRO ALCÂNTARA

Nacionalidade brasileira, natural de Goiânia/GO, portador (a) do RG n.º 4221503 e do CPF n.º 001.053.961-17, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em, ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, integralizado no período de 13 de julho de 2022 a 30 de janeiro de 2023, em conformidade com as disposições previstas na Resolução CNE/ CES nº 1, de 06/04/2018, outorgando-lhe o presente CERTIFICADO, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Capanema-PR, 30 de janeiro de 2023.

Diretor Geral
Jobson Arruda

Aluno(a)

Secretária
Talia Silva

FACULDADE IGUAÇU

Credenciada pela Portaria MEC nº 1.640, de 19 de SETEMBRO de 2019.

Certificado emitido e registrado de acordo com a Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.

Registro nº FI20233361
Livro nº FI2023 Folha n.º 3362

Capanema-PR, 30 de janeiro de 2023.

Secretária Acadêmica

FACULDADE IGUAÇU - Pós-Graduação -

HISTÓRICO ESCOLAR DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM: **ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**
ÁREA DE CONHECIMENTO DO CURSO: **NEGÓCIOS, ADMINISTRAÇÃO E DIREITO**
CARGA HORÁRIA TOTAL: **700 HORAS/AULA**

DISCIPLINA	CH	FREQUÊNCIA	NOTA	CORPO DOCENTE	TITULAÇÃO
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS	50	100%	10.0	MARIA DAS GRAÇAS SILVA VIEIRA	DOUTORA
ÉTICA GERAL E PROFISSIONAL	50	100%	9.0	TAMILYS TEIXEIRA CASALECHI	MESTRA
DOCÊNCIA DO ENSINO SUPERIOR	50	100%	10.0	TAMILYS TEIXEIRA CASALECHI	MESTRA
METODOLOGIA CIENTÍFICA	50	100%	10.0	ARLEY FIGUEIREDO PORTUGAL	DOUTOR
DIREITOS HUMANOS	50	100%	9.0	ARLEY FIGUEIREDO PORTUGAL	DOUTOR
INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS	50	100%	9.0	UDSON LEANDRO FAGUNDES DIAS	ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS E SUPRIMENTOS HOSPITALARES	50	100%	8.0	MARIA DO ROSARIO MARTINS DA SILVA	MESTRE
CONTROLADORIA CUSTOS E ORÇAMENTOS	50	100%	9.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
EPIDEMIOLOGIA E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	50	100%	10.0	MARIETA TORRES DE ABREU ASSIS	DOUTORA
FERRAMENTAS DE GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	50	100%	9.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
GESTÃO DE RISCOS PROFISSIONAIS E SEGURANÇA DO PACIENTE	50	100%	8.0	JOSÉ FERNANDO MOREIRA PEIXOTO	ESPECIALISTA
GESTÃO DE PESSOAS E CLIMA ORGANIZACIONAL	50	100%	8.0	FERNANDO FRANCA MONTEIRO DE BARROS	MESTRE
MARKETING EM SAÚDE	50	100%	8.0	JOSÉ FERNANDO MOREIRA PEIXOTO	ESPECIALISTA
SISTEMA DE SAÚDE E SAÚDE SUPLEMENTAR	50	100%	9.0	JOSÉ FERNANDO MOREIRA PEIXOTO	ESPECIALISTA

- Aluno (a) dispensado (a) do Trabalho de Conclusão de Curso de acordo com a Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018, emitida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE/CE)

Declaração: A IES declara que o Curso Especialização cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.

FACULDADE INTERVALE

FACULDADE INTERVALE

Portaria Mec Nº 2392 de 07/11/2001 Publicada no D.O.U em 08/11/2001 | Portaria Mec Nº 800 de 26/10/2015 Publicada no D.O.U em 27/10/2015 | Portaria Mec Nº 370 de 20/04/2018 Publicada no D.O.U em 23/04/2018 | Portaria Mec Nº 942 de 13/09/2018 Publicada no D.O.U em 14/09/2018

Portaria recredenciamento Mec Nº 1.069 de 23/12/2020 Publicada no D.O.U em 28/12/2020

Certificado

A FACULDADE INTERVALE no uso de suas atribuições regimentais confere o presente certificado a **JOSÉ ISRAEL SÁNCHEZ ROBLES**, Equatoriano, nascido a **31/08/1976** portador do documento **CPF nº 731.193.421-49**, por ter concluído o curso de Pós-Graduação Lato Sensu em

GESTÃO HOSPITALAR

Com carga horária de **420 horas**.

Mantena/MG, 30 de Setembro de 2022.

ASSINADO DIGITALMENTE
Validade jurídica assegurada conforme MP 2.200-2/2001, que instituiu a ICP-Brasil
BRyTecnologia

ALEX MARCIEL DA SILVA:66483115172
664.831.151-72

Emitido por: AC SAFEWEB CD

Data: 13/10/2022

Prof. MSc Alex Marciel da Silva
Diretor Geral

Assinatura Eletrônica
13/10/2022 20:51 UTC
BRy
731.***.***-49
José Israel Sánchez Robles

José Israel Sánchez Robles

HISTÓRICO ACADÊMICO

Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em GESTÃO HOSPITALAR

NOME DO(A) ALUNO(A): JOSÉ ISRAEL SÁNCHEZ ROBLES	PERÍODO: 27/06/2022 A 27/09/2022
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DO CURSO: SAÚDE E BEM-ESTAR	

Disciplina	CH	Frequência	Nota	Corpo Docente	Titulação
Acreditação Hospitalar	60	100%	10	José Roberto dos Passos Júnior	Mestre
Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares	60	100%	10	Jéssica Gomes de Arvelos	Especialista
Política Nacional de Saúde	60	100%	10	Vanessa Magalhães Prados Oliveira	Especialista
Metodologia da Pesquisa Científica I	30	100%	10	Welito José da Silva	Doutor
Organização e Gestão em Vigilância em Saúde	60	100%	10	José Roberto dos Passos Júnior	Mestre
Organização Estrutural e Funcional do Hospital	60	100%	10	Caroline Cardoso Marra	Mestre
Vigilância Sanitária	60	100%	10	José Roberto dos Passos Júnior	Mestre
Metodologia da Pesquisa Científica II	30	100%	10	Alex Marciel da Silva	Mestre
Carga Horária Total: 420 Horas					

Obs: Aluno(a) dispensado(a) de apresentar trabalho de conclusão de curso (TCC) como requisito obrigatório para a certificação de especialização de acordo com a Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018, emitida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

Portaria Credenciamento EAD MEC Nº 370 de 20/04/2018 (D.O.U 23/04/2018) Portaria Credenciamento EAD MEC Nº 942 de 13/09/2018 (D.O.U 14/09/2018) Portaria Recredenciamento MEC Nº 1.069 de 23/12/2020 (D.O.U 28/12/2020).

O presente curso cumpriu com todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº 01, DE 06 DE ABRIL DE 2018, tendo o certificado validade em todo o território nacional.

REGISTRO DO CERTIFICADO

Registrado sob o nº_1339__no livro nº__22_folha nº___67__ em ___30___/___09____/___2022_____

Faculdade IGUAÇU

O Diretor da Faculdade Iguaçu, no uso de suas atribuições, confere o título de Especialista a

THIAGO CARVALHO RORIZ PINA

Nacionalidade brasileira, natural de Goiânia/GO, portador (a) do RG n.º 4043015 e do CPF n.º 710.870.791-87, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em, ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, integralizado no período de 24 de junho de 2022 a 28 de outubro de 2022, em conformidade com as disposições previstas na Resolução CNE/ CES nº 1, de 06/04/2018, outorgando-lhe o presente CERTIFICADO, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Capanema, 28 de outubro de 2022.

Diretor Geral
Jobson Arruda

Aluno(a)

Secretária
Talia Silva

HISTÓRICO ESCOLAR DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM: **ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**
ÁREA DE CONHECIMENTO DO CURSO: **NEGÓCIOS, ADMINISTRAÇÃO E DIREITO**
CARGA HORÁRIA TOTAL: **700 HORAS/AULA**

DISCIPLINA	CH	FREQUÊNCIA	NOTA	CORPO DOCENTE	TITULAÇÃO
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS	50	100%	10.0	MARIA DAS GRAÇAS SILVA VIEIRA	DOUTORA
ÉTICA GERAL E PROFISSIONAL	50	100%	10.0	FLAVIO MARCELO CORREIA	DOUTOR
DOCÊNCIA DO ENSINO SUPERIOR	50	100%	10.0	TAMILYS TEIXEIRA CASALECHI	MESTRA
METODOLOGIA CIENTÍFICA	50	100%	9.0	TAMILYS TEIXEIRA CASALECHI	MESTRA
DIREITOS HUMANOS	50	100%	10.0	MARIA DAS GRAÇAS SILVA VIEIRA	DOUTORA
INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS	50	100%	10.0	UDSON LEANDRO FAGUNDES DIAS	ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS E SUPRIMENTOS HOSPITALARES	50	100%	10.0	MARIA DO ROSARIO MARTINS DA SILVA	MESTRE
CONTROLADORIA CUSTOS E ORÇAMENTOS	50	100%	10.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
EPIDEMIOLOGIA E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	50	100%	9.0	MARIETA TORRES DE ABREU ASSIS	DOUTORA
FERRAMENTAS DE GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	50	100%	10.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
GESTÃO DE RISCOS PROFISSIONAIS E SEGURANÇA DO PACIENTE	50	100%	10.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
GESTÃO DE PESSOAS E CLIMA ORGANIZACIONAL	50	100%	9.0	FERNANDO FRANCA MONTEIRO DE BARROS	MESTRE
MARKETING EM SAÚDE	50	100%	10.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
SISTEMA DE SAÚDE E SAÚDE SUPLEMENTAR	50	100%	10.0	JOSÉ FERNANDO MOREIRA PEIXOTO	ESPECIALISTA

- Aluno (a) dispensado (a) do Trabalho de Conclusão de Curso de acordo com a Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018, emitida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE/CE)

Declaração: A IES declara que o Curso Especialização cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.

FACULDADE IGUAÇU

Credenciada pela Portaria MEC nº 1.640, de 19 de SETEMBRO de 2019.

Certificado emitido e registrado de acordo com a Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.

Registro nº FI20222671
Livro nº FI2022 Folha n.º 2672

Capanema, 28 de outubro de 2022.

Secretária Acadêmica

FACULDADE IGUAÇU - Pós-Graduação -

Instituto Unificado de Ensino Superior Objetivo

OBJETIVO

O Diretor do Instituto Unificado de Ensino Superior Objetivo, no uso de suas atribuições e tendo em vista a colação de grau no Curso Superior de Formação Específica de Gestão Hospitalar, em 08 de abril de 2011, por

Denise de Freitas

brasileira, natural do Estado de Goiás, nascida a 06 de dezembro de 1978
R.G. n.º 3832428 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 08 de abril de 2011

Secretário(a)

Denise de Freitas
Diplomada

Diretor(a)

Diretor: Prof. Eduardo Mendes Reed
Secretário Geral: Kiochi Watanabe

Instituto Unificado de Ensino Superior Objetivo

Curso Superior de Formação Específica de Gestão Hospitalar

Reconhecido nos termos da Portaria Normativa MEC nº 40, de 12/12/2007, republicada no DOU de 29/12/2010

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

Secretaria Geral

Departamento de Registros de Diplomas

Diploma registrado sob n.º 1221

Processo n.º 2014.1.01221

nos termos do Artigo 48 § 1º da Lei 9394/96.

São Paulo, 21 de fevereiro de 2014

De acordo.

Prof. Edison Fernandes
Secretário Geral Adjunto
RG: 2.813.885

Faculdade IGUAÇU

O Diretor da Faculdade Iguaçu, no uso de suas atribuições, confere o título de Especialista a

RAFAEL MARCELO DE FARIA

Nacionalidade brasileira, natural de Goiânia/GO, portador (a) do RG n.º 3563398 e do CPF n.º 882.929.161-72, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em, ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, integralizado no período de 22 de junho de 2022 a 01 de fevereiro de 2023, em conformidade com as disposições previstas na Resolução CNE/ CES nº 1, de 06/04/2018, outorgando-lhe o presente CERTIFICADO, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Capanema-PR, 01 de fevereiro de 2023.

Diretor Geral
Jobson Arruda

Aluno(a)

Secretária
Talia Silva

HISTÓRICO ESCOLAR DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM: **ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**
ÁREA DE CONHECIMENTO DO CURSO: **NEGÓCIOS, ADMINISTRAÇÃO E DIREITO**
CARGA HORÁRIA TOTAL: **700 HORAS/AULA**

DISCIPLINA	CH	FREQUÊNCIA	NOTA	CORPO DOCENTE	TITULAÇÃO
LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS	50	100%	10.0	MARIA DAS GRAÇAS SILVA VIEIRA	DOUTORA
ÉTICA GERAL E PROFISSIONAL	50	100%	9.0	FLAVIO MARCELO CORREIA	DOUTOR
DOCÊNCIA DO ENSINO SUPERIOR	50	100%	10.0	TAMILYS TEIXEIRA CASALECHI	MESTRA
METODOLOGIA CIENTÍFICA	50	100%	10.0	ARLEY FIGUEIREDO PORTUGAL	DOUTOR
DIREITOS HUMANOS	50	100%	10.0	ARLEY FIGUEIREDO PORTUGAL	DOUTOR
INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS	50	100%	10.0	UDSON LEANDRO FAGUNDES DIAS	ESPECIALISTA
ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS E SUPRIMENTOS HOSPITALARES	50	100%	10.0	MARIA DO ROSARIO MARTINS DA SILVA	MESTRE
CONTROLADORIA CUSTOS E ORÇAMENTOS	50	100%	10.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
EPIDEMIOLOGIA E GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	50	100%	10.0	MARIETA TORRES DE ABREU ASSIS	DOUTORA
FERRAMENTAS DE GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	50	100%	10.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
GESTÃO DE RISCOS PROFISSIONAIS E SEGURANÇA DO PACIENTE	50	100%	10.0	JOSÉ FERNANDO MOREIRA PEIXOTO	ESPECIALISTA
GESTÃO DE PESSOAS E CLIMA ORGANIZACIONAL	50	100%	10.0	FERNANDO FRANCA MONTEIRO DE BARROS	MESTRE
MARKETING EM SAÚDE	50	100%	10.0	JOBSON ARRUDA DE ALMEIDA	ESPECIALISTA
SISTEMA DE SAÚDE E SAÚDE SUPLEMENTAR	50	100%	10.0	JOSÉ FERNANDO MOREIRA PEIXOTO	ESPECIALISTA

- Aluno (a) dispensado (a) do Trabalho de Conclusão de Curso de acordo com a Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018, emitida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE/CE)

Declaração: A IES declara que o Curso Especialização cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.

FACULDADE IGUAÇU

Credenciada pela Portaria MEC nº 1.640, de 19 de SETEMBRO de 2019.

Certificado emitido e registrado de acordo com a Resolução CNE/CES N° 1, de 6 de abril de 2018.

Registro nº FI20233860
Livro nº FI2023 Folha n.º 3861

Capanema-PR, 01 de fevereiro de 2023.

Secretária Acadêmica

FACULDADE IGUAÇU - Pós-Graduação -

FACULDADE FAC LIONS
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE GOIÁS
Ensino com qualidade

Fundação Educacional de Goiás
Faculdade Lions

Nós Servimos
Em 208 países

Certificado

O Diretor Geral da Faculdade Lions – Fac-Lions, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação **"Lato Sensu"**, em **ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, com carga horária de 500 horas,** consoante os termos da Resolução nº 01/2007 do Conselho Nacional de Educação, confere a

André Luiz Braga das Dores

brasileiro (a), nascimento em 01 de janeiro de 1967, em Belo Horizonte - MG, CPF nº 649.392.276-34, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia – GO, 27 de novembro de 2013.

André Luiz das Dores Braga
Concluinte

Zander Campos da Silva
FEG – Fundação Educacional de Goiás
Presidente

Ronaldo Nielson
Diretor Geral

Ednamar Fátima de Urzêdo Vitória
Diretora Acadêmica

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida República do Líbano, esq. c/ Rua Nº 22 - Setor Oeste - Goiânia - GO
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-2222 - FAX: (62) 3092-5600

020619021309230849000098 - Consulte
http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 14 de fevereiro de 2019.
Marcos Deleon Oliveira dos Santos -
Escrevente

Fundação Educacional de Goiás
Faculdade Lions - Fac Lions

Homologação regimental pela Portaria de Autorização do Ministério da Educação e Cultura MEC nº 1.884 de 22/08/2001.

André Luiz Braga das Dores

Histórico

Disciplinas	Docentes	Titulação	Carga Horária	Notas
Administração Financeira e Custos Hospitalares	Roberto Martins Alves	Especialista	24	8,5
Administração Hospitalar: Serviços de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Lavanderia e Limpeza	Olimpio Silvio Pessoa Tavora	Especialista	44	9,0
Administração Tributária e Controladoria	Roberto Martins Alves	Especialista	24	9,0
Avaliação de Indicadores de Saúde	Jorge Tannus Esper	Mestre	11	9,5
Bioestatística	Márcio Augusto Rodrigues	Mestre	22	8,5
Bioética e Legislação em Saúde	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	11	9,0
Controle em Vigilância Sanitária e Epidemiológica	Cláudia Bueno Alves	Mestre	22	9,0
Didática do Ensino Superior	Marcelo de Mello	Doutor	22	8,0
Evolução e Histórico Social da Saúde	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	11	8,0
Gestão de Capital Humano	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	22	9,0
Gestão de Marketing em Saúde e Qualidade	Jorge Tannus Esper	Mestre	11	9,0
Metodologia da Pesquisa Científica	Dionilson Mendes Gomes Pinheiro	Mestre	22	8,5
Organização e Sistemas de Saneamento Básico	Cláudia Bueno Alves	Mestre	22	8,5
Planos de Saúde e Cenários de Negociação	Giuseppina Pellegrini	Especialista	24	8,0
Políticas Sociais	Armênia de Lima	Especialista	22	9,0
Sistemas de Informação na Gestão Hospitalar: Sistemas Público e Privado	Hernani Vaz Kruger	Especialista	24	8,0
Teoria Geral da Administração: Planejamento e Qualidade da Administração Sanitária	Rita de Cássia Del Bianco	Mestre	22	8,0
Sub-Total de Horas : Aula Presencial			360	8,6
Elaboração de Projeto e Desenvolvimento de Regulamento, Organograma, Regimento e Fluxograma	Dionilson Mendes Gomes Pinheiro	Mestre	30	9,0
Monografia com Pesquisa de Campo	Dionilson Mendes Gomes Pinheiro	Mestre	70	9,0
Relatório de Visita Técnica	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	20	9,0
Trabalho em Equipe com Apresentação de Seminário	Paula Cristina Luiz	Especialista	20	9,0
Sub-Total de Horas : Atividades Extra-Curriculares			140	9,0
Monografia : A SATISFAÇÃO DOS CLIENTES INTERNOS DO HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA				
Carga Horária Total :			500	

PERÍODO DO CURSO :fevereiro/2011 a agosto/2012
LOCAL DO CURSO : Goiânia

Registrado no livro de expedição de Certificados de Cursos de Pós- Graduação Lato Sensu pela Fac Lions sob nº 0093, pág. 33.

Goiânia/Goiás, 27 de novembro de 2013

Secretária Geral

CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
0206190213092309490009 9 - Consulte http \\extrajudicial tjgo jus br\selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original
Goiânia-GO, 14 de fevereiro de 2019.
Marcos Deleon Oliveira dos Santos - Escrevente

1º Tabelionato de Notas de Goiânia
Marcos Deleon O. dos Santos
Escrevente

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os fins que se fizerem necessários, que *JANE FREITAS DOS SANTOS OLIVEIRA* freqüentou regularmente o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar/SUS/UCG. Ressaltamos que o curso iniciou-se em julho/02 com término em dezembro/02, perfazendo um total de 360 horas/aula.

Goiânia, 11 de Junho de 2003.

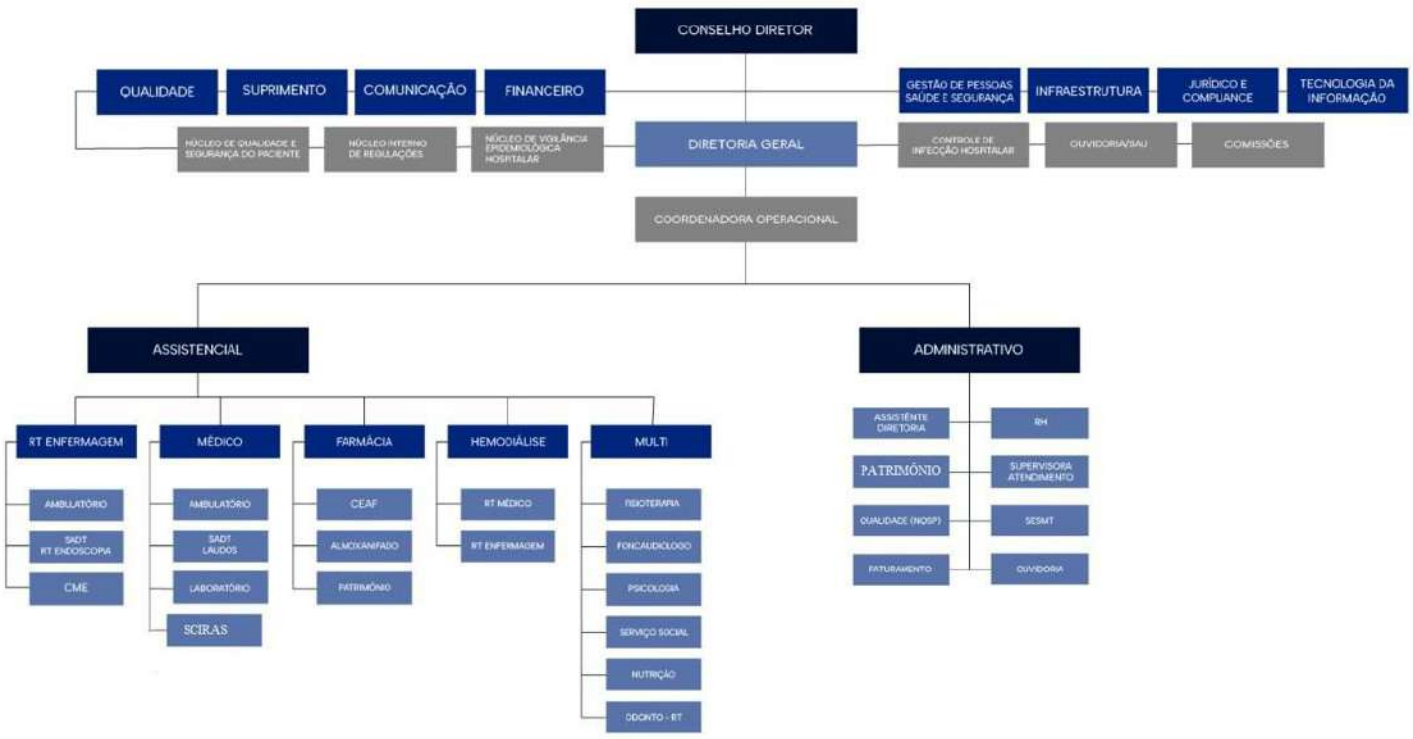
CARLOS ALBERTO LISBOA VIEIRA
Coordenador do Curso/SES

CGI
Centro de Gestão Integrada

ORGANOGRAMA

DA UNIDADE

POLICLÍNICA ESTADUAL

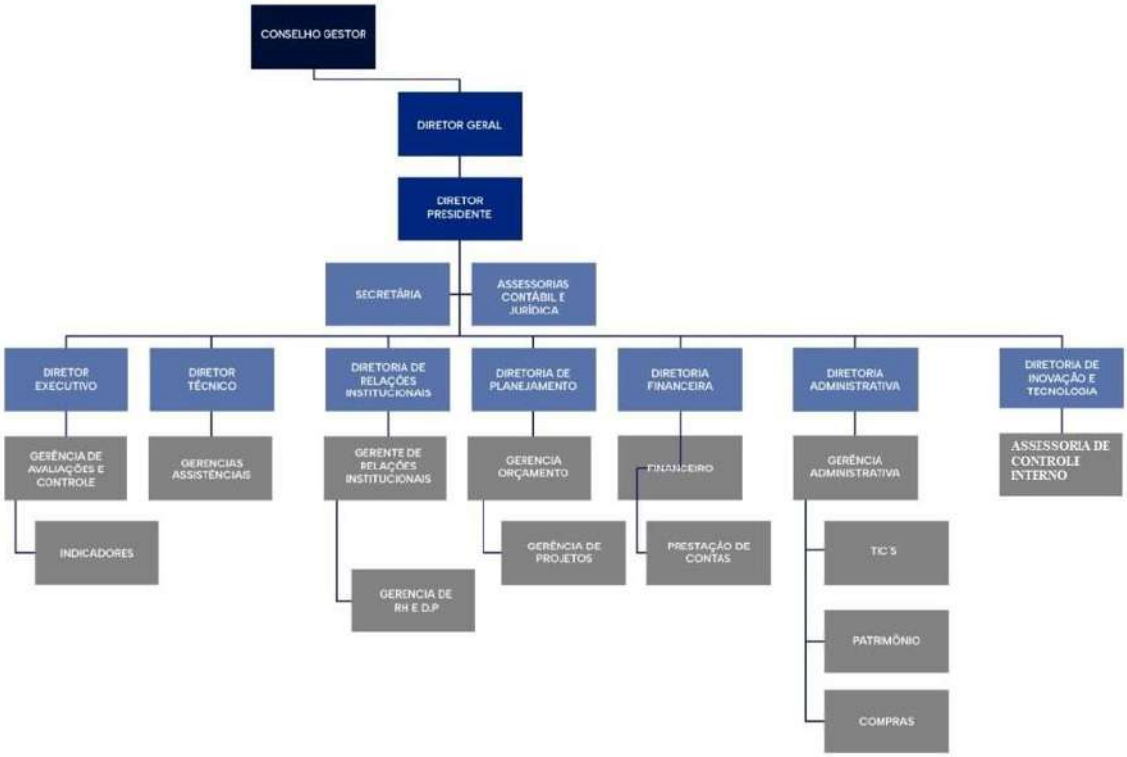


CGI
Centro de Gestão Integrada

ORGANOGRAMA

DA ENTIDADE

ORGANOGRAMA



Definição das competências de cada membro do corpo diretivo

Setor	Responsabilidades	Subunidades
Coordenador Operacional	Supervisão geral da Policlínica e decisões estratégicas	Diretor Geral -CGI
Setor Administrativo	Gestão das funções administrativas, conformidade legal e coordenação geral	Recursos Humanos, Departamento Financeiro, Departamento Jurídico
Setor Clínico	Serviços médicos prestados pela Policlínica	Equipe Médica, Serviços de Enfermagem, Farmácia
Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Serviços diagnósticos e terapêuticos	Departamento de Imagem, Serviços de Laboratório, Unidades de Fisioterapia/Terapia
Setor de Atendimento ao Paciente	Gestão do atendimento diário dos pacientes e serviços de suporte	Recepção/Admissão, Suporte ao Paciente, Serviços de Emergência
Setor de Suprimentos e Logística	Gerenciamento da compra de suprimentos e controle de estoque	Compras, Controle de Estoque
Setor de Manutenção e Segurança	Manutenção da infraestrutura física e protocolos de segurança	Manutenção, Segurança
Setor de Tecnologia da Informação (TI)	Gerenciamento de infraestrutura tecnológica e suporte técnico	Sistemas de Gestão de Pacientes, Suporte Técnico
Setor de Qualidade e Controle Interno	Implementação e monitoramento das políticas de qualidade	Auditoria Interna, Segurança do Paciente
Setor de Educação Continuada e Capacitação	Capacitação constante do corpo clínico e administrativo	Capacitação Profissional, Estágios

Setor de Ouvidoria e Atendimento ao Usuário	Recepção de feedback e fornecimento de suporte aos usuários	Ouvidoria, Atendimento ao Usuário
Coordenação de Unidades Especializadas	Coordenação de setores médicos especializados	Unidades Especializadas, Gestão dos Recursos Especializados
Setor de Projetos e Expansão	Identificação e implementação de novos projetos	Desenvolvimento de Projetos, Parcerias e Convênios
Setor de Planejamento e Gestão de Metas	Definição de metas e monitoramento do desempenho	Planejamento Estratégico, Indicadores de Desempenho
Setor de Tecnologia da Informação e Inovação	Avaliação e implementação de novas tecnologias	Desenvolvimento e Manutenção de Sistemas, Segurança da Informação, Inovação Tecnológica
Setor de Responsabilidade Social e Projetos Comunitários	Desenvolvimento de iniciativas de saúde na comunidade local	Projetos Sociais, Voluntariado e Parcerias Comunitárias
Setor de Vigilância Epidemiológica	Acompanhamento e controle de surtos e epidemias	Monitoramento de Doenças, Ações Preventivas
Setor de Saúde Mental	Apoio psicológico e psiquiátrico aos pacientes	Atendimento Psicossocial, Integração com Atenção Básica
Setor de Gestão Ambiental	Gestão de resíduos hospitalares e promoção de práticas sustentáveis	Gestão de Resíduos, Sustentabilidade
Setor de Humanização do Atendimento	Atendimento humanizado e suporte ao paciente e familiares	Política Nacional de Humanização (PNH), Apoio ao Paciente e Familiares
Setor de Regulação e Auditoria de Serviços	Gerenciamento de acesso aos serviços especializados e auditoria interna	Regulação de Acesso, Auditoria
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS)	Monitoramento e prevenção de infecções hospitalares	Controle de Infecções, Protocolos de Higiene

Setor de Planejamento de Emergências e Desastres	Preparação para emergências e desastres	Gestão de Riscos, Treinamento de Equipes

Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios

PROTOCOLO DE INTENÇÕES Nº 001/2024.

PROTOCOLO DE INTENÇÕES QUE ENTRE SI CELEBRAM O CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - C G I - E A FACULDADE TECNOLOGICA FALCÃO - FTF.

De um lado, a **CETESP - CENTRO TECNICO DE ENSINO PROFISSIONAL LTDA - ME**., com Inscrição no CNPJ/MF sob o número **12.059.383/0001-52**, com sede social na Rua T-27 n. 677, Setor Bueno, Goiânia, Estado de Goiás, CEP 74210-030, mantenedora da **FACULDADE TECNOLÓGICA FALCÃO – FTF**, aqui representado por sua diretor presidente **PEDRO LUIS PEREIRA NETO**, brasileiro, casado, empresário, com Inscrição no CPF 937.038.051-53, Portador da Cédula de identidade RG. 32.897.330-0, expedida pela SSP/SP, com endereço comercial na Rua T -27, Nº 677, Setor Bueno, Goiânia, GO, CEP: 74.210-030; Do outro lado, **CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA – C G I ,** inscrita no CNPJ sob o nº 22. 579.469/0001 - 60, neste ato representado por Josanne Marques Gonzaga de Castro, brasileira, casada, administradora, portador da cédula de identidade nº42215030 DGPC GO, inscrito no CPF nº001.053.961-17, resolvem celebrar o presente **PROTOCOLO DE INTENÇÕES** que se regerá pela Lei Federal nº 8.666 de 21/06/1993 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Protocolo tem por objeto estabelecer áreas de cooperação para formalização de convênios entre a **CGI e a FTF** no âmbito da graduação em medicina e Saúde Pública, de aprimoramento e/ou aperfeiçoamento, especialização *(lato* e *stricto sensu*), formação de pessoal, desenvolvimento de estágio curricular, formação de pesquisa e de veiculação desta produção, desenvolvimento de programas de software aplicativo, assim como, a implantação de editais de seleção.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS FORMAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Para alcançar os objetivos definidos na cláusula anterior, as instituições signatárias desenvolverão projetos e propostas específicas que, uma vez definidas, serão formalizadas através de instrumentos específicos, nos quais serão definidas as obrigações e responsabilidades técnicas e financeiras de cada uma das instituições.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS COMPROMISSOS

O intercâmbio entre as instituições deverá ser capaz de promover como resultados esperados:

a) Fortalecimento da infraestrutura das duas instituições, por meio do intercâmbio de recursos disponíveis em cada uma delas;

b) Capacidade da INSV para chancelar cursos em nível de Graduação e Pós-graduação por

parte da FACMED;

c) Melhorar a capacidade de produção e disseminação de conhecimento resultante de projetos de pesquisa, desenvolvidos em parceria pelas instituições;

d) Ampliar e melhorar os programas de Pós-graduação já existentes (aperfeiçoamento e/ou aprimoramento) incluindo as residências em saúde.

e) Desenvolvimento de novas tecnologias de ensino, com ênfase na Educação a Distância;

f) Cooperação no desenvolvimento de programas de softwares aplicativos;

g) Desenvolvimento de Programas de Cursos de Graduação e Pós-graduação na área de saúde;

h) Desenvolvimento, elaboração e publicação de editais e monitoramento dos processos seletivos dos programas implantados em parceria com a FTF.

CLÁUSULA QUARTA – DO RECURSO FINANCEIRO

O presente Protocolo não gerará nenhum ônus financeiro às partes.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

Durante a vigência do presente instrumento será lícita a inclusão de novas cláusulas e/ou condições, bem como quaisquer alterações, com exceção no tocante ao seu objeto, as quais poderão ser realizadas através de Termo Aditivo.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

O presente protocolo de Intenções vigorará pelo prazo de 72 (setenta e dois) meses, a contar da data de sua assinatura, com possibilidade de prorrogação, dependendo dos resultados alcançados e dos interesses das partes envolvidas, conforme Ar. 57 inciso II da lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA DENÚNCIA

O presente Protocolo poderá ser denunciado a qualquer momento, desde que a parte interessada, justificadamente, notifique a outra, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICIDADE CENTRO

As comunicações entre os partícipes, inclusive reclamações, notificações e petições sobre o presente Protocolo, serão realizadas por escrito e remetidas aos endereços constantes do preâmbulo deste instrumento.

CLÁUSULA NONA – DA PUBLICAÇÃO

Este Protocolo de Intenções será publicado no Diário Oficial do Estado, a cargo da UEG, na forma de extrato, em consonância com o Parágrafo Único do Art. 61 da lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos serão resolvidos em comum acordo entre as partes, obedecendo aos ditames legais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Fica eleito o Fora da Comarca de Goiânia/GO, para dirimir dúvidas ou litígios oriundos da execução deste instrumento, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, em detrimento ao § 2º da Art. 55 da Lei 8.666/93.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, firmam o presente instrumento em 03
(três) vias de igual teor e forma, as partes e as testemunhas abaixo assinadas, para todos os efeitos legais.

Goiânia, Goiás, 11 de setembro de 2024.

Pedro Luis Pereira Neto

_____

FTF
CNPJ nº 12.059.383/0001-52

Josanne Alcântara
001.053.961-17
Signatário

_____

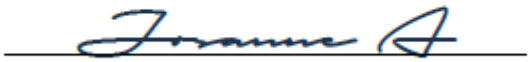
CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA – C G I
CNPJ nº 22.579.469/00001-60

TESTEMUNHAS:

_____
CPF Nº

_____
CPF Nº

Página de assinaturas



Josanne Alcântara
001.053.961-17
Signatário

HISTÓRICO

11 out 2024 16:43:38 — **Josanne Gonzaga** criou este documento. (Email: josanne.gonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)

11 out 2024 16:43:50 — **Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara** *(Email: josannegonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)* visualizou este documento por meio do IP 170.0.74.138 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

11 out 2024 16:43:59 — **Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara** *(Email: josannegonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)* assinou este documento por meio do IP 170.0.74.138 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

De acordo a Lei 13.019/2014, conhecida como Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), estabelece diretrizes para as parcerias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSCs), incluindo requisitos específicos para participação em chamamentos públicos. Entre os critérios exigidos, destaca-se a necessidade de uma estrutura de controle interno eficiente.

No organograma da organização CGI, já consta a presença de um profissional dedicado ao controle interno. Este profissional tem a responsabilidade de garantir a conformidade com as normas e regulamentos aplicáveis, monitorar e avaliar os procedimentos internos, além de implementar mecanismos de transparência e prestação de contas. Sua atuação é fundamental para assegurar a integridade e a eficácia das operações, principalmente no cumprimento das exigências legais que regem as parcerias com o poder público.

A proposta de atuação deste profissional de controle interno no incremento das atividades inclui: Monitoramento contínuo das práticas de gestão: Avaliação dos processos administrativos e financeiros, visando identificar riscos e propor soluções corretivas para otimizar a eficiência operacional.

- Transparência e Prestação de Contas: Implementação de rotinas de auditoria interna e a elaboração de relatórios periódicos que demonstrem a correta aplicação dos recursos, conforme o exigido pela Lei 13.019.
- Apoio na Tomada de Decisões: Oferecer suporte à diretoria e outros setores, fornecendo informações precisas e atualizadas sobre o desempenho das atividades, o que contribui para a tomada de decisões estratégicas.
- Conformidade Legal: Garantir que todas as atividades da organização estejam alinhadas com os requisitos legais, especialmente os previstos no MROSC, promovendo segurança jurídica e evitando possíveis penalidades.

Esse profissional, portanto, tem um papel estratégico para o sucesso das atividades da organização, proporcionando um ambiente de confiança e segurança, o que fortalece a parceria com a administração pública e melhora os resultados dos projetos executados.

Certificado

Credenciamento: Portaria Ministerial nº 1.776, de 01 de Novembro de 2006, publicado no D.O.U, 03 de Novembro de 2006
Credenciamento EAD: Portaria Ministerial nº 623, de 22 de Julho de 2014, publicado no D.O.U, 23 de Julho de 2014
Recredenciamento: Portaria MEC nº 1.069, de 29 de dezembro de 2021, publicado no D.O.U, 30 de dezembro de 2021.

A *FACULDADE FUTURA*, mantida pelo *INSTITUTO DE CIÊNCIA EDUCAÇÃO E TECNOLOGIA DE VOTUPORANGA*, confere o presente certificado de conclusão do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu:

DIREITO APLICADO AOS SERVIÇOS DA SAÚDE

Área de Conhecimento: SAÚDE E BEM-ESTAR SOCIAL

A

WALDIR GOMES PEREIRA

Nacionalidade: Brasileiro (a), Natural do estado: São Paulo,
Nascido(a) em 10 de Agosto de 1964, RG: 1236034/GO.

VOTUPORANGA - SP, 18 de Novembro de 2022.

SHEILA VALQUÍRIA GOMES TIMÓTEO
Diretora

O curso cumpriu todas as disposições da ResoluçãoCNE/CES 001, de 06 de Abril de 2018.

Certificado assinado pela Diretora Sheila Valquíria Gomes Timóteo.

A Pós-Graduação Lato Sensu foi iniciada no dia 01 de Abril de 2021 e concluída em 26 de Outubro de 2022.

FACULDADE FUTURA

Registro n° 140 Livro 44/2022

Folha 140 Data 18/11/2022

HELEN APARECIDA DO NASCIMENTO
Secretário Acadêmico

Tema do Trabalho Final: ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE EM GOIÁS: PROCESSO DE GESTÃO E O DIREITO À SAÚDE .
Professor(a) Orientador(a): DSc. ANA PAULA RODRIGUES
Conceito Final: 10

https://universa.faculdadefutura.com.br/documentos/documento-requerido/consultar-certificado-digital?pesCpf=346.995.621-91&chave=09C6D3D3-AE5E68BE-66E65642-E1D9F48D

09C6D3D3-AE5E68BE-66E65642-E1D9F48D

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM DIREITO APLICADO AOS SERVIÇOS DA SAÚDE			
DISCIPLINA	**NF**	**DOCENTE**	**CH**
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	10,0	DSc. ANA PAULA RODRIGUES	30
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA	10,0	DSc. ANA PAULA RODRIGUES	60
DIREITO DO CONSUMIDOR	10,0	MSc. THIARA DE ÂNGELI PORTO	60
MEDIAÇÃO DE CONFLITOS	9,0	MSc. JOAO VITOR GOMES PINTO	60
MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM EM CONTRATOS ADMINISTRATIVOS	10,0	MSc. JOAO VITOR GOMES PINTO	60
DIREITO PENAL APLICADO À SAÚDE	10,0	MSc. JOAO VITOR GOMES PINTO	60
DANO MORAL E PUNITIVE DAMAGES	7,0	MSc. JOAO VITOR GOMES PINTO	60
DINÂMICA E FUNCIONAMENTO DOS ÓRGÃOS DE DEFESA DO CONSUMIDOR	10,0	ESp. ALEX SANTIAGO LEITE	60
ÉTICA E BIODIREITO	10,0	MSc. ALZENIRA SHWAMBACH VELTEN	60
GESTÃO DE SAÚDE NO BRASIL	10,0	MSc. SABRINA PEREIRA ULIANA PIANZOLI	60
RESPONSABILIDADE CIVIL NA ÁREA DA SAÚDE	8,0	MSc. JOAO VITOR GOMES PINTO	60
DIREITO PROCESSUAL CIVIL APLICADO À SAÚDE	10,0	MSc. JOAO VITOR GOMES PINTO	60
CONSTITUCIONALISMO, DEMOCRACIA E CIDADANIA	7,0	MSc. THIAGO SALES DE OLIVEIRA	60
CARGA HORÁRIA TOTAL			750
O(a) aluno(a) cumpriu a exigência mínima de 75% da frequência em todos os componentes curriculares.			

IV CONGRESSO BRASILEIRO DE

CONTROLE PÚBLICO

23, 24 e 25 de Novembro de 2011 | Aracaju, Sergipe

Combate à Corrupção e Novos Paradigmas do Controle

O Instituto Brasileiro de Direito Público - IBDP certifica que

WALDIR GOMES PEREIRA

participou do IV Congresso Brasileiro de Controle Público, realizado nos dias 23, 24 e 25 de novembro de 2011, em Aracaju-SE, totalizando carga horária de 30h/aula.

Aracaju, 25 de novembro de 2011

Prof. Paulo Modesto
Coordenação Científica

23 de novembro
(quarta-feira)

08:00 - 09:00 CREDENCIAMENTO

09:00 - 12:00 CONFERÊNCIAS DE ABERTURA

CONSELHEIRA MARIA ISABEL NABUCO D'ÁVILA (SE) – SAUDAÇÃO DE ABERTURA

PREFEITO EDVALDO NOGUEIRA (SE) – SAUDAÇÃO DE ABERTURA

GOVERNADOR MARCELO DÉDA (SE) – SAUDAÇÃO DE ABERTURA

MARIA SYLVIA ZANELLA DI PIETRO (SP) – LIMITES NO CONTROLE EXTERNO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: AINDA É POSSÍVEL FALAR EM DISCRICIONARIEDADE ADMINISTRATIVA?

HUMBERTO ÁVILA (RS) – LEVANDO O ADMINISTRADOR PÚBLICO A SÉRIO: A JUSTA MEDIDA DO CONTROLE JUDICIAL DOS ATOS ADMINISTRATIVOS NA TEORIA DOS PRINCÍPIOS

MINISTRO ANDRÉ LUIS DE CARVALHO (DF) – ATUAÇÃO DOS TRIBUNAIS DE CONTAS NOS PREPARATIVOS DA COPA DO MUNDO E DAS OLIMPIADAS

12:00 - 14:00 INTERVALO PARA ALMOÇO

14:00 - 16:30 TEMA CENTRAL: NOVAS PERSPECTIVAS PARA O CONTROLE PÚBLICO

JOSÉ DOS SANTOS CARVALHO FILHO (RJ) – RENOVAÇÃO DO CONTROLE EXTERNO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CONTROLE DA EFICIÊNCIA ADMINISTRATIVA

TIAGO BOCKIE DE ALMEIDA (SE) – AMPLIAÇÃO DO CONTROLE DO ATO ADMINISTRATIVO DISCIPLINAR PELO PODER JUDICIÁRIO: NOVOS PARADIGMAS?

CRISTIANO CHAVES (BA) – DANO MORAL E CONTROLE PÚBLICO: QUANDO A ATIVIDADE DE CONTROLE PROMOVE DANO MORAL?

Debates

16:30 - 17:00 INTERVALO PARA CAFÉ

17:00 - 19:30 TEMA CENTRAL: CONCURSOS PÚBLICOS, APOSENTADORIAS E PENSÕES DOS SERVIDORES PÚBLICOS

RAQUEL MELO URBANO DE CARVALHO (MG) – CONTROLE SOBRE OS CONCURSOS PÚBLICOS: ASPECTOS POLÊMICOS

PAULO MODESTO (BA) – A PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DOS SERVIDORES PÚBLICOS: SEU CONTROLE E SEU IMPACTO SOBRE A ATUAL E AS NOVAS GERAÇÕES DE SERVIDORES PÚBLICOS

JOSÉ SÉRGIO MONTE ALEGRE (SE) – UMA VISÃO CRÍTICA DO CONTROLE DAS APOSENTADORIAS E PENSÕES PELOS TRIBUNAIS DE CONTAS: RESTRIÇÕES (INDEVIDAS?) AO DEVIDO PROCESSO LEGAL NA SÚMULA N. 3 DO STF

Debates

24 de novembro
(quinta-feira)

09:00 - 12:00 TEMA CENTRAL: ÉTICA PUBLICA, COMBATE À CORRUPÇÃO E CONTROLE

MINISTRA ELIANA CALMON (DF) – O CONTROLE ADMINISTRATIVO DO PODER JUDICIÁRIO PELO CNJ

CARLOS AUGUSTO ALCÂNTARA MACHADO (SE) – COMBATE À CORRUPÇÃO: MEDIDAS PREVENTIVAS

MINISTRA ANA ARRAES (DF) – DESAFIOS DO CONTROLE EXTERNO

Debates

12:00 - 14:00 INTERVALO PARA ALMOÇO

14:00 - 16:30 TEMA CENTRAL: CONTROLE DO FOMENTO E DA ATIVIDADE DO ESTADO NA ÁREA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

PEDRO DURÃO (SE) – SELEÇÃO DAS ENTIDADES DO TERCEIRO SETOR: A OBRIGATORIEDADE DO CHAMAMENTO PÚBLICO NO RECENTE DECRETO 7.568, DE 16/09/2011

PATRÍCIA VERÔNICA SOBRAL DE SOUZA (SE) – POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE E SEU CONTROLE PELOS TRIBUNAIS DE CONTAS

LUIZ ARNALDO PEREIRA DA CUNHA JUNIOR (MG) – TERCEIRO SETOR E SEU CONTROLE NA ÁREA DE SAÚDE: INVENTÁRIO CRÍTICO

Debates

16:30 - 17:00 INTERVALO PARA CAFÉ

17:00 - 19:30 TEMA CENTRAL: LICITAÇÕES E CONTROLE PÚBLICO SOBRE AS REVISÕES CONTRATUAIS E OBRAS PÚBLICAS

EDGAR GUIMARÃES (PR) – O NOVO REGIME DIFERENCIADO DE CONTRATAÇÃO (RDC) PARA A COPA DO MUNDO DE 2014: OS PRIMEIROS PASSOS PARA O FIM DA LEI DE LICITAÇÕES 8.666/93

RAFAEL CARVALHO REZENDE OLIVEIRA (RJ) – O CONTROLE SOBRE AS OBRAS PÚBLICAS E AS PPP'S PARA A COPA DO MUNDO DE 2014

ALEXANDRE MAZZA (SP) – FORMAS DE CONTROLE SOBRE A ATUAÇÃO DAS AGÊNCIAS REGULADORAS NA REVISÃO CONTRATUAL E NA ATIVIDADE NORMATIVA

Debates

25 de novembro
(sexta-feira)

09:00 - 12:00 CONFERÊNCIAS DE ENCERRAMENTO

MÁRCIO CAMMAROSANO (SP) – IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA E O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA PÚBLICA: DEVERES E RESPONSABILIDADES DOS ADVOGADOS PÚBLICOS

ORLANDO ROCHADEL MOREIRA (SE) – OS LIMITES DE ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NO COMBATE À IMPROBIDADE DE PREFEITOS MUNICIPAIS POR VIOLAÇÃO A PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: CRÍTICA DA JURISPRUDÊNCIA

MINISTRO JORGE HAGE SOBRINHO (DF) – TRANSPARÊNCIA ADMINISTRATIVA E COMBATE À CORRUPÇÃO: ESTÁGIO ATUAL DO PROJETO DE LEI DE ACESSO A INFORMAÇÃO PÚBLICA NO CONGRESSO NACIONAL

CONSELHEIRO CARLOS ALBERTO SOBRAL DE SOUZA (SE) – SAUDAÇÃO DE ENCERRAMENTO

Carga Horária de 30h/aula

Frequência: 100%

buscando soluções conjuntas e harmoniosas para problemas que envolvam vários municípios.

Na verdade, a região metropolitana existe em um espaço geográfico contínuo e, por vezes heterogêneo, que demanda a análise e o equacionamento dos problemas sob a ótica geral e não meramente particular de cada município.

Por fim, conclui-se que o presente projeto mostra-se extremamente relevante, eis que visa, em essência, estabelecer diretrizes e princípios para a elaboração dos Planos Diretores relativos aos municípios integrantes da Região Metropolitana, visando ao tratamento dos serviços de interesse comum, que extrapolam ao interesse unitário de cada Município, para atuar sobre as questões supramunicipais.

Sala das Sessões, em de de 2011

Luis Cesar Bueno
Deputado Estadual
Líder da Bancada do PT
Presidente da Comissão de Organização dos Municípios
Assembleia Legislativa do Estado de Goiás

.....

ATOS DO PRESIDENTE

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 03 DE FEVEREIRO DE 2011

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve **NOMEAR**, a partir de 1º de fevereiro do ano em curso, para exercerem os cargos em Comissão a seguir de que tratam os Anexos V, V-A e V-B da Resolução nº 1.007, de 20 de abril de 1999, com suas posteriores alterações, os abaixo relacionados:

DIRETOR DE RECURSOS HUMANOS – DAS-3
JACQUELINE NASIAZENE LIMA

SECRETÁRIO DE ASSUNTOS INSTITUCIONAIS – DAS-3
CARLOS HENRIQUE SANTILLO

PROCURADOR GERAL – DAS-3
OTAVILA ALVES PEREIRA DE GUSMÃO

CHEFE DE GABINETE DA PRESIDÊNCIA-DAS-2
LAILA SILVA TEIXEIRA A. BASTOS

CHEFE DA SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA – DAS-2
DENISE CARNEIRO DO VALE

COORDENADOR DE CONTROLE INTERNO E PRESTAÇÃO DE CONTAS – DAS-2
WALDIR GOMES PEREIRA

PRESIDENTE DA COMISSÃO DE LICITAÇÃO - DAÍ-7
KÁTIA MARIA TELLES M. SILVA

CHEFE DE DIVISÃO DE SEGURANÇA - DAÍ-6
JACKSON SIQUEIRA

CHEFE DE SEÇÃO DE ASSUNTOS LEGISLATIVOS - DAÍ-5
LILIANA CUNHA PRUDENTE

CHEFE DE SEÇÃO DE ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS - DAÍ-5
GABRIEL RICARDO JARDIM CAIXETA

CHEFE DE SEÇÃO DE ASSUNTOS JUDICIAIS - DAÍ-5
OTÁVIO BALESTRA NETO

CHEFE DE SEÇÃO DE MANUTENÇÃO E LIMPEZA - DAÍ-5
SILVÉRIO DOS REIS MESSIAS

CHEFE DE SEÇÃO DE PROTOCOLO E ARQUIVO - DAÍ-5
LEDA APARECIDA MOREIRA

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 03 de fevereiro de 2011.

Deputado JARDEL SEBBA
PRESIDENTE

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 04 DE FEVEREIRO DE 2011

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve **NOMEAR**, a partir de 1º de fevereiro do ano em curso, para exercerem os cargos em Comissão a seguir de que tratam os Anexos V, V-A e V-B da Resolução nº 1.007, de 20 de abril de 1999, com suas posteriores alterações, os abaixo relacionados:

CHEFE DA DIVISÃO DE APOIO PARLAMENTAR - DAÍ-6
SANDRA MARIA DE AZEVEDO SIMON CAMELO

CHEFE DA DIVISÃO DE APOIO FINANCEIRO –

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 11 DE MARÇO DE 2013

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve considerar **EXONERADO** a partir de 28 de fevereiro do corrente ano, **ERIC DIAS DA SILVA,** do cargo em Comissão de AGENTE ADMINISTRATIVO – DAÍ-03, de que tratam os Anexos V, V-A e V-B da Resolução nº 1.007, de 20 de abril de 1999, com suas posteriores alterações.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 11 de março de 2013.

Deputado HELDER VALIN
PRESIDENTE

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 11 DE MARÇO DE 2013

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve **NOMEAR** a partir de 1º de março do corrente ano, **ERIC DIAS DA SILVA,** no cargo em Comissão de ASSESSOR NÍVEL III - ANI-3, de que tratam os Anexos V, V-A e V-B da Resolução nº 1.007, de 20 de abril de 1999, com suas posteriores alterações, os abaixo relacionados:

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 11 de março de 2013.

Deputado HELDER VALIN
PRESIDENTE

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 11 DE MARÇO DE 2013

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve **NOMEAR** a partir de 1º de março do corrente ano, **PEDRO HENRIQUE RODRIGUES ARAÚJO,** no cargo em Comissão de ASSESSOR NÍVEL V – ANI-5, de que tratam os Anexos V, V-A e V-B da Resolução nº 1.007, de 20 de abril de 1999, com suas posteriores alterações.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 11 de março de 2013.

Deputado HELDER VALIN
PRESIDENTE

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 11 DE MARÇO DE 2013

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve **RETIFICAR** o **Decreto Administrativo de 1º de fevereiro de 2013 - 3509, na parte** que considerou **NOMEADO,** a partir de 1º de fevereiro do corrente ano, **WALDIR GOMES PEREIRA,** no Cargo em Comissão de COORDENADOR DE CONTROLE INTERNO - DAS-2**,** de que tratam os Anexos V, V-A e V-B da Resolução nº 1.007, de 20 de abril de 1999, com suas posteriores alterações, para considerá-lo **NOMEADO** no Cargo em Comissão de **SECRETÁRIO DE CONTROLE INTERNO - DAS-3.**

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 11 de março de 2013.

Deputado HELDER VALIN
PRESIDENTE

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 11 DE MARÇO DE 2013

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve **RETIFICAR** o **Decreto Administrativo de 1º de fevereiro de 2013 - 3509, na parte** que considerou **NOMEADO,** a partir de 1º de fevereiro do corrente ano, **LEANDRO REZENDE CARNEIRO DE MENDONÇA,** no Cargo em Comissão de **COORDENADOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO - DAS-2,** de que tratam os Anexos V, V-A e V-B da Resolução nº 1.007, de 20 de abril de 1999, com suas posteriores alterações, para considerá-lo **NOMEADO** no Cargo em Comissão de **DIRETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO - DAS-3.**

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 11 de março de 2013.

Deputado HELDER VALIN
PRESIDENTE

DECRETO ADMINISTRATIVO DE 11 DE MARÇO DE 2013

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições legais, resolve **RETIFICAR** o **Decreto Administrativo de 15 de fevereiro de**

EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA E GERÊNCIA EM GESTÃO DE UNIDADE HOSPITALAR QUE ATUARÃO NA UNIDADE, COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO INTERESSE DO TITULAR.

EXPERIÊNCIA PRÉVIA EM DIREÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SIMILAR À UNIDADE DESTE CHAMAMENTO.

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO INTEGRADA
GERÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS - CFP

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para fins de comprovação junto à parte interessada que ANDRÉ LUIZ BRAGA DAS DORES, portador do C.P.F. n. 649.392.276-34, é ex-funcionário(a) desta Secretaria, admitido(a) em 01.01.2010, ocupava o cargo em comissão de Diretor Geral de Unidade de Saúde Porte I, com lotação no Hospital Geral de Goiânia. Foi exonerado em 02.04.2012.

Declaramos ainda que o referido servidor exerceu outro vínculo em comissão no cargo de Diretor Técnico de Unidade de Saúde Porte I, no período de 12.02.2009 a 30.12.2009 e outro vínculo no cargo em comissão de Assessor Especial D, no período de 17.07.2001 a 06.02.2009, com a mesma lotação.

Por ser verdade, firmamos a presente.

COORDENAÇÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO, em Goiânia, aos 30 dias do mês de agosto de 2.019.

ANTÔNIO LUIZ GUEDES
Coordenador da Folha de Pagamento

Caroline Regina Guimarães Magela
Coordenação da Folha de Pagamento
COFP/GGDP/SGI/SES

S.F.A.

02.529.964/0001-57
Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-01 nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - GO

CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS a pedido da interessada, que o médico **ANDRÉ LUIZ BRAGA DAS DORES,** CRM/GO **6756,** respondeu pela Direção Técnica dos estabelecimentos de saúde abaixo relacionados:

- CLÍNICA SANTA PAULA LTDA - CGO - CENTRO GOIANO DE ONCOLOGIA, CRM/E 224, período de 23/03/2004 à 14/02/2006;

- PREFEITURA DE APARECIDA DE GOIÂNIA II - PSF REGIÃO OESTE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA REGIÃO OESTE, CRM/E 1624, período de 29/04/2009 à 10/09/2009;

- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - HGG - HOSPITAL DR. ALBERTO RASSI, CRM/E 452, período de 29/04/2009 à 10/09/2009;

- INSTITUTO SULAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO - ISDG, CRM/E 3763, período de 22/09/2014 à 22/01/2016;

- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AP. DE GOIÂNIA - MATERNIDADE MARLENE, CRM/E 677, período de 05/10/2016 à 28/04/2017;

- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIANÉSIA - UPA I WALTER AUGUSTO FERNANDES, CRM/E 4116 - período de 05/03/2018 à 20/09/2018;

-- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - HEELJ, CRM/E 1679, período de 05/03/2018 à 20/09/2018;

- CLÍNICA DE ANESTESIA LTDA - CLÍNICA DE ANESTESIA, CRM/E 1067, de 14/10/2010 até a presente data.

Por ser verdade, firmamos a presente, para os fins de direito.

Goiânia/GO, 26 de agosto de 2019.

SAMIRA OLÁZIA MARTINS
Coordenadora do Departamento de Registros

Conselho Regional de Medicina do Est. GO — CREMEGO

Rua T-28, N° 245 - Setor Bueno - Fone: (62) 3250-4900 / Fax: (62) 3250-4949 - Caixa Postal: 4115 - CEP: 74.210-040 - Goiânia-GO
www.cremego.org.br / registro@cremego.org.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SUPERINTENDENCIA DE ADMINT E GESTAO DE PESSOAS
DIRETORIA DE GESTAO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
GERENCIA DE ADMINISTRACAO E CONTROLE DE PESSOAL

DECLARACAO FUNCIONAL - 92 / 19

Declaramos para os devidos fins que:

ANDRE LUIZ BRAGA DAS DORES - 863114 - 1

1 - MATRICULA 863114-1, filho de EDELWASS DAS DORES e THEREZINHA BRAGA DAS DORES, nascido a 1/1/1967,(52 anos) portador da Carteira de identidade N. 1509770, CPF N. 64939227634, Pasep 18054991911, residente a AL DOS FLAMBOYANT , No. SN , Qd. 17 , Lt. 05 , RES JARDINS FLORENCA, GOIANIA.

2 - Servidor, ativo, matricula 8631141 DO(A) SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRACAO, Admitido em 6/12/2007, sob o Regime ESTATUTARIO - NOMEADO EFETIVO E ESTAVEL (CONCURSADO) conforme DECRETO N. 2360, exerce o Cargo de MEDICO (GRAU IV), Grau SA4, Padrao D, Funcao de COORDENADOR, no(a) SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE, DIRETORIA DE ATENCAO A SAUDE, Lotado no(a) SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA.

3 - O servidor conta com um tempo total de servico de 11 ano(s), 2 mes(es), 12 dia(s), assim distribuido:
- 11 ano(s), 2 mes(es), 12 dia(s) de servico prestado na Prefeitura

Prefeitura de Goiania, aos 13 dias do mes de fevereiro de 2019

REGINA ROSA DE CASTRO

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
Gerência de Administração e Controle de Pessoal
Marcelo Gonçalves de Araújo

25.141.524/0001-23
Secretaria Municipal de Saúde
Av. do Cerrado nº 999 - Bloco D - Park Lozandes - CEP 74.884-092 Goiânia - GO

Doc. valido por 60(sessenta) dias a partir da emissao. Vecto: 13/04/19

6º CARTÓRIO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
Avenida Republica do Libano, esq. c/ Rua R nº 22, Setor Oeste, Goiânia - Goiás
CEP: 74120-040 - FONE: (62) 3093-3222 - FAX: (62) 3092-6666
02061902130923094900057 - Consulte http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo
AUTENTICAÇÃO. Confere com o Original.
Goiânia-GO, 14 de fevereiro de 2019.
Marcos Deleon Oliveira dos Santos - Escrevente

6º Tabelionato de Notas de Goiânia
Marcos D. O. dos Santos
Escrevente

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de comprovação junto à parte interessada que ANDRÉ LUIZ BRAGA DAS DORES, portador do CPF n. 649.392. 276-34, ocupa o cargo de Diretor Técnico com lotação no Hospital HUGO – Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz, admitido em 20/02/2021 até o presente momento.

Declaramos ainda que o referido servidor realizou e participou da administração e gerenciamento da unidade de saúde o qual operou no **gerenciamento de Unidades de UTI de serviços de saúde públicos, ligadas ao SUS.**

Goiânia - GO, 12 de julho de 2021

Flamarion da Silva Lucas
Diretor Geral/HUGO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por DANILLO PINTO OLIVEIRA DE ALENCAR, em segunda-feira, 12 de julho de 2021 12:06:29 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/66731207211339148710

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 66731207211339148710-1
Data: 12/07/2021 12:04:21
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: ALT73098-KNXK;

CNJ: 06.870-0

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

SUS SES Secretaria de Estado da Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de comprovação junto à parte interessada que ANDRÉ LUIZ BRAGA DAS DORES, portador do CPF n. 649.392. 276-34, ocupa o cargo de Diretor Técnico com lotação no Hospital HUGO – Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz, admitido em 20/02/2021 até o presente momento.

Declaramos ainda que o referido servidor realizou e participou da **administração e gerenciamento da unidade de saúde o qual operou no gerenciamento dos atendimentos dos casos de covid-19 e síndromes respiratórias agudas e serviços de urgência e emergência pré-hospitalar (ou serviço similar) e de serviços em equipamentos de Saúde.**

Goiânia - GO, 12 de julho de 2021

Flamarion da Silva Lucas
Diretor Geral/HUGO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por DANILLO PINTO OLIVEIRA DE ALENCAR, em segunda-feira, 12 de julho de 2021 12:06:29 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/66731207211339148710

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 66731207211339148710-2
Data: 12/07/2021 12:04:22
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: ALT73099-30UO;

CNJ: 06.870-0

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

SUS SES Secretaria de Estado da Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de comprovação junto à parte interessada que ANDRÉ LUIZ BRAGA DAS DORES, portador do CPF n. 649.392. 276-34, ocupa o cargo de Diretor Técnico com lotação no Hospital HUGO – Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz, admitido em 20/02/2021 até o presente momento.

Declaramos ainda que o referido servidor realizou e participou da administração e gerenciamento da unidade de saúde o qual operou no **Gerenciamento e Gestão com 30 leitos de enfermaria possuindo assim unidades de tratamento exclusivo de COVID 19 de serviço de saúde públicos, ligadas ao SUS.**

Goiânia - GO, 12 de julho de 2021

Flamarion da Silva Lucas
Diretor Geral/HUGO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por DANILLO PINTO OLIVEIRA DE ALENCAR, em segunda-feira, 12 de julho de 2021 12:06:29 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/66731207211339148710

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 66731207211339148710-3
Data: 12/07/2021 12:04:22
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: ALT73100-3WB9;

CNJ: 06.870-0

Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

SUS SES Secretaria de Estado da Saúde

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de comprovação junto à parte interessada que ANDRÉ LUIZ BRAGA DAS DORES, portador do CPF n. 649.392. 276-34, ocupa o cargo de Diretor Técnico com lotação no Hospital HUGO – Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz, admitido em 20/02/2021 até o presente momento.

Declaramos ainda que o referido servidor realizou e participou da administração e gerenciamento da unidade de saúde o qual operou no **Gerenciamento e Gestão com 10 leitos de tratamento do tipo UTI exclusivo de tratamento exclusivo de COVID 19 de serviço de saúde públicos, ligadas ao SUS.**

Goiânia - GO, 12 de julho de 2021

Flamarion da Silva Lucas
Diretor Geral/HUGO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por DANILLO PINTO OLIVEIRA DE ALENCAR, em segunda-feira, 12 de julho de 2021 12:06:29 GMT-03:00, CNS: 06.870-0 - 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO DE NOTAS/PB, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Confira os dados do ato em: https://selodigital.tjpb.jus.br ou Consulte o Documento em: https://azevedobastos.not.br/documento/66731207211339148710

CARTÓRIO
Autenticação Digital Código: 66731207211339148710-4
Data: 12/07/2021 12:04:22
Valor Total do Ato: R$ 4,66
Selo Digital Tipo Normal C: ALT73101-P9II;

CNJ: 06.870-0
Cartório Azevêdo Bastos
Av. Presidente Epitácio Pessoa - 1145
Bairro dos Estado, João Pessoa - PB
(83) 3244-5404 - cartorio@azevedobastos.not.br
https://azevedobastos.not.br

Válber Azevêdo de M. Cavalcanti
Titular

TJPB

CREMEGO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

CERTIDÃO

CERTIFICAMOS a pedido da parte interessada, que o médico **JOSÉ JOAQUIM GOMIDE NETO – CRM/GO 6024,** respondeu pela Diretoria Clínica do estabelecimento de saúde denominado **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - HUGO,** nome de fantasia **HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA DR VALDEMIRO CRUZ - HUGO,** CNPJ 02.529.964/0008-23, sito à AV. 31 DE MARCO C/ AV 5ª RADIAL S/N – SETOR PEDRO LUDOVICO – CEP 74820-300 – GOIÂNIA - GO, no período de 12/03/2014 a 21/12/2018.

Por ser verdade, firmamos a presente, para os fins de direito.

Goiânia/GO, data da assinatura eletrônica.

CLAUDINEI ROSA PIRES:59182008191

Assinado de forma digital por CLAUDINEI ROSA PIRES:59182008191
Dados: 2022.10.10 15:14:43 -03'00'

Rua T-28, Nº 245 - Setor Bueno - Fone: (62) 3250-4900 / Fax: (62) 3250-4949 - CEP: 74.210-040 - Goiânia-GO
www.cremego.org.br / cremego@cremego.org.br

Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **04/10/2020**

Nome Civil: **ROSEMEIRE CORREIA LEITE RODRIGUES**
CPF: **380.441.611-04**
Data de Nascimento: **24/05/1969**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **ALDA COUTINHO LEITE**

Contratos de Trabalho

- 17/01/2017 - 16/06/2021

INSTITUTO DE MEDICINA DO COMPORTAMENTO EURIPEDES BARSANULFO - INMCEB
CNPJ: 01.029.180/0001-05
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Salário Contratual: **R$ 5.838,79**
Remuneração Inicial: **R$ 5.387,40**
Última Remuneração Informada: **R$ 19.995,21** (06/2021)

Anotações

16/06/2021 - Rescisão Contratual

03/05/2021 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 01/06/2021

01/07/2020 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 30/07/2020

03/06/2019 - Férias de 30 dia(s) com previsão de encerramento em 02/07/2019

01/09/2020 - Salário alterado para R$ 6.213,01

01/07/2019 - Salário alterado para R$ 6.032,05

17/01/2017 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 01/01/2015 - Aberto

MUNICIPIO DE ANAPOLIS
CNPJ: 01.067.479/0001-46
Ocupação: **252305 - SECRETARIA(O) EXECUTIVA(O)**
Remuneração Inicial: **R$ 6.053,04**
Última Remuneração Informada: **R$ 7.389,58** (12/2016)

Anotações

01/01/2015 - Admissão

- 01/08/2014 - Aberto

MUNICIPIO DE ANAPOLIS
CNPJ: 01.067.479/0001-46
Ocupação: **252305 - SECRETARIA(O) EXECUTIVA(O)**
Remuneração Inicial: **R$ 3.026,52**
Última Remuneração Informada: **R$ 3.026,52** (12/2014)

Anotações

01/08/2014 - Admissão

- 02/09/2013 - Aberto

MUNICIPIO DE ANAPOLIS
CNPJ: 01.067.479/0001-46
Ocupação: **252305 - SECRETARIA(O) EXECUTIVA(O)**
Remuneração Inicial: **R$ 1.697,10**
Última Remuneração Informada: **R$ 1.815,90** (07/2014)

Anotações

02/09/2013 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 19/10/2012 - 02/07/2013

CGO - CENTRO GOIANO DE ONCOLOGIA LTDA
CNPJ: 01.927.200/0010-48
Ocupação: **410105 - SUPERVISOR ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 4.277,33**
Última Remuneração Informada: **R$ 5.260,41** (07/2013)

Anotações

02/07/2013 - Rescisão Contratual

01/01/2013 - Ocupação alterada para SUPERVISOR ADMINISTRATIVO

01/11/2012 - Ocupação alterada para ADMINISTRADOR

19/10/2012 - Admissão

- 05/06/2012 - 11/10/2012

HOSPITAL SAO SILVESTRE LTDA
CNPJ: 03.420.437/0001-72
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 2.624,40**
Última Remuneração Informada: **R$ 965,24** (10/2012)

Anotações

11/10/2012 - Rescisão Contratual

05/06/2012 - Admissão

- 05/01/2009 - 01/11/2010

HOSPITAL EVANGELICO GOIANO LTDA
CNPJ: 01.020.197/0001-93
Ocupação: **142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 3.116,25**
Última Remuneração Informada: **R$ 116,81** (11/2010)

Anotações

01/11/2010 - Rescisão Contratual

05/01/2009 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 02/01/2006 - 31/12/2008

FUNDACAO HOSPITALAR DE SILVANIA
CNPJ: 02.849.709/0001-91
Ocupação: **252105 - ADMINISTRADOR**
Remuneração Inicial: **R$ 2.570,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 3.888,00** (12/2008)

Anotações

31/12/2008 - Rescisão Contratual

02/01/2006 - Admissão

- 14/09/2004 - Aberto

HOSPITAL EVANGELICO GOIANO LTDA
CNPJ: 01.020.197/0001-93
Ocupação: **413105 - ANALISTA DE FOLHA DE PAGAMENTO**
Remuneração Inicial: **R$ 2.068,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 2.068,88** (12/2005)

Anotações

01/10/2005 - Ocupação alterada para ANALISTA DE FOLHA DE PAGAMENTO

01/07/2005 - Ocupação alterada para SUPERVISOR DE ALMOXARIFADO

01/10/2004 - Ocupação alterada para ANALISTA DE FOLHA DE PAGAMENTO

14/09/2004 - Admissão

- 01/03/2001 - 30/06/2001

MUNICIPIO DE PORANGATU
CNPJ: 01.801.612/0001-46
Ocupação: **31120 - AGENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 592,48**
Última Remuneração Informada: **R$ 592,48** (07/2001)

Anotações

30/06/2001 - Rescisão Contratual

01/03/2001 - Admissão no primeiro emprego

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

- 02/01/1997 - 01/10/1998

MUNICIPIO DE PORANGATU
CNPJ: 01.801.612/0001-46
Ocupação: **123105 - DIRETOR ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 733,95**
Última Remuneração Informada: **R$ 733,95** (12/1997)

Anotações

01/10/1998 - Rescisão Contratual

02/01/1997 - Admissão

- 02/12/1994 - 13/06/1997

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCACAO
CNPJ: 01.409.705/0001-20
Ocupação: **31120 - AGENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **R$ 100,00**
Última Remuneração Informada: **R$ 120,00** (05/1997)

Anotações

13/06/1997 - Rescisão Contratual

02/12/1994 - Admissão no primeiro emprego

- 01/07/1992 - 30/05/1993

SECRETARIA DA SAUDE
CNPJ: 25.053.117/0001-64
Ocupação: **999999 - Não Informada**
Remuneração Inicial: **Cr$ 1.975.993,38**
Última Remuneração Informada: **Cr$ 2.740.988,75** (04/1993)

Anotações

30/05/1993 - Rescisão Contratual

01/07/1992 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação

- 05/06/1990 - 13/11/1996

ORGANIZACAO DAS VOLUNTARIAS DE GOIAS
CNPJ: 02.106.664/0001-65
Ocupação: **31120 - AGENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **Cr$ 27.615,18**
Última Remuneração Informada: **Cr$ 231,11** (12/1996)

Anotações

13/11/1996 - Rescisão Contratual

05/06/1990 - Admissão no primeiro emprego

- 07/11/1984 - 04/06/1990

MUNICIPIO DE PORANGATU
CNPJ: 01.801.612/0001-46
Ocupação: **411010 - ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**
Remuneração Inicial: **Cr$ 166.560,00**
Última Remuneração Informada: **Cr$ 300,99** (12/1989)

Anotações

04/06/1990 - Rescisão Contratual

07/11/1984 - Admissão

Documento assinado digitalmente pela Dataprev em 13/10/2022.
Este documento somente é válido acompanhado de um documento de identificaçã

Diário Oficial

Estado de Goiás

GOIÂNIA, QUARTA-FEIRA, 18 DE NOVEMBRO DE 2009 — ANO 173 - DIÁRIO OFICIAL/GO - Nº 20.742

PODER EXECUTIVO

ATOS DO PODER EXECUTIVO

DECRETO DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais, nos termos dos arts. 14, 15 e 16, inciso II, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, e tendo em vista o que consta do Processo nº **200900018000719**, resolve nomear **MAGDA CRISPIM DIAS SOUZA**, inscrita no CPF/MF sob o nº 233.798.391-91, para, em comissão, exercer o cargo de Diretor de Centro Tecnológico ou de Educação Profissional, CDA-A6, da Secretaria de Ciência e Tecnologia, com lotação no Município de Goiatuba-GO.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 16 de novembro de 2009, 121º da República.

ALCIDES RODRIGUES FILHO

DECRETO DE 16 DE NOVEMBRO DE 2009.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições constitucionais, nos termos dos arts. 14, 15 e 16, inciso II, da Lei nº 10.460, de 22 de fevereiro de 1988, e tendo em vista o que consta do Processo nº **200900013003385**, resolve nomear **GELSON JOSÉ DO CARMO**, CPF/MF nº 375.092.681-68, para, em comissão, exercer o cargo de Diretor-Geral de Unidade de Saúde de Porte 1, CDA-M2, da Secretaria da Saúde, com lotação no Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia-GO.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 16 de novembro de 2009, 121º da República.

ALCIDES RODRIGUES FILHO

GABINETE CIVIL

PORTARIA Nº 1.764, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009.

O SECRETÁRIO-CHEFE DO GABINETE CIVIL DA GOVERNADORIA, nos termos do art. 1º, inciso IV, do Decreto nº 6.440, de 12 de abril de 2006, e tendo em vista o que consta do Processo nº **200900004013279**, notadamente do Parecer nº 004366/2009, aprovado pelo Despacho "AG" nº 006070/2009, ambos da Procuradoria-Geral do Estado, resolve, com fundamento no art. 3º, incisos I, II e III, e parágrafo único, da Emenda Constitucional Federal nº 47, de 5 de julho de 2005, conceder a **CLÉSIO GASPAR DOS SANTOS** aposentadoria no cargo de Auditor-Fiscal da Receita Estadual II – AFRE II –, do Quadro de Pessoal do Fisco, da Secretaria da Fazenda, com proventos integrais.

Publique-se.

GABINETE CIVIL DA GOVERNADORIA, em Goiânia, 13 de novembro de 2009.

Ivan Soares de Gouvêa
Secretário

PORTARIA Nº 1.765, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009.

O SECRETÁRIO-CHEFE DO GABINETE CIVIL DA GOVERNADORIA, nos termos do art. 1º, incisos IV e VIII, do Decreto nº 6.440, de 12 de abril de 2006, com base nos arts. 20 e 21 da Lei nº 13.910, de 25 de setembro de 2001, e tendo em vista o que consta do Processo nº **200900006004035**, notadamente do Parecer nº 004584/2009, aprovado pelo Despacho "AG" nº 006510/2009, ambos da Procuradoria-Geral do Estado, resolve transpor, mediante enquadramento, a partir de 1º de outubro de 2001, **ELVIRA PEREIRA DE SENA** do cargo de Executor de Serviços Auxiliares I, A-2, para o de Agente Administrativo Educacional I, Referência "F", atual Agente Administrativo Educacional de Apoio, Referência "F-II", do Quadro de Pessoal da Secretaria da Educação, e, com fundamento no art. 6º, incisos I a IV, da Emenda Constitucional

PORTARIA Nº 1.768, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009.

O SECRETÁRIO-CHEFE DO GABINETE CIVIL DA GOVERNADORIA, nos termos do art. 1º, inciso IV, do Decreto nº 6.440, de 12 de abril de 2006, e tendo em vista o que consta do Processo nº **200900010011882**, notadamente do Parecer nº 004920/2009, aprovado pelo Despacho "AG" nº 006776/2009, ambos da Procuradoria-Geral do Estado, resolve, com fundamento no art. 6º, incisos I a IV, da Emenda Constitucional Federal nº 41, de 19 de dezembro de 2003, conceder a **JENUINA MARIA DOS REIS** aposentadoria no cargo de Técnico em Enfermagem, do Grupo Ocupacional Assistente de Saúde, do Quadro Permanente de Pessoal da Secretaria da Saúde, com proventos integrais.

Publique-se.

GABINETE CIVIL DA GOVERNADORIA, em Goiânia, 13 de novembro de 2009.

Ivan Soares de Gouvêa
Secretário

PORTARIA Nº 1.769, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2009.

O SECRETÁRIO-CHEFE DO GABINETE CIVIL DA GOVERNADORIA, nos termos do art. 1º, inciso IV, do Decreto nº 6.440, de 12 de abril de 2006, e tendo em vista o que consta do Processo nº **200900006012405**, notadamente do Parecer nº 004189/2009, aprovado pelo Despacho "AG" nº 005868/2009, ambos da Procuradoria-Geral do Estado, resolve, com fundamento no art. 6º, incisos I a IV, da Emenda Constitucional Federal nº 41, de 19 de dezembro de 2003, conceder a **MOEMA FARIA DOS SANTOS** aposentadoria no cargo de Professor III, Referência "D", do Quadro Permanente do Magistério Público Estadual, com proventos integrais.

Publique-se.

SUS Sistema Único de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE GOIÁS

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E FINANÇAS
GERÊNCIA DE FOLHA DE PAGAMENTO

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de comprovação junto a parte interessada que GELSON JOSÉ DO CARMO, portador do C.P.F. n. 375.092.681-68, é funcionário(a) desta Secretaria, admitido(a) em 29.06.2005, ocupa o cargo efetivo de Auditor de Sistema de Saúde.

Declaramos ainda que o referido servidor ocupou o cargo em comissão de Diretor Geral de Unidade de Saúde Porte 1, com lotação no Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia – Go, no período de 01.12.2009 à 30.11.2011 e ocupou também o cargo de Diretor Técnico de Unidade de Saúde Porte 1, com lotação no Hospital de Doenças Tropicais, no período de 01.01.2012 à 13.08.2012, Sua atual lotação é na Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde – SCATS.

Por ser verdade, firmamos a presente.

GERÊNCIA DA FOLHA DE PAGAMENTO, em Goiânia, 25 dias do mês de setembro de 2.014.

ANTONIO LUIZ GUEDES
Gerente Especial da Folha de Pagamento

Caroline Regina G. May
Coordenação da Folha de Pagamento
SES

02.529.964/0001-57
Secretaria de Estado da Saúde
Rua SC-01 nº 299 - Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 - Goiânia - GO

Rua SC-1 Nº. 299 Parque Santa Cruz - CEP 74.860-270 - Goiânia - Goiás
E-mail – gislaine.rocha@saude.go.gov.br Fone/Fax: (0xx62) 3201-3853

M.E.M.B.

25/9/2014 10.07.46

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS

DECRETO "P" Nº 062 DE 03 DE JANEIRO DE 2005

DISPÕE SOBRE NOMEAÇÃO DE SERVIDOR PARA OCUPAR CARGO COMISSIONADO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA

Art. 1º - Fica nomeado o(a) sr(a). **GELSON JOSÉ DO CARMO,** para ocupar, em comissão, o cargo de **DIRETOR GERAL DO CAIS GARAVELO**, constante do quadro de pessoal da Administração Municipal, com vencimento nível CC-1.

Art. 2º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrario.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA, aos 03 dias do mês de janeiro de 2005.

JOSÉ MACÊDO DE ARAÚJO
PREFEITO MUNICIPAL.

Prefeitura de Aparecida
TRABALHO E DESENVOLVIMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS

TERMO DE POSSE

Às 9:00 (nove), horas do dia 03 de janeiro de 2005, no Gabinete do prefeito Municipal de Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, na presença do sr. prefeito **JOSÉ MACEDO DE ARAUJO**, compareceu o(a) sr(a) **GELSON JOSÉ DO CARMO,** para ocupar cargo em comissão na Administração Municipal, através do Decreto de nº. 062/2005, com finalidade de tomar posse de seu respectivo cargo.

O chefe do Poder Executivo, após as considerações de praxe e do compromisso firmado do novo servidor, deu posse ao mesmo, determinando a lavratura do presente termo, que vai assinados pelo chefe do poder executivo e nomeado.

JOSÉ MACÊDO DE ARAUJO
PREFEITO MUNICIPAL

NOMEADO

CGI
Centro de Gestão Integrada

PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

APRESENTAÇÃO DE PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

Formas de Contratação

A **Policlínica Estadual de Quirinópolis**, sendo uma unidade de média complexidade, adota diversas formas de contratação para garantir a eficiência e a qualidade nos serviços de saúde oferecidos à população. As formas de contratação são planejadas estrategicamente para otimizar a gestão de pessoas, garantir flexibilidade operacional, cumprir com as diretrizes de gestão pública e assegurar o atendimento integral às necessidades da unidade. A seguir, detalha-se cada uma dessas formas de contratação:

Contratação CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)

A contratação pelo regime CLT é a forma predominante de vínculo para os colaboradores que desempenham funções essenciais e contínuas dentro da Policlínica. Esse tipo de contratação garante a estabilidade no quadro de funcionários, favorecendo o planejamento de longo prazo das equipes e a manutenção da qualidade nos serviços prestados

- **Perfil de Contratados**: Cargos administrativos, de apoio e operacionais, como assistentes administrativos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas e auxiliares de serviços gerais. Esses profissionais têm papel fundamental na sustentação do funcionamento diário da Policlínica.
- **Vantagens**: A contratação CLT proporciona ao empregado uma série de direitos trabalhistas, como férias, 13º salário, FGTS e seguro-desemprego, além de estabelecer uma relação de longo prazo entre o colaborador e a unidade. Isso facilita a construção de uma equipe comprometida e a continuidade das atividades, promovendo o desenvolvimento profissional dentro da organização.
- **Foco da Contratação**: Essa modalidade é especialmente importante para cargos que demandam estabilidade, continuidade de processos e conhecimentos operacionais profundos da unidade, além de garantir a padronização dos serviços prestados.

Contratação via PJ (Pessoa Jurídica)

Para garantir a flexibilidade necessária em cargos especializados e garantir que a Policlínica tenha a capacidade de atender a demanda por serviços médicos de alta complexidade, é adotada a contratação por meio de prestadores de serviços (PJ). A contratação por PJ é comum em cargos de especialistas e profissionais da saúde que trabalham de forma autônoma ou através de suas próprias empresas.

- **Perfil de Contratados**: Médicos especialistas, como cardiologistas, endocrinologistas, neurologistas, psiquiatras, entre outros, além de profissionais em áreas técnicas específicas como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais atuam de forma especializada, oferecendo serviços conforme a demanda da unidade, o que garante uma grande flexibilidade operacional.
- **Vantagens**: A contratação por PJ proporciona maior flexibilidade tanto para a Policlínica quanto para o profissional contratado. Como o vínculo não é celetista, a unidade tem a liberdade de ajustar os horários e a demanda de trabalho de acordo com as necessidades do serviço, o que é crucial em unidades de média complexidade que lidam com fluxos variáveis de pacientes. Além disso, permite que a Policlínica tenha acesso a uma gama diversificada de especialistas sem aumentar os encargos trabalhistas.
- **Foco da Contratação**: Essa forma de contratação é ideal para cargos que demandam alta especialização e flexibilidade de carga horária, como médicos e técnicos especializados, cujas demandas podem variar de acordo com as necessidades do serviço e o volume de pacientes atendidos.

Contratação via Terceirização

A Policlínica também adota o regime de terceirização para a execução de serviços de apoio, como limpeza, segurança, manutenção predial, e serviços auxiliares de saúde, como copeiras e auxiliares de saúde. Essa forma de contratação é realizada por meio de empresas especializadas, que fornecem mão de obra específica para determinadas atividades.

- **Perfil de Contratados**: Profissionais que realizam serviços auxiliares e de suporte, como limpeza, zeladoria, segurança e logística. As funções desempenhadas por esses profissionais são essenciais para garantir que o ambiente hospitalar esteja devidamente preparado para o atendimento dos pacientes, respeitando as normas sanitárias e de segurança.
- **Vantagens**: A terceirização permite à Policlínica concentrar seus recursos e esforços nas atividades-fim, delegando as atividades de suporte a empresas especializadas. Esse modelo promove agilidade na contratação, flexibilidade para substituições e ajustes de equipe, além de garantir que os serviços estejam sempre adequados às normas de qualidade e segurança. Além disso, reduz os encargos trabalhistas, uma vez que a gestão dos colaboradores terceirizados é de responsabilidade das empresas contratadas.
- **Foco da Contratação**: A terceirização é especialmente útil para áreas onde a demanda por serviços pode variar e que não exigem a contratação direta de pessoal pela Policlínica.

Isso inclui a limpeza hospitalar, manutenção predial e segurança, áreas nas quais a terceirização já é uma prática consolidada no setor da saúde.

Critérios e Processo de Contratação

Todas as formas de contratação na Policlínica são realizadas de acordo com critérios claros, que levam em conta a qualidade dos serviços prestados, a experiência profissional dos contratados e a aderência às normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da legislação trabalhista vigente. O processo de contratação é dividido em várias etapas, começando pela identificação da necessidade de contratação, seguida da avaliação de fornecedores (no caso de PJ e terceirização) ou de candidatos (no caso de CLT), e a formalização de contratos que definem claramente as funções, responsabilidades e expectativas.

Integração das Diferentes Formas de Contratação

A combinação de vínculos CLT, PJ e terceirização é fundamental para garantir o funcionamento eficaz e eficiente da Policlínica. Profissionais celetistas fornecem estabilidade e continuidade nas operações diárias, profissionais PJ garantem a flexibilidade e especialização nas áreas médicas e multiprofissionais, e a terceirização garante que os serviços auxiliares sejam realizados com a eficiência necessária, sem comprometer a qualidade do atendimento ao paciente.

Essa integração permite à Policlínica uma resposta ágil às flutuações de demanda, além de possibilitar a alocação eficiente de recursos humanos de acordo com as necessidades específicas de cada área, sempre com foco na otimização dos serviços e na melhoria contínua da qualidade do atendimento oferecido à população.

Plano de Cargos e Salários (CLT) – Policlínica Estadual de Quirinópolis

Cargo: **Auxiliar Administrativo**

- **Descrição do Cargo**: O Auxiliar Administrativo é responsável por oferecer suporte em todas as atividades administrativas da Policlínica, incluindo organização de documentos, controle de agendas, atendimento ao público, arquivamento de prontuários e suporte geral às equipes de gestão. Esse profissional desempenha um papel crucial no bom andamento das operações diárias.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 2.000,00
    - Salário Médio: R$ 2.250,00
    - Salário Máximo: R$ 2.500,00

- **Encargos Sociais**: Conforme legislação vigente, os encargos trabalhistas incluem INSS, FGTS, 13º salário, e férias proporcionais.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais.

Cargo: **Assistente ADM Prestação de Contas**

- **Descrição do Cargo**: O Assistente Administrativo de Prestação de Contas é responsável pelo controle financeiro relacionado às atividades da Policlínica, garantindo a correta prestação de contas. Suas funções incluem elaboração de relatórios financeiros, controle de receitas e despesas, conferência de notas fiscais e apoio ao setor de contabilidade. Esse profissional assegura que os recursos financeiros sejam devidamente contabilizados e utilizados conforme o orçamento.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 2.800,00
    - Salário Médio: R$ 3.100,00
    - Salário Máximo: R$ 3.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Assistente JR Administração de Pessoal**

- **Descrição do Cargo**: O Assistente Júnior de Administração de Pessoal é responsável pelo suporte nas atividades de gestão de pessoas, incluindo processos de admissão, demissão, controle de folha de pagamento, gestão de benefícios, e apoio no cumprimento da legislação trabalhista. Este cargo é fundamental para garantir que a gestão de recursos humanos ocorra de maneira eficaz e eficiente, respeitando os direitos e deveres dos colaboradores.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 2.500,00
    - Salário Médio: R$ 2.750,00
    - Salário Máximo: R$ 3.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais.

Cargo: **Assistente de TI**

- **Descrição do Cargo**: O Assistente de TI é responsável pela manutenção e suporte da infraestrutura tecnológica da Policlínica, atuando na resolução de problemas técnicos, manutenção de sistemas, gestão de redes e suporte aos usuários internos. Este profissional também auxilia na implementação de novos sistemas e garante o bom funcionamento de todo o ambiente de tecnologia da informação da unidade.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 3.000,00
    - Salário Médio: R$ 3.500,00
    - Salário Máximo: R$ 4.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais.

Cargo: **Assistente Social**

- **Descrição do Cargo**: O Assistente Social na Policlínica é responsável por fornecer suporte social aos pacientes e suas famílias, ajudando-os a lidar com questões socioeconômicas que podem impactar sua saúde e tratamento. Este profissional realiza orientações sobre direitos, apoia na integração com recursos sociais da comunidade e trabalha em conjunto com a equipe multidisciplinar para garantir o atendimento humanizado.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 3.000,00
    - Salário Médio: R$ 34750,00
    - Salário Máximo: R$ 5.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 30 horas semanais.

Cargo: **Farmacêutico**

- **Descrição do Cargo**: O Farmacêutico é responsável pelo controle e gestão de medicamentos da Policlínica, assegurando o cumprimento das normativas de segurança e legislação sanitária. Além de supervisionar o estoque e a distribuição de medicamentos, o farmacêutico presta orientação aos pacientes e à equipe médica sobre o uso correto de medicamentos, interações medicamentosas e outros cuidados farmacêuticos.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 4.000,00

- Salário Médio: R$ 6.750,00
- Salário Máximo: R$ 7.500,00

- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

- Cargo: **Fisioterapeuta**
- **Descrição do Cargo**: O Fisioterapeuta é responsável pela avaliação, planejamento e execução de tratamentos fisioterapêuticos voltados para a recuperação e reabilitação dos pacientes. Esse profissional atua em diversas áreas, como ortopedia, neurologia e respiratória, desenvolvendo terapias que melhorem a mobilidade, funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 4.500,00
  - Salário Médio: R$ 5.250,00
  - Salário Máximo: R$ 7.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Recepcionista Diurno**

- **Descrição do Cargo**: O Recepcionista Diurno é responsável pelo atendimento aos pacientes e visitantes, realizando o agendamento de consultas, orientações sobre os serviços da Policlínica, organização de prontuários e suporte administrativo. Esse profissional é essencial para garantir a eficiência do fluxo de atendimento, além de fornecer informações claras e atendimento humanizado aos pacientes.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 1.500,00
  - Salário Médio: R$ 2.750,00
  - Salário Máximo: R$ 4.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais
-

Cargo: **Recepcionista Vespertino**

- **Descrição do Cargo**: O Recepcionista Vespertino é responsável pelo atendimento aos pacientes e visitantes no turno da tarde, realizando agendamentos, orientações sobre os serviços e procedimentos da Policlínica. Também auxilia na organização de prontuários e dá suporte administrativo, garantindo a continuidade e eficiência do fluxo de atendimento.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 1.500,00
    - Salário Médio: R$ 2.750,00
    - Salário Máximo: R$ 4.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Recepcionista Folguista**

- **Descrição do Cargo**: O Recepcionista Folguista cobre os horários de outros recepcionistas durante folgas ou ausências. Realiza atendimento aos pacientes e visitantes, organização de prontuários, agendamentos e suporte administrativo, mantendo o bom fluxo de atendimento durante a ausência dos colaboradores regulares.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 1.500,00
    - Salário Médio: R$ 2.750,00
    - Salário Máximo: R$ .3000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais, ajustadas conforme as folgas e necessidades de cobertura.

Cargo: Gerente de R.H

- **Descrição do Cargo**: O Gerente de Recursos Humanos é responsável pela gestão de todo o ciclo de vida dos colaboradores da Policlínica, desde o recrutamento e seleção, passando pelo desenvolvimento e capacitação, até a gestão de benefícios e folha de pagamento. O gerente de RH também cuida da criação de políticas de RH e da promoção de um ambiente de trabalho positivo e produtivo.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 6.000,00
    - Salário Médio: R$ 7.000,00

- Salário Máximo: R$ 8.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Gerente Administrativo Diurno**

- **Descrição do Cargo**: O Gerente Administrativo Diurno é responsável pela supervisão das atividades administrativas e operacionais da Policlínica, assegurando que os processos funcionem de maneira eficaz e em conformidade com as normas vigentes. Este profissional gerencia equipes, acompanha o fluxo de trabalho e garante a organização dos serviços.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 6.000,00
  - Salário Médio: R$ 7.500,00
  - Salário Máximo: R$ 8.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Técnico em Radiologia Diurno**

- **Descrição do Cargo**: O Técnico em Radiologia é responsável pela execução de exames radiológicos, operando equipamentos de raio-X, tomografia, ressonância e outros, conforme a demanda da Policlínica. Além disso, esse profissional garante o cumprimento dos padrões de segurança e qualidade na realização dos exames.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 3.000,00
  - Salário Médio: R$ 4.750,00
  - Salário Máximo: R$ 6.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Assistente de Saúde**

- **Descrição do Cargo**: O Assistente de Saúde é responsável por apoiar as atividades operacionais da equipe de saúde da Policlínica, realizando tarefas de suporte aos profissionais de enfermagem e médicos. Suas funções incluem o auxílio na movimentação

de pacientes, apoio em procedimentos simples e organização dos espaços de atendimento.

- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 3.000,00
  - Salário Médio: R$ 3.750,00
  - Salário Máximo: R$ 4.800,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**:244 horas semanais

Cargo: **Fonoaudiólogo**

- **Descrição do Cargo**: O Fonoaudiólogo é responsável pela avaliação e tratamento de distúrbios da fala, audição e deglutição, promovendo intervenções terapêuticas que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Atua em diferentes áreas, como pediatria, neurologia, e reabilitação de pacientes que apresentam dificuldades auditivas ou de comunicação.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 4.000,00
  - Salário Médio: R$ 5.750,00
  - Salário Máximo: R$ 6.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Psicóloga**

- **Descrição do Cargo**: A Psicóloga é responsável pelo atendimento clínico e psicoterapêutico dos pacientes, proporcionando suporte emocional e acompanhamento em situações de estresse, ansiedade, depressão e outras condições psicológicas. Atua em conjunto com a equipe multidisciplinar da Policlínica, oferecendo apoio integral aos pacientes e suas famílias.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 4.500,00
  - Salário Médio: R$ 5.250,00
  - Salário Máximo: R$ 6.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.

- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Terapeuta Ocupacional**

- **Descrição do Cargo**: O Terapeuta Ocupacional é responsável por desenvolver e aplicar terapias para ajudar pacientes a recuperarem ou melhorarem suas habilidades diárias. Atua em conjunto com a equipe multiprofissional, criando programas de reabilitação que auxiliam pacientes com deficiências físicas, mentais ou emocionais a readquirirem autonomia e qualidade de vida.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 3.500,00
    - Salário Médio: R$ 5.250,00
    - Salário Máximo: R$ 7.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Assistente de Cuidados Paliativos**

- **Descrição do Cargo**: O Assistente de Cuidados Paliativos oferece suporte a pacientes em estágio avançado de doenças, focando no alívio de sintomas e na melhoria da qualidade de vida. Atua em conjunto com a equipe médica e multidisciplinar, prestando cuidados humanizados, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, visando o bem-estar emocional e físico.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 5.500,00
    - Salário Médio: R$ 7.500,00
    - Salário Máximo: R$ 8.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Especialista em Controle de Infecção Hospitalar**

- **Descrição do Cargo**: O Especialista em Controle de Infecção Hospitalar é responsável por monitorar e prevenir infecções dentro do ambiente hospitalar, garantindo a segurança dos pacientes e colaboradores. Atua na implementação de protocolos de higienização, uso adequado de EPIs, e no controle de surtos de infecções, além de realizar treinamentos e auditorias internas.

- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 7.000,00
    - Salário Médio: R$ 9.000,00
    - Salário Máximo: R$ 11.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Engenheiro Clínico**

- **Descrição do Cargo**: O Engenheiro Clínico é responsável pela manutenção, gestão e atualização dos equipamentos médicos da Policlínica. Atua garantindo que todos os equipamentos estejam funcionando corretamente e em conformidade com as normas técnicas e de segurança, realizando manutenções preventivas e corretivas e colaborando na aquisição de novos equipamentos.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 7.000,00
    - Salário Médio: R$ 8.500,00
    - Salário Máximo: R$ 10.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Bioquímico**

- **Descrição do Cargo**: O Bioquímico é responsável pela realização de análises clínicas e laboratoriais para suporte ao diagnóstico médico. Atua no controle de qualidade dos exames, manipulação de substâncias químicas e na gestão de equipamentos laboratoriais, além de garantir a precisão e segurança nos resultados dos exames.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 5.000,00
    - Salário Médio: R$ 6.000,00
    - Salário Máximo: R$ 7.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Assistente de Comunicação e Marketing**

- **Descrição do Cargo**: O Assistente de Comunicação e Marketing é responsável pelo planejamento e execução de estratégias de comunicação interna e externa da Policlínica. Este profissional gerencia as redes sociais, produz conteúdo, organiza eventos, e desenvolve materiais de divulgação para fortalecer a imagem da instituição e promover seus serviços.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 3.000,00
    - Salário Médio: R$ 4.500,00
    - Salário Máximo: R$ 6.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Infectologista**

- **Descrição do Cargo**: O Infectologista é responsável pelo diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças infecciosas dentro da Policlínica. Atua em conjunto com outras equipes médicas para garantir o controle de infecções e a administração correta de antibióticos e vacinas, além de oferecer consultoria para casos de doenças infecciosas complexas.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 10.000,00
    - Salário Médio: R$ 12.000,00
    - Salário Máximo: R$ 15.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Especialista em Audiometria**

- **Descrição do Cargo**: O Especialista em Audiometria realiza exames de audição para avaliar o nível de perda auditiva dos pacientes. Este profissional também atua no acompanhamento de pacientes com próteses auditivas e colabora com outros profissionais, como fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, para fornecer tratamentos adequados.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 3.500,00
    - Salário Médio: R$ 4.000,00

- Salário Máximo: R$ 5.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Fisioterapeuta (para Terapia Renal)**

- **Descrição do Cargo**: O Fisioterapeuta especializado em Terapia Renal atua no tratamento e reabilitação de pacientes com doenças renais crônicas. Este profissional desenvolve terapias focadas na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que realizam hemodiálise ou diálise peritoneal, visando reduzir as complicações físicas e melhorar a mobilidade e função respiratória.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 4.000,00
  - Salário Médio: R$ 4.750,00
  - Salário Máximo: R$ 5.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: Assistente Social (Suporte Pacientes Renais)

- **Descrição do Cargo**: O Assistente Social responsável pelo suporte aos pacientes renais atua no acompanhamento social e psicológico dos pacientes em tratamento de diálise e suas famílias. Trabalha em conjunto com a equipe médica e de enfermagem, identificando e solucionando problemas sociais, econômicos e emocionais que possam interferir no tratamento e na qualidade de vida do paciente.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 3.000,00
  - Salário Médio: R$ 3.750,00
  - Salário Máximo: R$ 4.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: Enfermeiro Nível Superior Diurno (Vínculo CLT)

- **Descrição do Cargo**: O Enfermeiro Nível Superior Diurno é responsável por coordenar e executar cuidados de enfermagem a pacientes durante o turno diurno. Atua

diretamente no planejamento, supervisão e execução de procedimentos clínicos, além de garantir a qualidade e segurança nos serviços de saúde prestados. Trabalha em conjunto com a equipe multidisciplinar, gerenciando técnicos e auxiliares de enfermagem.

- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 5.500,00
  - Salário Médio: R$ 7.250,00
  - Salário Máximo: R$ 9.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: Enfermeiro Nível Superior Folguista (Vínculo CLT)

- **Descrição do Cargo**: O Enfermeiro Nível Superior Folguista cobre turnos e plantões de outros enfermeiros, garantindo a continuidade do atendimento e dos cuidados de enfermagem. Este profissional realiza todos os procedimentos de enfermagem, supervisionando as equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem e assegurando que os pacientes recebam os cuidados adequados.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 5.500,00
  - Salário Médio: R$ 7.250,00
  - Salário Máximo: R$ 9.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais, ajustadas conforme a necessidade de coberturas de plantão.

Cargo Nutricionista

- **Descrição do Cargo**: O Nutricionista é responsável por planejar, supervisionar e implementar programas alimentares para pacientes, ajustando as dietas de acordo com as condições médicas, especialmente em casos de doenças crônicas e condições como diabetes, hipertensão e insuficiência renal. O foco deste profissional é melhorar a saúde e o bem-estar dos pacientes por meio de uma alimentação equilibrada e adequada às suas necessidades.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 3.500,00
  - Salário Médio: R$ 4.250,00

- Salário Máximo: R$ 5.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais
-

Cargo: Especialista em Saúde

- **Descrição do Cargo**: O Especialista em Saúde é um profissional altamente qualificado, responsável por atuar em áreas específicas dentro do campo da saúde, como epidemiologia, saúde pública, vigilância sanitária, controle de infecções ou promoção da saúde. Este cargo envolve a análise, monitoramento e implementação de políticas e práticas de saúde, garantindo que os padrões de qualidade e segurança sejam mantidos. Além disso, o Especialista em Saúde participa de programas de prevenção, controle de doenças e melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos pela Policlínica.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 4.800,00
  - Salário Médio: R$ 6.200,00
  - Salário Máximo: R$ 7.600,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais,

Cargo: Enfermeiro Especialista

- **Descrição do Cargo**: O Enfermeiro Especialista é responsável por realizar cuidados de enfermagem especializados, com foco em áreas como UTI, nefrologia, cardiologia, oncologia ou outras especialidades médicas de alta complexidade. Este profissional também realiza a gestão de equipes de enfermagem, coordena o cuidado ao paciente e aplica protocolos assistenciais e de segurança do paciente, garantindo o cumprimento das melhores práticas clínicas e regulatórias.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 6.000,00
  - Salário Médio: R$ 6.750,00
  - Salário Máximo: R$ 7.500,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais, com plantões rotativos.

Cargo: **Educador Físico**

- **Descrição do Cargo**: O Educador Físico desenvolve programas de atividade física e reabilitação para os pacientes da Policlínica, com foco na recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida. Este profissional também pode atuar em programas de prevenção de doenças crônicas e promoção de hábitos saudáveis entre os pacientes, colaborando com a equipe multidisciplinar.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 3.000,00
  - Salário Médio: R$ 4.500,00
  - Salário Máximo: R$ 5.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Terapeuta Respiratório**

- **Descrição do Cargo**: O Terapeuta Respiratório é responsável por prestar cuidados respiratórios a pacientes com dificuldades respiratórias agudas ou crônicas, incluindo o manuseio de ventiladores mecânicos e a administração de terapias respiratórias. Trabalha em conjunto com a equipe médica e de enfermagem para garantir o suporte respiratório adequado aos pacientes.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 4.000,00
  - Salário Médio: R$ 4.500,00
  - Salário Máximo: R$ 5.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Técnico de Enfermagem Diurno**

- **Descrição do Cargo**: O Técnico de Enfermagem Diurno oferece cuidados diretos aos pacientes, auxiliando na administração de medicamentos, coleta de exames, e monitoramento dos sinais vitais. Atua sob a supervisão de enfermeiros, assegurando que as práticas de enfermagem sejam realizadas conforme as normas e protocolos da Policlínica.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 2500,00

- Salário Médio: R$ 3.750,00
- Salário Máximo: R$ 5.000,00

- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 24 horas semanais

Cargo: **Técnico de Enfermagem Vespertino**

- **Descrição do Cargo**: O Técnico de Enfermagem Vespertino presta cuidados aos pacientes durante o turno da tarde, realizando tarefas como administração de medicamentos, controle de sinais vitais e assistência em procedimentos clínicos. Atua sob a supervisão de enfermeiros e garante que o atendimento seja realizado conforme os protocolos estabelecidos.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 2500,00
  - Salário Médio: R$ 3.750,00
  - Salário Máximo: R$ 5.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 34 horas semanais

Cargo: **Gerente de Enfermagem**

- **Descrição do Cargo**: O Gerente de Enfermagem é responsável pela coordenação e supervisão das equipes de enfermagem da Policlínica, garantindo que os cuidados prestados aos pacientes estejam em conformidade com os padrões de qualidade e segurança. Este profissional gerencia a equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de assegurar a aplicação correta dos protocolos de atendimento e o desenvolvimento contínuo da equipe.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 5.000,00
  - Salário Médio: R$ 8.500,00
  - Salário Máximo: R$ 10.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Diretor Geral**

- **Descrição do Cargo**: O Diretor Geral é responsável pela gestão global da Policlínica, incluindo a supervisão de todas as áreas operacionais, administrativas e clínicas. Atua na tomada de decisões estratégicas, no gerenciamento de recursos, e na busca por eficiência e qualidade no atendimento à saúde. Este profissional também assegura que a Policlínica cumpra com suas metas financeiras e operacionais, mantendo o alinhamento com as diretrizes do SUS.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 12.000,00
    - Salário Médio: R$ 16.000,00
    - Salário Máximo: R$ 20.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Diretor Técnico**

- **Descrição do Cargo**: O Diretor Técnico é responsável pela coordenação e supervisão das equipes médicas e multiprofissionais da Policlínica. Garante a qualidade técnica dos serviços prestados e a conformidade com as normas sanitárias e regulamentações do SUS. Atua diretamente na gestão de protocolos clínicos e na articulação entre a equipe multiprofissional e a administração da Policlínica.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 12.000,00
    - Salário Médio: R$ 16.000,00
    - Salário Máximo: R$ 20.000,00
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Diretor Administrativo Financeiro**

- **Descrição do Cargo**: O Diretor Administrativo Financeiro é responsável pela gestão financeira da Policlínica, cuidando de áreas como orçamento, controle de custos, fluxo de caixa e prestação de contas. Atua diretamente na tomada de decisões financeiras estratégicas, garantindo que os recursos sejam bem aplicados para maximizar a eficiência operacional e financeira da unidade.
- **Faixa Salarial**:
    - Salário Mínimo: R$ 12.000,00

- Salário Médio: R$ 16.000,00
- Salário Máximo: R$ 20.000,00

- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Cargo: **Diretor Presidente**

- **Descrição do Cargo**: O Diretor Presidente é o responsável máximo pela gestão e supervisão da Policlínica. Este cargo envolve a tomada de decisões estratégicas de alto nível, liderança da equipe de gestão, e a representação da unidade perante órgãos governamentais e outras instituições. O Diretor Presidente assegura que a Policlínica atenda às metas estabelecidas e funcione de acordo com as diretrizes do SUS, além de promover inovações para a melhoria contínua dos serviços de saúde.
- **Faixa Salarial**:
  - Salário Mínimo: R$ 12.000,00
  - Salário Médio: R$ 16.000,00
  - Salário Máximo: R$ 20.000,00
-
- **Encargos Sociais**: Incluem INSS, FGTS, 13º salário, férias proporcionais, conforme a legislação vigente.
- **Carga Horária**: 44 horas semanais

Plano de Cargos e Salários (PJ) – Policlínica Estadual de Quirinópolis

Cargo: **Anestesiologista**

- **Descrição do Cargo**: O Anestesiologista é responsável pela administração de anestesia em procedimentos cirúrgicos e diagnósticos. Atua na avaliação pré-anestésica, monitoramento durante a cirurgia e cuidados pós-anestésicos, garantindo a segurança do paciente em todas as etapas do procedimento.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 15.000,00
  - Valor Médio: R$ 18.000,00
  - Valor Máximo: R$ 22.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.

- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda dos procedimentos.

Cargo: **Angiologista/Cirurgião Vascular**

- **Descrição do Cargo**: O Angiologista/Cirurgião Vascular é responsável por diagnosticar e tratar doenças relacionadas ao sistema vascular. Este profissional realiza consultas ambulatoriais, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos para tratar doenças arteriais e venosas, além de dar suporte aos pacientes em reabilitação pós-cirúrgica.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 12.000,00
  - Valor Médio: R$ 15.000,00
  - Valor Máximo: R$ 18.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, podendo variar conforme a quantidade de procedimentos realizados e a demanda da unidade.

Cargo: **Cardiologista**

- **Descrição do Cargo**: O Cardiologista é responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do coração e sistema circulatório. Este profissional realiza consultas, exames como ecocardiograma e eletrocardiograma, e monitora o progresso de pacientes com doenças cardíacas crônicas. Além disso, pode atuar em casos de emergência, proporcionando o atendimento necessário.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 10.000,00
  - Valor Médio: R$ 13.000,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, podendo variar conforme o número de consultas e procedimentos realizados.

Cargo: **Coloproctologista**

- **Descrição do Cargo**: O Coloproctologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças do cólon, reto e ânus. Este profissional realiza consultas, exames diagnósticos e procedimentos minimamente invasivos, bem como cirurgias para tratar doenças como hemorroidas, fissuras, câncer colorretal e outras condições relacionadas ao sistema digestivo inferior.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 12.000,00
  - Valor Médio: R$ 14.000,00
  - Valor Máximo: R$ 17.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da demanda de consultas e procedimentos.

Cargo: **Clínico Geral (Linha do Cuidado)**

- **Descrição do Cargo**: O Clínico Geral da Linha do Cuidado atua como o primeiro ponto de contato no atendimento ao paciente, responsável pela avaliação inicial e encaminhamento para especialistas, quando necessário. Este profissional monitora pacientes com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, e realiza a coordenação dos cuidados junto com outros profissionais de saúde.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 10.000,00
  - Valor Médio: R$ 12.000,00
  - Valor Máximo: R$ 14.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, com flexibilidade conforme a demanda de consultas.

Cargo: **Dermatologista**

- **Descrição do Cargo**: O Dermatologista é responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças da pele, cabelo e unhas. Este profissional realiza consultas ambulatoriais, biópsias, tratamentos dermatológicos e procedimentos estéticos minimamente invasivos, garantindo a saúde da pele e tratando doenças como acne, psoríase, câncer de pele, entre outras.

- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
    - Valor Mínimo: R$ 10.000,00
    - Valor Médio: R$ 12.000,00
    - Valor Máximo: R$ 15.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
    - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da quantidade de consultas e procedimentos.

Cargo: **Endocrinologista**

- **Descrição do Cargo**: O Endocrinologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao sistema endócrino, como diabetes, problemas da tireoide, obesidade e distúrbios hormonais. Este profissional realiza consultas, exames laboratoriais e de imagem, além de orientar o manejo clínico de doenças metabólicas e hormonais crônicas.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
    - Valor Mínimo: R$ 10.000,00
    - Valor Médio: R$ 13.000,00
    - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
    - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, de acordo com a demanda de consultas e acompanhamento de pacientes.

Cargo: **Gastroenterologista**

- **Descrição do Cargo**: O Gastroenterologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças do sistema digestivo. Atua em consultas ambulatoriais, realiza exames como endoscopias e colonoscopias, além de acompanhar pacientes com doenças crônicas como gastrite, refluxo gastroesofágico, doença inflamatória intestinal, entre outras.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
    - Valor Mínimo: R$ 11.000,00
    - Valor Médio: R$ 13.000,00
    - Valor Máximo: R$ 15.000,00
- **Benefícios (PJ)**:

- O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.

- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da demanda por consultas e exames.

Cargo: **Ginecologista**

- **Descrição do Cargo**: O Ginecologista é responsável pelo cuidado com a saúde da mulher, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças do sistema reprodutivo feminino. Atua em consultas ambulatoriais, exames de rotina como Papanicolau, acompanhamento pré-natal e em tratamentos de distúrbios ginecológicos como endometriose, miomas e infertilidade.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 10.000,00
  - Valor Médio: R$ 12.500,00
  - Valor Máximo: R$ 15.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda de consultas e exames.

Cargo: **Hematologista**

- **Descrição do Cargo**: O Hematologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos. Este profissional cuida de pacientes com anemias, leucemias, linfomas, entre outras doenças hematológicas, realizando consultas e exames laboratoriais para monitorar o tratamento.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 12.000,00
  - Valor Médio: R$ 14.000,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da demanda por consultas e monitoramento de exames.

Cargo: **Infectologista**

- **Descrição do Cargo**: O Infectologista é responsável pelo diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças infecciosas. Atua em consultas ambulatoriais e acompanha pacientes com infecções agudas e crônicas, como HIV, hepatites virais, tuberculose, além de controlar surtos infecciosos e prevenir infecções hospitalares.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 11.000,00
  - Valor Médio: R$ 13.500,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, de acordo com a demanda de consultas e acompanhamento de pacientes crônicos.

Cargo: Mastologista

- **Descrição do Cargo**: O Mastologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças das mamas, incluindo a prevenção e tratamento de câncer de mama. Atua em consultas ambulatoriais, realiza exames diagnósticos como mamografias e biópsias e acompanha pacientes no tratamento e recuperação.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 11.000,00
  - Valor Médio: R$ 13.000,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda de consultas e exames.

Cargo: Nefrologista

- **Descrição do Cargo**: O Nefrologista é responsável pelo cuidado de pacientes com doenças renais, incluindo o acompanhamento de pacientes com insuficiência renal e aqueles que necessitam de diálise. Atua em consultas ambulatoriais e monitora exames laboratoriais e de imagem para garantir o tratamento adequado de doenças crônicas renais.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 12.000,00

- Valor Médio: R$ 14.000,00
- Valor Máximo: R$ 17.000,00

- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da demanda de consultas e acompanhamento de diálise.

Cargo: **Neurologista**

- **Descrição do Cargo**: O Neurologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças do sistema nervoso, como epilepsia, esclerose múltipla, AVC, e distúrbios neurodegenerativos. Atua em consultas ambulatoriais, exames neurológicos, e no acompanhamento de pacientes crônicos com condições neurológicas.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 11.000,00
  - Valor Médio: R$ 13.500,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da quantidade de consultas e exames.

Cargo: **Obstetra (Pré-natal de Alto Risco)**

- **Descrição do Cargo**: O Obstetra especializado em Pré-natal de Alto Risco é responsável pelo acompanhamento de gestantes com complicações que aumentam o risco para a mãe ou o bebê. Atua em consultas, exames e acompanhamento rigoroso do pré-natal, assegurando o controle das condições que podem comprometer a gestação.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 12.000,00
  - Valor Médio: R$ 14.500,00
  - Valor Máximo: R$ 17.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda de consultas e acompanhamento de gestantes.

Cargo: **Oftalmologista**

- **Descrição do Cargo**: O Oftalmologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças oculares, além da prescrição de óculos e lentes de contato. Atua em consultas ambulatoriais, exames de visão e procedimentos como cirurgias oculares e tratamentos de doenças como glaucoma e catarata.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 10.000,00
  - Valor Médio: R$ 12.500,00
  - Valor Máximo: R$ 15.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da demanda de consultas e procedimentos cirúrgicos.

Cargo: **Ortopedista/Traumatologista**

- **Descrição do Cargo**: O Ortopedista/Traumatologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças e lesões do sistema musculoesquelético. Este profissional realiza consultas ambulatoriais, cirurgias ortopédicas de pequeno porte e acompanha pacientes em reabilitação de fraturas, traumas e condições crônicas como osteoartrite.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 12.000,00
  - Valor Médio: R$ 14.000,00
  - Valor Máximo: R$ 17.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, dependendo da demanda por consultas e cirurgias.

Cargo: **Otorrinolaringologista**

- **Descrição do Cargo**: O Otorrinolaringologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças dos ouvidos, nariz e garganta. Atua em consultas ambulatoriais, realiza exames como audiometria, endoscopia nasal e procedimentos cirúrgicos menores, como remoção de amígdalas ou correção de desvio de septo.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:

- Valor Mínimo: R$ 11.000,00
- Valor Médio: R$ 13.500,00
- Valor Máximo: R$ 16.000,00

- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda de consultas e procedimentos.

Cargo: **Pediatra**

- **Descrição do Cargo**: O Pediatra é responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além de prevenir e tratar doenças em crianças e adolescentes. Atua em consultas ambulatoriais, vacinas, monitoramento de doenças crônicas e orientação aos pais e responsáveis.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 10.000,00
  - Valor Médio: R$ 12.000,00
  - Valor Máximo: R$ 15.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, com flexibilidade conforme a demanda de consultas.

Cargo: **Pneumologista**

- **Descrição do Cargo**: O Pneumologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias, como asma, bronquite, DPOC e pneumonia. Este profissional realiza consultas ambulatoriais, exames de função pulmonar e acompanha pacientes com doenças respiratórias crônicas.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 11.000,00
  - Valor Médio: R$ 13.000,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda de consultas e exames.

Cargo: **Psiquiatra**

- **Descrição do Cargo**: O Psiquiatra é responsável pelo diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade, esquizofrenia e transtorno bipolar. Atua em consultas ambulatoriais, acompanha pacientes em tratamento medicamentoso e oferece apoio terapêutico em conjunto com outros profissionais de saúde mental.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 12.000,00
  - Valor Médio: R$ 14.500,00
  - Valor Máximo: R$ 17.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, de acordo com a demanda de consultas e acompanhamento de pacientes.

Cargo: **Reumatologista**

- **Descrição do Cargo**: O Reumatologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças autoimunes e condições inflamatórias crônicas, como artrite reumatoide, lúpus, e osteoporose. Atua em consultas ambulatoriais, prescreve medicamentos imunossupressores e anti-inflamatórios, e acompanha a reabilitação dos pacientes.
- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 11.000,00
  - Valor Médio: R$ 13.000,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda de consultas e tratamento de pacientes crônicos.

Cargo: **Urologista**

- **Descrição do Cargo**: O Urologista é responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças do trato urinário e sistema reprodutor masculino. Realiza consultas, exames diagnósticos como ultrassonografias e biópsias, além de realizar cirurgias minimamente invasivas para tratar doenças como cálculos renais, hiperplasia prostática e câncer urológico.

- **Faixa de Remuneração (PJ)**:
  - Valor Mínimo: R$ 11.000,00
  - Valor Médio: R$ 13.500,00
  - Valor Máximo: R$ 16.000,00
- **Benefícios (PJ)**:
  - O pagamento de tributos e benefícios são de responsabilidade do prestador de serviços, já que o vínculo é PJ.
- **Carga Horária**: 12 horas semanais, conforme a demanda de consultas e procedimentos cirúrgicos.

METAS

Quadro 8 - Meta de consultas médicas ambulatoriais:

Meta de consultas médicas ambulatoriais	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Total	**2800**	33600	35280	36960

Quadro 11 - Meta de consultas e processos terapêuticos de média duração dividido por tipo de consulta

Procedimento Consulta equipe multiprofissional	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Interconsulta	1260	15120	15876	16632
Retorno de Sessoes	2940	35280	37044	38808
TOTAL	**4200**	**50400**	**52920**	**55440**

Quadro 17 - Procedimentos mínimos a serem realizados por especialidade

Especificações	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Procedimentos Básicos*	80	960	1008	1056
Periodontia	60	720	756	792
Endodontia**	35	420	441	462
Cirurgia Oral Menor	80	960	1008	1056
TOTAL	**255**	**3060**	**3213**	**3366**

Quadro 14 - Produção mínima equipe especializada do processo transexualizador

Produção mínima da equipe especializada do processo transexualizador*	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Médica	15	180	189	198
Multiprofissional	35	420	441	462

TOTAL	**50**	**600**	**630**	**660**

Quadro 10 - Meta de consultas e processos terapêuticos de média duração

Consultas de Equipe multiprofissional	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Consulta	4200	50400	52920	55440
TOTAL	**4200**	**50400**	**52920**	**55440**

Quadro 9 - Estimativa empregada para consultas médicas ambulatoriais de Primeira Consulta (Externo) por especialidade, conforme item 12.1.4, da Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis

Especialidades Médicas	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Anestesiologista	Demanda interna	Demanda interna	Demanda interna	Demanda interna
Angiologia/Cirurgia Vascular	30	360	378	396
Cardiologia	50	600	630	660
Coloproctologia	40	480	504	528
Clinico Geral	Demanda interna	Demanda interna	Demanda interna	Demanda interna
Dermatologia	110	1320	1386	1452
Endocrinologia	70	840	882	924
Gastroenterologia	30	360	378	396
Ginecologia	60	720	756	792
Hematologia	20	240	252	264
Infectologia	10	120	126	132
Mastologia	40	480	504	528

Nefrologia	50	600	630	660
Neurologia	70	840	882	924
Obstetrícia (pré-natal de alto risco)	20	240	252	264
Oftalmologia	350	4200	4410	4620
Ortopedia/Traumatologia	100	1200	1260	1320
Otorrinolaringologia	130	1560	1638	1716
Pediatria	30	360	378	396
Pneumologia	40	480	504	528
Psiquiatria	30	360	378	396
Reumatologia	80	960	1008	1056
Urologia	70	840	882	924
TOTAL	**1430**	**17160**	**18018**	**18876**

Quadro 12- Meta Consultas Farmacêuticas para pacientes que recebem medicamentos do CEAF

Consultas	Farmacêuticas Meta Mensal
Farmacêuticas Meta Mensal	Total ≥ 5% dos processos atendidos no mês

Quadro 13 - Meta dispensação de medicamentos do CEAF

Consultas	Meta Mensal
Percentual de dispensação de medicamentos em relação aos processos cadastrados	≥ 50% dos processos cadastrados na unidades

Quadro 5 - Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS

Práticas Integrativas e Complementares	Práticas Integrativas e Complementares
Apiterapia	Cromoterapia
Aromaterapia	Dança
Arteterapia	Geoterapia
Ayurveda	Hipnoterapia
Biodança	Homeopatia
Terapia Comunitária Integrativa	Bioenergética
Constelação Familiar	Medicina Antroposófica
Yoga	Quiropraxia
Meditação	Reflexoterapia
Musicoterapia	Reiki
Naturopatia	Shantala
Osteopatia	Imposição de Mãos
Ozonioterapia	Terapia de Florais
Plantas Medicinais/Fitoterapia	Termalismo Social/Crenoterapia

Yoga/Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Aromaterapia Circular

Quadro 15. Metas de SADT Externo da Policlínica Estadual da Região Sudoeste- Quirinópolis

SADT Externo	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Análises Clínicas	Demanda Interna	Demanda Interna	Demanda Interna	Demanda Interna
Audiometria	5	60	63	66
Cistoscopia	5	60	63	66
Colonoscopia	80	960	1008	1056
Colposcopia	20	240	252	264
Densitometria Óssea	50	600	630	660
Doppler Vascular	100	1200	1260	1320
Ecocardiografia	80	960	1008	1056
Eletrocardiografia	10	120	126	132
Eletroencefalografia	15	180	189	198
Eletroneuromiografia	40	480	504	528
Endoscopia	140	1680	1764	1848
Espirometria	20	240	252	264
Exames Oftalmológicos	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.	Serão vinculados à consulta oftalmológica conforme indicação do especialista.
Holter	40	480	504	528
Mamografia	200	2400	2520	2640
MAPA 30	30	360	378	396

Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): mama*	5	60	63	66
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF): tireóide *	10	120	126	132
Punção aspirativa por agulha Grossa	5	60	63	66
Radiologia	70	840	882	924
Teste Ergométrico	30	360	378	396
Tomografia	500	6000	6300	6600
Ultrassonografia	120	1440	1512	1584
Urodinâmica	10	120	126	132
Videolaringoscopia	10	120	126	132

Quadro 16 - Meta de Consultas Odontológicas

Consultorios Odontologicos	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Primeira Consulta	180	2160	2268	2376
Consulta Subsequente	270	3240	3402	3564
TOTAL	**450**	**5400**	**5670**	**5940**

Quadro 18 - Meta de produção mínima TRS

Terapia Renal Subtitutiva	Meta Mensal	1º ANO	2º ANO	3º ANO
Sessoes Hemosiálise: Considerando 3 turnos e 3 sessoes por paciente	546	6552	6880	7207
Pacotes de Treinamento de Diálise Peritoneal: Considerando 10 dias de treinamento para cada paciente	40	480	504	528
TOTAL	**586**	**7032**	**7384**	**7735**

Quadro 19 - Média mensal de distância percorrida transporte de pacientes

Transporte	Quanditade de Veículos	Média Mensal de Distância Percorrida
Van	2	15000 km

Quadro 6 - Exames ofertados no Processo Transexualizador

Exames	Mulheres Trans / Travestis	Homens Trans / Transmasculinos
Laboratorial		
Hemograma	Hemograma	Hemograma
Glicemia de Jejum	Glicemia de Jejum	Glicemia de Jejum
Colesterol Total e Frações	Colesterol Total e Frações	Colesterol Total e Frações
CR / Ur	CR / Ur	CR / Ur
Potássio (K+)	Potássio (K+)	Potássio (K+)
TGO / TGP	TGO / TGP	TGO / TGP
Testosterona Total		Testosterona Total
Estradiol	Estradiol	
Prolactina	Prolactina	Prolactina
Hormônio Luteinizante (LH)	Hormônio Luteinizante (LH)	Hormônio Luteinizante (LH)
Hepatites A, B e C	Hepatites A, B e C	Hepatites A, B e C
HIV e Sífilis	HIV e Sífilis	HIV e Sífilis

PSA		PSA

Quadro 7 - Fármacos utilizados para hormonização cruzada, bloqueio e reposição hormonal

Fármacos	MtF: Masculino para Feminino	FtM: Feminino para Masculino
Acetato de Ciproterona 50 mg	Comprimido	-
Espironolactona 25 mg ou 100 mg	Comprimido	-
Valerato de Estradiol 2 mg	Drágeas	-
Acetato de Ciproterona 2 mg + Etinilestradiol 0,035 mg	Drágea	-
Algestona acetofenida 150 mg + enantato de estradiol 10 mg	Solução injetável	-
Estrogênios conjugados 0,625 mg	Drágeas	-
Undecilato de Testosterona 250 mg/ml	-	Solução injetável
Testosterona 1% ou 5%	-	Gel
Cipionato de Testosterona 200 mg/2 ml	-	Solução injetável
Propionato de testosterona 30 mg + fempropionato de testosterona 60 mg + isocaproato de testosterona 60 mg + decanoato de testosterona 100 mg	-	Solução injetável

CGI
Centro de Gestão Integrada

PROPOSTA

FINANCEIRA

Itens	Despesas	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12	TOTAL
1	**Pessoal**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 1.625.953,44**	**R$ 19.511.441,30**
1.1	Salários	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	R$ 443.748,48	**R$ 5.324.981,76**
1.2	Outras Formas de Contratação	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	R$ 574.660,00	**R$ 6.895.920,00**
1.3	Enc. Benef de 1.1 e 1.2	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	R$ 607.544,96	**R$ 7.290.539,54**
2	**Medicamentos**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 162.773,39**	**R$ 1.953.280,68**
3	**Materiais**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 48.836,00**	**R$ 586.032,00**
3.1	Materiais Hospitalares	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	R$ 21.034,25	**R$ 252.411,00**
3.2	Gases Medicinais	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	R$ 27.801,75	**R$ 333.621,00**
4	**Materiais Diversos**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 53.723,33**	**R$ 644.679,96**
4.1	Material de Higienização	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	R$ 13.085,19	**R$ 157.022,28**
4.2	Gêneros Alimentícios	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	R$ 12.009,18	**R$ 144.110,16**
4.3	Material Expediente	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	R$ 5.925,58	**R$ 71.106,96**
4.4	Combustível	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	R$ 8.685,71	**R$ 104.228,52**
4.5	GLP (Gás Liquefeito de Petróleo)	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	R$ 14.017,67	**R$ 168.212,04**
5	**Serviços de Apoio**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 30.729,74**	**R$ 368.756,88**
5.1	Laboratório	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	R$ 30.729,74	**R$ 368.756,88**
6	**Manutenção**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 19.147,72**	**R$ 229.772,64**
6.1	Material / Serviços	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	R$ 19.147,72	**R$ 229.772,64**
7	**Seguros/Impostos/Taxas**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 26.100,00**	**R$ 313.200,00**
7.1	Seguros	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	R$ 15.800,00	**R$ 189.600,00**

7.2	Impostos/Taxas	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	R$ 10.300,00	**R$ 123.600,00**
8	**Telefonia**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 3.419,26**	**R$ 41.031,12**
9	**Água**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 15.257,79**	**R$ 183.093,48**
10	**Energia Elétrica**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 22.992,53**	**R$ 275.910,36**
11	**Prestação de Serviços Terceiros**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 289.170,00**	**R$ 3.470.040,00**
12	**Informática**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 28.853,00**	**R$ 346.236,00**
13	**TOTAL**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 2.326.956,20**	**R$ 27.923.474,42**

Valor total de R$ 2.326.956,20 (Dois milhões, trezentos e vinte e seis mil, novecentos e cinquenta e seis reais e vinte centavos.) por mês referente à gestão da Policlínica Estadual de Quirinópolis, no Estado de Goiás.

	1 mês	12 meses	36 meses
Montante do orçamento econômico-financeiro no Percentil 50 (P50 constitui medida intermediária	R$ 2.326.956,20	R$ 27.923.474,42	R$ 83.770.423,25
Fixo 90%	R$ 2.094.260,58	R$ 25.131.126,97	R$ 75.393.380,92
Variável 10%	R$ 232.695,62	R$ 8.377.042,32	R$ 25.131.126,97

CUSTEIO ESTIMADO	
P25	P50
R$ 2.166.096,10	R$ 2.326.956,20

Josanne Alcântara
001.053.961-17

CGI
Centro de Gestão Integrada

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA
(deve ser juntada também ao Envelope II - PROPOSTA DE TRABALHO)

Ref.: Chamamento Público nº 09/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei **na unidade a Policlínica Estadual da Região Sudoeste - Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás**, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 09/2024. Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção. Informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Goiânia/GO, 05 de outubro de 2024.

JOSANNE MARQUES GONZAGA DE CASTRO
CPF 001.053.961-17
Presidente

CGI
Centro de Gestão Integrada

DECLARAÇÃO DE VISITA TÉCNICA NA UNIDADE DE SAÚDE

(deve ser juntada também ao Envelope II - PROPOSTA DE TRABALHO)

Ref.: Chamamento Público nº 09/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que representando a entidade, denominada CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, associação de direito privado, na forma de associação civil, sem fins lucrativos, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.469/0001-60, localizada na na Rua 10, n.85, quadra 31, Lote E1, Sala 2 - St. Mal. Rondon, Goiânia - GO, 74560-39, compareci na Policlinica Estadual da Região Sudoeste Unidade Quirinópolis,localzaida na Rua 1 Nº 3 , Residencial Atenas , CEP 75.860-000,Quirinópolis-Goiás. E atesto ter conhecido as instalações físicas, equipamentos e demais condições que possam, de qualquer forma, influir sobre a elaboração da Proposta de Trabalho.

Goiânia/GO, 07 de Outubro de 2024.

GABRIEL SILVA DE ALENCAR CORTEZ

CPF: 754.825.761-91

JOSANNE MARQUES GONZAGA DE CASTRO
CPF 001.053.961-17
Presidente

Ricardo Martins Sousa
Diretor Administrativo
CPF: 041.377.856-86
Policlínica - Quirinópolis
07.10.24

Representante da unidade
CPF: 041.377.856-86

DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DA PROPOSTA E DO TERMO DE COLABORAÇÃO

CENTRO DE GESTÃO INTEGRADA - CGI, associação de direito privado, na forma de associação civil, sem fins lucrativos, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 22.579.469/0001-60, localizada, na Rua 10, n.85, quadra 31, Lote E1, Sala 2 - St. Mal. Rondon, Goiânia - GO, 74560-390, por intermédio de sua diretoria, aprova a proposta de **Termo de Colaboração** para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde na **Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás**

A diretoria do **CGI** reafirma o compromisso com o cumprimento das regras estabelecidas no **Edital e seus Anexos**, declarando, por meio deste documento, que a entidade conhece e se submete incondicionalmente e irrestritamente às disposições constantes nas legislações e regulamentos aplicáveis.

Por fim, a diretoria expressa sua total concordância com a formalização da parceria para a execução do presente termo de colaboração, visando à excelência na prestação de serviços de saúde na **Policlínica Estadual da Região Sudoeste -Quirinópolis, localizada na Rua 1, nº. 3, Residencial Atenas, CEP 75.860-000, Quirinópolis – Goiás**

Página de assinaturas

Thiago Pina
710.870.791-87
Signatário

Rafael farla
882.929.161-72
Signatário

Marcos spadoni
914.310.420-72
Signatário

Jose Neto
028.879.698-54
Signatário

Denise Freitas
833.721.211-04
Signatário

Jane Oliveira
375.331.341-68
Signatário

José Israel
731.193.421-49
Signatário

ALEX NASCIMENTO
944.492.871-34
Signatário

Página de assinaturas



Josanne Alcântara
001.053.961-17
Signatário

HISTÓRICO

29 set 2024 12:01:49 — **Josanne Gonzaga** criou este documento. (Email: josanne.gonzaga@gmail.com)

29 set 2024 12:03:01 — **Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara** *(Email: josannegonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)* visualizou este documento por meio do IP 170.0.72.139 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

29 set 2024 12:03:04 — **Josanne Marques Gonzaga de Castro Alcântara** *(Email: josannegonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)* assinou este documento por meio do IP 170.0.72.139 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

Página de assinaturas



Rosemeire Rodrigues
380.441.611-04
Signatário

HISTÓRICO

29 set 2024 13:44:21 — **Rosemeire Correia Leite Rodrigues** criou este documento. (Email: rosemeireleite24@gmail.com, CPF: 380.441.611-04)

29 set 2024 13:44:21 — **Rosemeire Correia Leite Rodrigues** *(Email: rosemeireleite24@gmail.com, CPF: 380.441.611-04)* visualizou este documento por meio do IP 177.75.59.58 localizado em Anápolis - Goiás - Brazil

29 set 2024 13:44:23 — **Rosemeire Correia Leite Rodrigues** *(Email: rosemeireleite24@gmail.com, CPF: 380.441.611-04)* assinou este documento por meio do IP 177.75.59.58 localizado em Anápolis - Goiás - Brazil

HISTÓRICO

30 set 2024 07:25:32 — **Josanne Gonzaga** criou este documento. (Email: josanne.gonzaga@gmail.com, CPF: 001.053.961-17)

30 set 2024 09:21:34 — **José Israel** *(Email: jisrael777@yahoo.com, CPF: 731.193.421-49)* visualizou este documento por meio do IP 189.63.42.140 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

30 set 2024 09:22:39 — **José Israel** *(Email: jisrael777@yahoo.com, CPF: 731.193.421-49)* assinou este documento por meio do IP 189.63.42.140 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

30 set 2024 07:31:33 — **Jose Joaquim Gomide Neto** *(Email: jjgomide@hotmail.com, CPF: 028.879.698-54)* visualizou este documento por meio do IP 177.174.213.197 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

30 set 2024 07:34:43 — **Jose Joaquim Gomide Neto** *(Email: jjgomide@hotmail.com, CPF: 028.879.698-54)* assinou este documento por meio do IP 177.174.213.197 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

30 set 2024 18:17:40 — **Marcos fernando tweedie spadoni** *(Email: marcos@spadoni.med.br, CPF: 914.310.420-72)* visualizou este documento por meio do IP 104.28.47.152 localizado em Osasco - São Paulo - Brazil

30 set 2024 18:18:31 — **Marcos fernando tweedie spadoni** *(Email: marcos@spadoni.med.br, CPF: 914.310.420-72)* assinou este documento por meio do IP 104.28.47.152 localizado em Osasco - São Paulo - Brazil

30 set 2024 09:31:19 — **Thiago Carvalho Roriz Pina** *(Email: rorizrad@gmail.com, CPF: 710.870.791-87)* visualizou este documento por meio do IP 179.35.1.98 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

30 set 2024 09:31:23 — **Thiago Carvalho Roriz Pina** *(Email: rorizrad@gmail.com, CPF: 710.870.791-87)* assinou este documento por meio do IP 179.35.1.98 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

30 set 2024 18:17:28 — **Rafael marcelo de faria** *(Email: rafaelmarcelodefaria@gmail.com, CPF: 882.929.161-72)* visualizou este documento por meio do IP 177.174.211.161 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

30 set 2024 18:17:31 — **Rafael marcelo de faria** *(Email: rafaelmarcelodefaria@gmail.com, CPF: 882.929.161-72)* assinou este documento por meio do IP 177.174.211.161 localizado em Brasília - Federal District - Brazil

30 set 2024 18:57:21 — **Denise de Freitas** *(Email: dennyse_freitas@hotmail.com, CPF: 833.721.211-04)* visualizou este documento por meio do IP 45.191.207.111 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

30 set 2024 18:57:25 — **Denise de Freitas** *(Email: dennyse_freitas@hotmail.com, CPF: 833.721.211-04)* assinou este documento por meio do IP 45.191.207.111 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

05 out 2024 18:31:05 — **Jane Freitas dos Santos Oliveira** *(Email: janefreitas@gmail.com, CPF: 375.331.341-68)* visualizou este documento por meio do IP 168.0.50.032 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

05 out 2024 18:31:08 — **Jane Freitas dos Santos Oliveira** *(Email: janefreitas@gmail.com, CPF: 375.331.341-68)* assinou este documento por meio do IP 168.0.50.032 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

07 out 2024 20:04:23 — **ALEX EVANGELISTA DO NASCIMENTO** *(Email: allexevangelista1@gmail.com, CPF: 944.492.871-34)* visualizou este documento por meio do IP 179.255.135.89 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

07 out 2024 20:04:23 — **ALEX EVANGELISTA DO NASCIMENTO** *(Email: allexevangelista1@gmail.com, CPF: 944.492.871-34)* assinou este documento por meio do IP 179.255.135.89 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

08 out 2024 07:08:16 — **Thiago Ribeiro da Costa Soares** *(Celular: +5562983001301, CPF: 008.017.451-52)* visualizou este documento por meio do IP 38.50.157.187 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil

08 out 2024 07:08:16 — **Thiago Ribeiro da Costa Soares** *(Celular: +5562983001301, CPF: 008.017.451-52)* assinou este documento por meio do IP 38.50.157.187 localizado em Goiânia - Goiás - Brazil