

## Avaliação clínica inicial

Um ponto fundamental inicial do atendimento do paciente com suspeita de AVC é a coleta de informações. Ela deve ser dirigida e objetiva, sem deixar de obter os dados que serão mais importantes para a tomada de decisões.

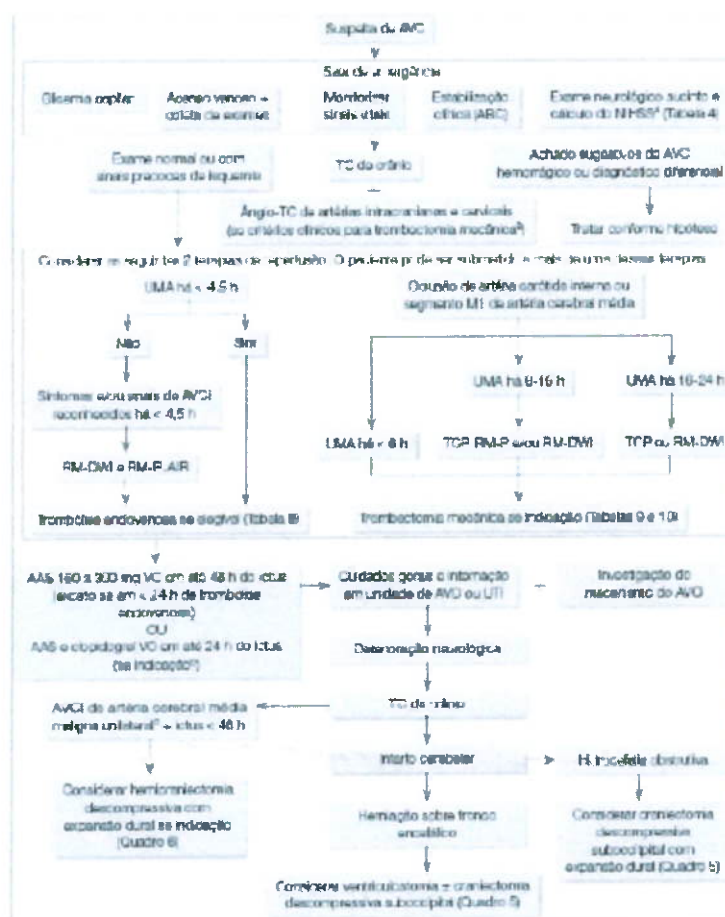
Dessa forma, é sempre importante realizar a anamnese do paciente na presença de familiares e acompanhantes que preferencialmente tenham presenciado o ictus. Na abordagem inicial do paciente, os três pontos principais a serem questionados são:

- Quando foi o último momento em que o paciente estava assintomático. Caso tenham se transcorrido mais de 4,5 h desde o último momento assintomático, deve-se precisar também o momento em que o déficit neurológico foi percebido pelo paciente, ou reconhecido por outros (caso o paciente não seja capaz de prover essa informação). Deve-se enfatizar que a decisão por indicar ou não terapias agudas de reperfusão encefálica depende dessas informações, que devem ser as mais precisas possíveis. Nesse sentido, nos casos em que o paciente desperta pela manhã com déficits (wake-up stroke), é importante não apenas questionar quando ele adormeceu, mas também se ele teve despertares durante a noite, nos quais ainda estava assintomático, e quando esses despertares ocorreram.
- Obter dados sobre antecedentes mórbidos e medicações em uso. Se o paciente fizer uso de anticoagulantes, questionar quando ele fez uso da última dose.
- Avaliar a presença de contraindicações para trombólise endovenosa (TEV).

Enquanto os dados supracitados são colhidos, um exame físico direcionado deve ser realizado, incluindo principalmente:

- Monitorização de sinais vitais e coleta da glicemia capilar.
- Aferição da pressão arterial (PA) em quatro membros. A assimetria significativa da PA entre membros superiores, ou entre membros superiores e inferiores, pode sugerir dissecação aórtica.
- Realizar exame neurológico sucinto e calcular o National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), (CR I; NE B-NR).

Figura 63 - Atendimento Inicial ao paciente com suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico



Se, durante a avaliação, for observada escala de coma de Glasgow  $\leq 8$  ou risco de aspiração significativo (p.ex., por disfagia), deve-se considerar a intubação orotraqueal (CR I; NE C). Ademais, a saturação de oxigênio deve ser mantida  $> 94\%$  (CR I; NE C-LD). Porém, não há benefício em suplementar oxigênio se a saturação de oxigênio em ar ambiente for  $\geq 95\%$  (CR III; NE B-R).

A estratégia de controle de pressão arterial (PA) depende do contexto clínico do paciente. Caso o paciente tenha indicação de trombólise endovenosa (Tabela 6), recomenda-se manter a PA  $< 185 \times 110$  mmHg até a infusão do trombolítico (CR IIa, NE B-NR), e mantê-la  $\leq 180 \times 105$  mmHg durante e por até 24 h após a sua infusão (CR I; NE B-R). Também, entre pacientes com indicação de trombectomia mecânica (Tabelas 8 e 9), recomenda-se manter a PA  $< 185 \times 110$  mmHg (CR IIa; NE B-NR) até o procedimento e  $\leq 180 \times 105$  mmHg por até 24 h (CR IIa; NE B-NR) após a sua realização. As medicações endovenosas e doses recomendadas para controle de PA no contexto de AVC com indicação de terapia aguda de reperfusão encefálica são apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16 - Medicações recomendadas para controle de hipertensão arterial no acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) agudo (CR IIb; NE C-EO)

Medição	Dose
Labetalol	Se PAS $< 230$ mmHg e PAD $< 120$ mmHg: 10-20 mg EV ao longo de 1-2 min, até 2 vezes  Se PAS $\geq 230$ mmHg e/ou PAD $\geq 120$ mmHg: 10 mg EV ao longo de 1 a 2 min, seguido de infusão contínua de 2-8 mg/min
Nicardipina	Iniciar a 5 mg/h e aumentar em 2,5 mg/h a cada 5-15 min, até atingir alvo pressórico. A dose máxima é de 15 mg/h

Por outro lado, caso não haja indicação de trombólise e/ou trombectomia mecânica, não é necessário controle pressórico agressivo, desde que não haja condição comórbida que assim o demande (p. ex., dissecação aguda de aorta, eclâmpsia/pré-eclâmpsia, infarto agudo do miocárdio). Reduções muito agressivas da PA nessas circunstâncias, em teoria, podem comprometer ainda mais a área de penumbra isquêmica e a recuperação a longo prazo do paciente. Por essa razão, nesse contexto,

apenas se a PA for  $\geq 220 \times 110$  mmHg, é razoável a redução dos níveis pressóricos iniciais em 15% durante as primeiras 24 h do ictus (CR IIb; NE C-Eo).

Por outro lado, a hipotensão não é um achado frequente no paciente com AVCi. Sempre quando presente, deve-se investigar ativamente a presença de situações comórbidas potencialmente graves que a justifiquem, como sepse, infarto agudo do miocárdio, dissecação da aorta, entre outros. Além do mais, a hipotensão e a hipovolemia devem ser corrigidas de modo a manter a perfusão sistêmica necessária à função dos órgãos (CR I, NE C-Eo). Como já mencionado, a hipotensão excessiva pode favorecer o estabelecimento do infarto definitivo na área de penumbra e comprometer o prognóstico funcional do paciente.

Outros cuidados importantes na avaliação inicial do paciente incluem: corrigir hipoglicemia em caso de glicemia capilar  $< 60$  mg/dL (CR I; NE C-LD) e obter ao menos um acesso venoso periférico adequado (que será fundamental para infusão de contraste radiológico, trombolíticos e drogas vasoativas, caso se façam necessários).

Devido ao risco teórico de indução de hipertensão intracraniana e disfunção plaquetária, o nitroprussiato de sódio deve ser considerado como medicação de 2ª linha e utilizado mediante indisponibilidade ou refratariedade a labetalol, nicardipina e clevidipina. Ele pode ser utilizado como 1ª linha caso PAD  $> 140$  mmHg.

Outras medicações podem ser consideradas em pacientes com condições comórbidas que requeiram redução agressiva de pressão arterial (p. ex., síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca aguda, dissecação aórtica ou pré-eclâmpsia/eclâmpsia).

### **Exames laboratoriais iniciais**

Apesar de os exames laboratoriais serem relevantes na investigação do mecanismo do AVCi e na escolha pela melhor estratégia de profilaxia secundária, são poucos aqueles que efetivamente levam a mudanças de conduta na fase aguda. Dessa maneira, a coleta desses e o aguardo pelo seu resultado não devem atrasar a infusão de

trombolítico, caso haja indicação. De fato, os únicos exames que devem preceder a TEV são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Exames complementares que devem ser considerados antes da infusão de trombolíticos no paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo

Exame	Indicação
Glicemia capilar	Todos os casos (NE I; CR B-NR)
Tempo de protrombina	Uso de varfarina ou novos anticoagulantes orais nas últimas 48 h
Tempo de tromboplastina parcial ativada	Uso de heparina não fracionada ou novos anticoagulantes orais nas últimas 48 h
Atividade de fator Xa direta, tempo de trombina, tempo de coagulação de ecarina e plaquetas	Uso de novos anticoagulantes orais nas últimas 48 h

Outros exames importantes que devem ser realizados o quanto antes, mas que não devem atrasar a infusão de trombolíticos, são: troponina (CR I; NE C-LD), eletrocardiograma (CR I; NE B-NR), hemograma, ureia e creatinina, eletrólitos e radiografia simples de tórax (CR IIb, NE B-NR).

### Exame de imagem do encéfalo

O exame de imagem do encéfalo é recomendado em toda suspeita de AVCi agudo (CR I; NE A) e tem como objetivos: excluir diagnósticos diferenciais (em particular o AVC hemorrágico); identificar complicações do AVCi; e em casos selecionados, identificar os pacientes que poderiam se beneficiar de trombectomia mecânica e/ou craniectomia descompressiva. Ele deve ser realizado obrigatoriamente antes de a TEV ou a trombectomia mecânica serem consideradas.

### Tomografia computadorizada de crânio

A tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste em geral é suficiente para a exclusão dos diagnósticos diferenciais principais, incluindo a hemorragia

A RM de encéfalo em geral representa uma alternativa à TC de crânio. No entanto, em certas circunstâncias ela é obrigatória. A primeira dessas circunstâncias é a seleção do paciente para a trombólise endovenosa, quando o último momento em que ele estava sabidamente assintomático ocorreu há mais de 4,5 horas e o reconhecimento do déficit ocorreu há menos de 4,5 horas. Nesse caso, a RM é necessária para a identificação do mismatch DWI positivo e FLAIR negativo (CR IIa, NE B-R), que indica benefício da intervenção.

A segunda circunstância é a seleção, pelos critérios do estudo DAWN (Tabela 10A), de pacientes com AVCi por oclusão da artéria carótida interna ou do segmento M1 da artéria cerebral média para trombectomia mecânica, quando o último momento em que eles estavam sabidamente assintomáticos ocorreu nas últimas 6 a 24 horas. Por outro lado, caso o último momento assintomático tenha ocorrido nas últimas 6 a 16 horas, e sejam utilizados os critérios do estudo DEFUSE-3 (Tabela 10B), a RM pode ser substituída pela TC de crânio com sequência de perfusão. Essas modalidades de neuroimagem são necessárias para analisar-se os volumes de isquemia e de penumbra, os quais são parâmetros importantes para indicação de trombectomia mecânica (CR I; NE A).

### **Ressonância magnética de encéfalo**

A ressonância magnética (RM) de encéfalo é significativamente mais sensível que a TC de crânio para identificação da isquemia encefálica aguda. A sequência de difusão (DWI) da RM altera-se em apenas poucos minutos do ictus, e permite identificar a isquemia encefálica com ictus há < 6 horas com sensibilidade de 91 a 97%. Em comparação, a TC de crânio nesse contexto tem sensibilidade de apenas 42 a 73%. A RM de encéfalo também permite avaliar com maior detalhe sinais de complicações relacionados a isquemia encefálica, bem como diagnósticos diferenciais. Inclusive, o uso de sequências de suscetibilidade magnética (p. ex., GRE, T2\*) torna o exame eficaz para excluir sangramentos intracranianos (CR I, NE A).

Por outro lado, a RM é um exame mais caro, exige maior colaboração do paciente, e é menos disponível no contexto dos prontos-socorros. O exame também

requer mais tempo do que a TC para ser realizado. Para agilizar o exame, recomenda-se a realização de protocolos reduzidos, mas que devem incluir as seguintes quatro sequências: T2, difusão (DWI), fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) e uma sequência de suscetibilidade magnética (p. ex., GRE, T2\*). Com esses protocolos, o exame requer cerca de 15 minutos para ser concluído.

A RM de encéfalo em geral representa uma alternativa à TC de crânio. No entanto, em certas circunstâncias ela é obrigatória. A primeira dessas circunstâncias é a seleção do paciente para a trombólise endovenosa, quando o último momento em que ele estava sabidamente assintomático ocorreu há mais de 4,5 horas e o reconhecimento do déficit ocorreu há menos de 4,5 horas. Nesse caso, a RM é necessária para a identificação do mismatch DWI positivo e FLAIR negativo (CR IIa, NE B-R), que indica benefício da intervenção.

A segunda circunstância é a seleção, pelos critérios do estudo DAWN (Tabela 10A), de pacientes com AVCi por oclusão da artéria carótida interna ou do segmento M1 da artéria cerebral média para trombectomia mecânica, quando o último momento em que eles estavam sabidamente assintomáticos ocorreu nas últimas 6 a 24 horas. Por outro lado, caso o último momento assintomático tenha ocorrido nas últimas 6 a 16 horas, e sejam utilizados os critérios do estudo DEFUSE-3 (Tabela 10B), a RM pode ser substituída pela TC de crânio com sequência de perfusão. Essas modalidades de neuroimagem são necessárias para analisar-se os volumes de isquemia e de penumbra, os quais são parâmetros importantes para indicação de trombectomia mecânica (CR I; NE A).

### **Estudos não invasivos de artérias cervicais e intracranianas**

A ângio-TC ou ângio-RM de artérias intracranianas (CR I; NE A) e cervicais (CR IIb; NE C-EO) devem ser realizadas para os pacientes potencialmente elegíveis para trombectomia mecânica, ou seja, que preencham os seguintes critérios:

- Se ictus  $\leq$  6 h: NIHSS  $\geq$  6 e ASPECTS  $\geq$  6.
- Se ictus entre 6 h e 16 h: preencher os critérios de inclusão do estudo DAWN (e/ ou DEFUSE 3).

- Se ictus entre 16h e 24 h: preencher os critérios de inclusão do estudo DAWN.

É importante enfatizar que a realização desse exame NÃO deve atrasar a administração de TEV, caso haja indicação. Esse exame pode ser realizado durante a infusão da alteplase, caso seja viável. Outra consideração relevante é que, nas circunstâncias supracitadas, pode ser razoável realizar a injeção de contraste iodado para ângio-TC antes do resultado da creatinina sérica, desde que o paciente não tenha antecedente de nefropatia (CR IIa; NE B-NR).

#### 4.8.5. Terapias de repercussão cerebral

### **Trombólise endovenosa (TEV) com alteplase**

A TEV deve ser considerada para todo paciente com AVCi cujo último tempo em que estava assintomático foi há menos de 4,5 h (Tabela 18). Ademais, em situações em que o momento exato do ictus é desconhecido, mas o déficit foi reconhecido há menos de 4,5 h, a TEV também deve ser considerada para certos pacientes (Quadro 1). Essa intervenção resulta em melhora do prognóstico funcional dos pacientes em 3 a 6 meses.

A eficácia da terapia é eminentemente tempo-dependente e ela deve ser iniciada o quanto antes (CR I; NE A). De fato, uma metanálise de 2014 demonstrou que o número necessário para tratar (NNT) da TEV com alteplase é de 10, quando administrada nas primeiras 3 h, e de 20, quando administrada entre 3 e 4,5 h. Portanto, é importante evitar atrasos no início da TEV para a realização de exames complementares desnecessários. Também não é recomendado postergar a TEV para avaliar se o paciente irá melhorar espontaneamente dos déficits (CR III, NE B-NR), mesmo quando ele já tenha tido melhora parcial deles desde o ictus.

A TEV é uma intervenção amplamente recomendada e segura. No entanto, como qualquer outra intervenção, ela apresenta riscos, incluindo o de hemorragia intracraniana sintomática e o de angioedema orolingual. Dessa forma, antes de administrar a TEV, recomenda-se informar o paciente e/ou seu responsável legal sobre



os riscos e benefícios potenciais da terapia, bem como obter termo de consentimento por escrito desses para a infusão do trombolítico.

As indicações e contraindicações da TEV com alteplase são apresentadas na Tabela 18. As recomendações e os cuidados quanto à administração de TEV são descritos no Quadro 2.

Em relação à última edição, as diretrizes da ASA para manejo inicial do AVCi de 2019 sofreram duas principais mudanças quanto à seleção de pacientes para a TEV:

1. Inclusão de indicação para pacientes com mais de 4,5 h do último momento sabidamente assintomático mediante presença de dissociação DWI-FLAIR (discutido no Quadro 1).
2. A presença de NIHSS  $\leq 5$  com déficits não incapacitantes foi considerada contraindicação absoluta.

Análises de subgrupos de estudos prévios, como o International Stroke Trial 3 (IST-3), o NINDS rt-PA Trial e o Safe Implementation of Treatments in Stroke – International Stroke Thrombolysis Registry (SITS-ISTR) obtiveram resultados inconsistentes quanto ao benefício da TEV para pacientes com déficits leves. Porém, os resultados recentemente publicados do ensaio clínico randomizado PRISMS, que incluiu pacientes com NIHSS  $\leq 5$  e déficits não incapacitantes, não evidenciaram benefício da TEV em até 3 h do último momento assintomático quando comparada a AAS 325 mg em termos de funcionalidade em 90 dias. Ademais, nesse estudo, o risco de hemorragia intracraniana sintomática foi estatisticamente maior entre aqueles que receberam TEV. Esses resultados levaram as novas diretrizes da ASA a contraindicarem a TEV nesse grupo de pacientes (CR III: sem benefício; NE B-R). É importante enfatizar que as diretrizes mantêm a indicação da TEV para pacientes com NIHSS  $\leq 5$  e déficits incapacitantes (CR I; NE B-R).

Tabela 18 - Critérios de indicações e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase

### Critérios de indicação

- $\geq 18$  anos
- $< 3$  h desde última vez em que estava assintomático (CR I, NE A)  
OU
- Entre 3 e 4,5 h desde última vez em que estava assintomático (CR I, NE B-R)  
OU
- 4,5 h do último momento em que estava assintomático, desde que sejam preenchidos todos os seguintes critérios (CR IIa, NE B-R):
  1. O déficit/sintoma do AVCi foi reconhecido há menos de 4,5 h
  2. Presença de hipersinal em sequência DWI da RM de encéfalo com extensão menor que um terço do território da ACM
  3. Ausência

### Critérios de contraindicação absoluta

- NIHSS  $\leq 5$  com déficit neurológico não incapacitante A
- Sinais de hemorragia intracraniana na TC de crânio/ RM de encéfalo AVC isquêmico em últimos 3 meses
- Cirurgia intracraniana ou intraespinal em últimos 3 meses
- Suspeita clínica e/ou radiológica de hemorragia subaracnóidea
- Plaquetas  $< 100.000/mm^3$ , INR  $> 1,7$ , TTPa  $> 40$  s ou TP  $> 15$  s
- Uso concomitante de abciximab e/ou de aspirina EVC
- Áreas extensas de clara hipoatenuação do parênquima encefálico em TC de crânio
- Traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses
- Traumatismo cranioencefálico grave agudo B
- Antecedente pessoal de sangramento intracraniano
- Neoplasia gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal nos últimos 21 dias
- Recebeu dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 h
- Uso de inibidores diretos de trombina ou de fator Xa em  $\leq 48$  h (assumindo que a função renal seja normal),
- EXCETO SE todas as provas de coagulação

### Critérios de contraindicação absoluta

- Suspeita de dissecação de aorta
- Pressão arterial  $\geq 185 \times 110$  mmHg (pode ser reduzida com medicação, deixando de ser contraindicação)
- Neoplasia intracraniana intra-axial (p. ex., glioblastoma multiforme)

### Situações que merecem consideração de risco e benefício

- Situações especiais entre 3 e 4,5 h:  $> 80$  anos, antecedente de AVC prévio e diabetes mellitus, déficits neurológicos leves (NIHSS  $\leq 5$ ), porém incapacitantes A
- Situações especiais entre 3 e 4,5 h:
  - h: NIHSS  $> 25$
  - Funcionalidade prévia comprometida (score de Rankin modificado  $\geq 2$ )
  - Demência prévia
  - Melhora precoce
- Benefício provável e segurança estabelecida para  $> 80$  anos (CR IIa; NE B-NR) e benefício provável para demais situações (CR IIb; NE B-NR)
- Benefício desconhecido (CR IIb; NE C-LD)
- Não aumenta risco de transformação hemorrágica sintomática. Porém, benefício pode ser menor e risco de mortalidade maior. Levar em consideração qualidade de vida do paciente, suporte social, necessidade de cuidador, local de residência, preferências de paciente e familiares e objetivos de cuidados (CR IIb; NE B-NR)
- Podem se beneficiar de TEV. Considerar expectativa de vida e funcionalidade prévia para determinar se TEV pode oferecer benefício clinicamente significativo (CR IIb; NE B-NR)

**Quadro 1 - Trombólise endovenosa (TEV) após 4,5 h do último momento assintomático**

Em cerca de 14 a 27% dos casos de pacientes com AVC isquêmico, o exato momento do ictus é desconhecido. Isso frequentemente ocorre quando o paciente adormece assintomático e desperta com o déficit, ou ainda quando ele estava sozinho e é encontrado com os sintomas e incapaz de comunicar-se. Não é incomum nessas situações que o último horário em que o indivíduo sabidamente estava assintomático tenha ocorrido há mais de 4,5 h. Dessa forma, até recentemente, muitos desses pacientes perdiam a oportunidade de receber TEV, apesar de o momento desconhecido de seu ictus poder ter ocorrido há menos de 4,5 h. No entanto, os estudos MR WITNESS e o WAKE UP, cujos resultados foram publicados em 2018, mudaram esse panorama. Eles levaram em consideração o fato de que enquanto o hipersinal na sequência de difusão (DWI) da RM de encéfalo surge em poucos minutos após o ictus, o hipersinal na sequência FLAIR pode levar algumas horas para ocorrer. Dessa forma, pacientes nos quais o exato momento do ictus é desconhecido, mas que apresentam hipersinal na DWI, sem aumento do sinal do FLAIR na mesma região, têm maior probabilidade de ainda estar na janela para receber a TEV. A segurança do uso desse parâmetro radiológico, chamado de mismatch DWI-FLAIR, para seleção de pacientes para a TEV foi comprovada pelo MR WITNESS. E o WAKE UP demonstrou que, quando comparado ao placebo, a infusão de trombolítico nesse grupo de pacientes com mismatch DWI-FLAIR resulta em maior probabilidade de melhor prognóstico funcional em 90 dias ( $p = 0,003$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à taxa de sangramento intracraniano entre os dois grupos.

Esses resultados levaram à inclusão da indicação de TEV, dentro das condições avaliadas por esses estudos, na mais recente versão das diretrizes para manejo inicial do AVCi agudo da American Stroke Association (ASA). Os critérios de indicação recomendados são:

- Último momento em que o paciente estava sabidamente assintomático ocorreu há  $> 4,5$  h.
- Déficit/sintoma atribuído ao AVCi reconhecido há  $< 4,5$  h.

- Presença de lesão com hipersinal em sequência DWI da RM de encéfalo e com extensão menor que um terço do território da artéria cerebral média.
- Ausência de alteração de sinal visível em sequência FLAIR da RM de encéfalo em território do AVCi agudo.
- Ausência de contraindicações a TEV (Tabela 8).

É importante ressaltar que nos estudos supracitados foram excluídos pacientes com NIHSS > 25 e no estudo WAKE UP também foram excluídos aqueles com plano de realização de trombectomia mecânica.

#### Quadro 2 - Administração de alteplase

- Dose e administração: 0,9 mg/kg (no máximo de 90 mg). Administrar 10% de dose em bolus de 1 min, e restante da dose ao longo de 60 min
- Controle de PA: manter PA < 180 × 105 mmHg por 24 h. Aferir PA a cada 15 min por 2 h, depois a cada 30 min por 6 h, e então a cada 1 h até o fim das primeiras 24 h. Caso seja aferida PA sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 105 mmHg, administrar ou ajustar doses de medicações antihipertensivas endovenosas (Tabela 5) e aumentar frequência de aferições de PA.
- Sinais de alarme para transformação hemorrágica: náuseas, vômitos, hipertensão aguda e/ou refratária, cefaleia intensa, deterioração neurológica. Nesses casos, recomenda-se interromper a infusão de alteplase e realizar TC de crânio de emergência Cuidados em primeiras 24 h: transferir paciente para UTI ou unidade de AVC. Evitar passar sonda nasoenteral, sonda vesical de demora ou cateter intra-arterial, se possível. Evitar início de anticoagulantes e antiplaquetários, a menos que haja condições concomitantes em que se considere que o risco da não introdução dessas medicações supere o risco de transformação hemorrágica da área isquêmica cerebral (p. ex., tromboembolismo pulmonar grave). Realizar TC de crânio ou RM de encéfalo

Ainda assim, esse tópico permanece motivo de debate entre especialistas. O primeiro ponto de discussão é quanto à definição de déficit incapacitante. Certas circunstâncias são amplamente aceitas como incapacitantes, apesar de frequentemente apresentarem escores baixos no NIHSS: afasia isolada; distúrbios significativos de marcha e/ou equilíbrio; hemianopsia isolada; e fraqueza significativa de membro, na qual o paciente é incapaz de vencer a gravidade. No entanto, há situações menos objetivas, e que devem ser consideradas caso a caso. Por exemplo, uma fraqueza leve ou ataxia discreta de membro superior poderia ser considerada um déficit insignificante para muitos pacientes, porém para alguém que trabalha com profissões que exijam coordenação motora fina e destreza (p. ex., músicos, costureiros), pode ser considerada incapacitante. Mesmo uma disartria leve isolada pode comprometer significativamente a performance profissional de um cantor ou um professor. Outra questão debatida é que pacientes que se apresentam inicialmente com déficits pequenos podem progredir para sequelas neurológicas graves nos primeiros dias após o ictus. Em um estudo observacional publicado em 2012, 29% dos pacientes que apresentaram NIHSS  $\leq 5$  inicial e não receberam TEV evoluíram com incapacidade significativa em 90 dias. Por fim, o próprio estudo PRISMS supracitado, que levou à mudança das diretrizes, apresenta limitações metodológicas importantes. Ele foi interrompido por questões de financiamento após apenas cerca de um terço do tamanho de amostra inicialmente proposto ter sido atingido, e ambos os braços do estudo tiveram perdas de cerca de 10% de seguimento na avaliação de 90 dias.

Quanto à seleção da medicação para TEV, estudos recentes têm sugerido que a tenecteplase pode ser uma alternativa à alteplase em certas situações. Em ensaio clínico randomizado de fase III de 2017, a tenecteplase demonstrou ser segura e ter eficácia semelhante à da alteplase. Esse estudo foi conduzido em uma população com predomínio de pacientes com déficits pequenos (NIHSS médio de 4) e sem oclusões de grandes artérias intracranianas. Por outro lado, um ensaio clínico publicado em 2018 comparou o uso de tenecteplase ao de alteplase em pacientes com oclusões de artéria carótida interna, de artéria cerebral média ou de artéria basilar, e indicação de trombectomia mecânica.

O desfecho primário do estudo foi a reperfusão de mais de 50% do território cerebrovascular envolvido ou a ausência de trombo retirável quando da angiografia inicial. Esse estudo demonstrou maior incidência de reperfusão e melhor prognóstico funcional para os indivíduos tratados com tenecteplase em até 4,5 h do ictus. Dessa forma, as diretrizes atuais da ASA propõem que a tenecteplase pode ser considerada como alternativa à alteplase nas seguintes circunstâncias: 1. em pacientes sem contraindicações à TEV e que também são elegíveis para trombectomia mecânica, na dose de 0,25 mg/kg (no máximo de 25 mg) endovenosa em bolus único (CR IIb; NE B-R); 2. em pacientes com déficit neurológico pequeno e sem oclusão de grandes artérias intracranianas, na dose de 0,4 mg/kg (o principal estudo que levou à inclusão dessa indicação utilizou dose máxima de 40 mg) endovenosa em bolus único (CR IIb; NE B-R).

Apesar de atualmente não haver recomendações formais da ASA para o uso da tenecteplase além das situações supracitadas, é possível que essas indicações tornem-se mais abrangentes no futuro.

### **Tratamento das complicações da infusão de alteplase**

A complicação mais importante da infusão de alteplase é a transformação hemorrágica sintomática. Ela ocorre em 5 a 6% dos pacientes e os seus fatores de risco são: NIHSS elevado, uso prévio de antiagregante ou anticoagulante, presença de microsangramentos em RM de encéfalo. A suspeita clínica é levantada se o paciente desenvolver hipertensão aguda e/ou refratária, náuseas, vômitos, cefaleia intensa ou deterioração neurológica durante ou após a infusão do trombolítico.

Outra complicação é o angioedema orolingual. Ele ocorre em 1,3 a 5,1% dos pacientes. Os fatores de risco são: uso de inibidor da conversão de angiotensina e infartos em córtex frontal e ínsula. A suspeita clínica se dá quando há edema de língua, lábios ou orofaringe, em geral contralateral à isquemia cerebral.

### **Trombectomia mecânica**

## 4.9. Comissões obrigatórias

### 4.9.1. Comissão de Revisão de Prontuários

#### 4.9.1.1. Proposta e regimento interno

#### **DEFINIÇÃO**

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários – CARP é fundamental para garantir a qualidade e a rastreabilidade dos prontuários dos pacientes atendidos na unidade. A Comissão também propicia a identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas estas que podem acarretar sérios problemas jurídicos, inexatidão de dados epidemiológicos, falhas de faturamento e na prestação de contas da organização social, tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento ou internação.

O prontuário do paciente – ficha clínica ou boletim de emergência é o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Assim, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas da unidade.



A Comissão está prevista pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução CFM nº 1638/2002 e será implantada na unidade , conforme as regras definidas no Regimento Interno.

## OBJETIVOS

A comissão está apta a revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

A atuação da CARP é de extrema importância para unidade, pois organiza e conserva o prontuário do paciente e deverá apresentar os seguintes resultados:

- Facilitar o manuseio do prontuário físico enquanto não for implantado o prontuário eletrônico
- Garantir a integridade dos documentos físicos ou eletrônicos
- Garantir a legibilidade nas informações
- Promover a colaboração na pesquisa científica e na busca de informações sobre a terapêutica do paciente
- Facilitar o processo de faturamento para os faturistas
- Padronizar a metodologia institucional da unidade
- Favorecer o conhecimento de todos os impressos que devem conter no prontuário e identifica a ausência deles
- Colaborar no seguimento da terapêutica que os profissionais utilizam a cada dia, ou seja, a organização do prontuário, segmentando-o naquilo que foi destinado ao paciente, como o diagnóstico médico, evolução, prescrição médica e de enfermagem
- Contribuir para a permanência e continuidade do prontuário completo até o fim do internamento

## ATRIBUIÇÕES



São atribuições da CARP:

- Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários
- Analisar e revisar o preenchimento e ordenamento dos formulários e impressos que compõe o prontuário, como relatórios de alta e óbito, evoluções médicas e de enfermagem, prescrições médicas; transferências entre blocos e outras unidades hospitalares, diagnóstico e a terapêutica utilizada, e a identificação de novos procedimentos realizados no paciente
- Identificar novas Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs, caso seja necessário
- Analisar e revisar a evolução dos pacientes internados na unidade

## **MINUTA DO REGIMENTO DA COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIO**

### **I. NOME**

### **COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

### **II. FINALIDADE**

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas 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 entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral da unidade.

### **III. COMPOSIÇÃO**

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a necessidade da unidade.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Técnica da unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

#### IV. MANDATO

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada no mural da unidade a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser publicado no mural da unidade.

#### V. SEDE

A sede da comissão será na sala das comissões, a ser disponibilizada na unidade, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

#### VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 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 seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será 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, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

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 emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal conforme cronograma determinado pela Diretoria Geral e em conformidade com os dispositivos do Contrato de Gestão.

## VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

d) Tipo de Alta.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões.

b) Indicar seu vice-presidente.

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

d) Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

f) Preparar a correspondência.

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

h) Solicitar ao SAME - Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

## VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CARP em conjunto com o diretor técnico da unidade.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros no mural da unidade.

#### 4.9.1.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual

Descrição da atividade	Mês												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Constituição da comissão	X												
Nomeação dos membros	X												
Instalação da comissão	X												
Posse dos membros	X												
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 4.9.2. Comissão de Ética Médica

### 4.9.2.1. Proposta e regimento interno

#### Descrição da Finalidade

As Comissões de Ética Médica – CEM são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que exercem a medicina e que possuam quadro com 15 ou mais médicos. Embora não possuam competência para realizar julgamento e nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis para levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

#### Organização e Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da comissão é definido pelo número de médicos que atuam na unidade.

A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim. Pode participar da comissão qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Chefe Médico, etc. No caso de um membro da

comissão assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da Comissão enquanto durar o impedimento.

As diretrizes que orientam o funcionamento da CEM estão descritos no Anexo da Resolução CFM nº 1657/2002. Dessa forma, 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.

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.

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.

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:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro do hospital.
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias.
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na instituição.



- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres.
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência.
- 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 unidade, eleito por seus pares em eleição direta, e o Regimento Interno desta Comissão seguirá o MODELO do CRM/CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

## **MINUTA DO REGIMENTO INTERNO**

### **CAPÍTULO I – DAS DEFINIÇÕES**

Art. 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.

Art. 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**

Art. 3º - As Comissões de Ética serão compostas por 01 presidente, 01 secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º - As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética.
- b) nas instituições que possuem de 16 a 99 médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 membros efetivos e igual número de suplentes.
- c) na instituição que possuir de 100 a 299 médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 membros efetivos e igual número de suplentes
- d) na instituição que possuir de 300 a 999 médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 membros efetivos e igual número de suplentes.
- e) na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 membros efetivos e 8 suplentes
- f) nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizada no mesmo município onde atuem, em que cada uma possua de 10 médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se às disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º - Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º - O mandato das Comissões de Ética será de 30 meses.

Art. 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 oficial 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.

Art. 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.

Art. 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**

Art. 10 – Compete às Comissões de Ética:

- a) 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.
- b) comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes.
- c) comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão.
- d) comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados.
- e) comunicar ao Conselho Regional de Medicina, práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica.
- f) instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo.
- g) verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações.
- h) colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica.
- i) elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua.

- j) atender as convocações do Conselho Regional de Medicina.
- k) manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua
- l) fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica.
- m) atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético.
- n) promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes.
- o) encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem nas instituições representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética.
- p) colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional.
- q) orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

**Art. 11 – Compete aos membros da Comissão de Ética:**

- a) eleger o presidente e secretário.
- b) comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta.
- c) desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução.
- d) garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

**Art. 12 – Compete ao presidente da Comissão de Ética:**

- a) representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina.
- b) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.
- c) convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais.
- d) solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

- e) encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica.
- f) nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

**Art. 13 – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:**

- a) substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.
- b) colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica.
- c) secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica.
- d) lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica.
- e) manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

#### **CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES**

**Art. 14 – A escolha dos membros das Comissões de Ética Médica 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.**

**Art. 15 – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 dias antes da eleição.**

**Art. 16 – Os candidatos a comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 dias da data da eleição.**

**Art. 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.**

Art. 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.

Art. 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, influenciando 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.

Art. 20 - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 23 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

## **CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO**

Art. 24 – As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 – Os atos da comissão de ética médica, relacionados com a fiscalização ou sindicâncias, terão caráter sigiloso.

Art. 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.

Art. 27 – As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Art. 28 – A sindicância será instaurada mediante:

- a) denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada.
- b) denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico.
- c) deliberação da própria Comissão de Ética Médica.
- d) solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação.
- e) determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 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 dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 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.

Art. 31 – O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 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).

Art. 33 – Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 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.

Parágrafo 1º: Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo 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.

Art. 35 – 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**

Art. 36 – As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.



Parágrafo único: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem a presente regulamentação.

Art. 37 - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 - Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

Art. 39 - Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 40. O presente regimento entra em vigor na data de sua publicação.

#### 4.9.2.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual

Descrição da atividade	Mês											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constituição da comissão	X											
Nomeação dos membros	X											
Instalação da comissão	X											
Posse dos membros	X											
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### 4.9.3. Comissão de Ética de Enfermagem

#### 4.9.3.1. Proposta e regimento interno

##### DEFINIÇÃO

A Comissão de Ética de Enfermagem - CEE é um órgão vinculados ao Conselho Regional de Enfermagem - COREN, que sob sua delegação exercem em instituições de saúde e congêneres, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem. A comissão deve manter sua autonomia e imparcialidade, no que diz respeito aos seus atos.

A CEE tem função educativa, consultiva e fiscalizadora do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem, além de promover a divulgação e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do seu decreto regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem -CEPE, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem e das demais normatizações emanadas pelo Sistema Conselho Federal/ Conselhos Regionais de Enfermagem.

##### ATRIBUIÇÕES

A CEE atua preventivamente junto aos profissionais de Enfermagem, fomentando o exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente, do profissional e das instituições, além de ser fonte consultiva para questões que envolvam o exercício profissional de Enfermagem.

Atua ativamente no aprimoramento e atualização dos profissionais de Enfermagem, promovendo eventos que visam o estudo e a discussão das questões éticas e legais, contribuindo assim para o desenvolvimento da assistência com qualidade, excelência e livre de riscos, estimulando a consciência ética dos profissionais a elas vinculados.

A CEE, perante a prática do exercício ilegal da profissão bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dos dispositivos éticos vigentes, deve instaurar o procedimento sindicante, instruir e elaborar relatório, sem juízo de valor, com o posterior encaminhamento do relatório final, contendo o resultado das apurações do procedimento sindicante ao Enfermeiro Responsável Técnico - RT e ao COREN.

Para os casos que os membros da CEE avaliarem inexistência de infrações ético-profissionais, deve-se o encaminhamento de relatório conclusivo das apurações ao Enfermeiro Responsável Técnico para providências administrativas, se couber.

Ainda é competência da CEE manter, junto ao COREN, o cadastro atualizado dos profissionais de Enfermagem atuantes na unidade, bem como o cadastro da própria CEE.

A CEE tem a autonomia e a imparcialidade nos trabalhos que realiza. Mas cabe à CEE notificar/cientificar o enfermeiro RT quanto aos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado do apurado, através de relatórios e pareceres da CEE.

Também cabe à CEE formalizar ao COREN a sua atuação, por meio dos relatórios contendo sua atuação e os resultados obtidos, pois assim o COREN promoverá orientações e esclarecimentos aos componentes da CEE, visando o seu aperfeiçoamento técnico.

Cabe à CEE e a seus membros assegurar o sigilo, durante a apuração de fatos, e em procedimentos sindicantes, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente.

Não é atribuição da Comissão de Ética de Enfermagem ou de seus membros, durante o procedimento sindicante, estabelecer os artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem que supostamente foram infringidos, assim como não devem determinar ou aplicar penalidades de qualquer natureza. Esta atribuição é exclusiva do COREN.

## MINUTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

### CAPÍTULO I - DA NATUREZA E DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem - CEE será regida pelo presente Regimento Interno.

Art. 2º A CEE é um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem - COREN nas questões éticas dos profissionais da Enfermagem.

Art. 3º A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais da Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Art. 4º A CEE tem como finalidades: a orientação, a conscientização, o assessoramento, a emissão de pareceres e a compilação de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 5º O julgamento e a atribuição de pena são exclusivas do COREN e do COFEN.

### CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 6º A CEE tem os seguintes objetivos:

I - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

II - Promover e/ou participar de atividades que visem à interpretação do Código de Ética e a sensibilização dos profissionais de Enfermagem em relação ao comportamento ético-profissional.

III - Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas à ética.

IV - Assessorar e orientar a Direção/Gerência de Enfermagem, membros da equipe, clientes, familiares e demais interessados, sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

V - Verificar as condições oferecidas pela instituição para o desempenho profissional da categoria.

VI - Averiguar denúncias ou fatos não éticos, fazendo os devidos encaminhamentos.

### **CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO**

Art. 7º A CEE atende os profissionais da Enfermagem de todas as áreas de trabalho da instituição, no que se refere aos aspectos éticos do exercício da profissão.

Parágrafo único: A observância das normas éticas estende-se aos Atendentes de Enfermagem ou assemelhados, devidamente autorizados pelo COREN e que exerçam atividades na área de Enfermagem, embora não possam votar ou serem eleitos.

Art. 8º A CEE é constituída por Enfermeiros e Técnico de Enfermagem, em igual número, observando os seguintes critérios:

I - Ter, no mínimo, um ano de efetivo exercício profissional.

II - Ter vínculo empregatício com a unidade.

III - Estar em pleno gozo dos direitos profissionais.

IV - Inexistir condenação em processo ético, processo disciplinar, processo civil ou processo penal nos últimos cinco anos.

Art. 9º A CEE será constituída por, no mínimo, por um Enfermeiro e dois Técnicos em Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes.

Art. 10. É incompatível a condição de membro da Comissão de Ética com a de Direção/ Gerência do Órgão de Enfermagem.

Art. 11. O mandato dos integrantes da CEE é de três anos, sendo permitida a sua reeleição por igual período.

§1º A cada eleição poderão permanecer 50% dos membros.

§2º Os 50% dos membros que optarem por permanecer na Comissão não concorrerão às eleições.

Art. 12. O afastamento dos integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

Parágrafo único: Independente do tipo de afastamento, a Coordenação da CEE comunicará o fato à Comissão de Ética do COREN.

Art. 13. Entende-se por término de mandato, quando os integrantes da Comissão concluírem os três anos de gestão.

Art. 14. Entende-se por afastamento temporário quando o integrante da Comissão afastar-se por tempo determinado, no máximo, por um período de quatro meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

Parágrafo único: A solicitação do afastamento temporário deverá ser encaminhada à Coordenação da CEE, por escrito, com antecedência de 15 dias.

Art. 15. Entende-se por desistência a declinação de seu cargo por qualquer um dos integrantes da Comissão.

Parágrafo único: A desistência deverá ser comunicada, por escrito, à Coordenação da CEE com antecedência de 30 dias.

Art. 16. Entende-se por destituição o afastamento definitivo do integrante da CEE, que se dará por decisão da Comissão, tomada em Reunião Ordinária, constando o fato em ata.

§1º A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- a) Ausência, não justificada, em quatro reuniões consecutivas.
- b) Não estar em pleno gozo dos seus direitos profissionais.
- c) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§2º A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEE.

Art. 17. A substituição dos integrantes da CEE se processará da seguinte maneira:

I - A vacância por término de mandato atenderá os critérios estabelecidos no art. 7º deste regimento.

II - Na vacância por afastamento temporário, a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento ultrapassar a 30 dias.

Parágrafo único: A vaga de suplente em caráter temporário será preenchida:

- a) pelo próximo candidato mais votado nas últimas eleições; e se não houver,
- b) por escolha dos membros da CEE.

III - Na vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo seu respectivo suplente que passará para efetivo, sendo chamado o candidato mais votado do respectivo nível profissional para integrar a Comissão como suplente e concluir o mandato do desistente ou destituído.

Parágrafo único: Não havendo suplente eleito, será realizada nova eleição.

Art. 18. A CEE elegerá, entre seus membros efetivos, um(a) Coordenador(a) e um(a) Secretário(a), que terão mandato de um ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único: A Comissão poderá ser coordenada por qualquer um dos membros efetivos.

Art. 19. A CEE reunir-se-á ordinariamente, no mínimo, a cada 30 dias, podendo ocorrer reuniões extraordinárias, convocadas pelo Coordenador, ou por autoconvocação pela maioria simples dos seus integrantes, ou pelo COREN.

§1º Na ausência do Coordenador, o Secretário coordenará a reunião, sendo escolhido "ad hoc" um substituto para secretariar.

§2º Na ausência do Secretário, será escolhido "ad hoc" um substituto para secretariar.

§3º Serão lavradas atas de todas as reuniões da Comissão, constando a relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões tomadas e os encaminhamentos a serem feitos.

§4º O quórum mínimo para as reuniões, verificado até 15 minutos após a hora marcada para o início, é de maioria simples dos membros efetivos ou de seus suplentes quando na condição de substituto.

§5º Na ausência de quórum, a reunião será suspensa, sendo feita nova convocação.

Art. 20. As decisões da CEE serão tomadas por maioria simples de seus membros efetivos ou de seus suplentes, quando na condição de substituto.

§1º Os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§2º Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estiverem substituindo um membro efetivo, terão direito a voto.

§3º É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independente de estarem ou não substituindo membros efetivos.

#### **CAPÍTULO IV - DO PROCESSO ELEITORAL**

Art. 21. A convocação da eleição será realizada pela Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem, em edital interno, no mínimo, com 30 dias antes da data da realização do pleito eleitoral.

Parágrafo único: A Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN, no mesmo dia em que for publicado na instituição, juntamente com a relação dos(as) Enfermeiros(as) e Técnicos(as) de Enfermagem com vínculo empregatício na instituição, acompanhados de seus respectivos números de inscrição no COREN.

Art. 22. A Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem designará uma Comissão Eleitoral para conduzir todos os trabalhos de divulgação, organização, realização do pleito, apuração e divulgação dos resultados.



§1º É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato.

§2º A Comissão Eleitoral elegerá um(a) Presidente e um(a) Secretário(a) entre os seus membros.

Art. 23. O material necessário para o desenvolvimento dos trabalhos eleitorais será solicitado pela Comissão Eleitoral à Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem da instituição.

Art. 24. A escolha dos membros da CEE será feita através de eleição direta e secreta, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares por voto facultativo.

Art. 25. Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício com a instituição.

Art. 26. O COREN fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da instituição que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 27. Os profissionais de Enfermagem deverão candidatar-se individualmente, sem formação de chapas, inscrevendo-se junto à Comissão Eleitoral, até dez dias antes do pleito, apresentando um fiscal, se assim desejarem.

Art. 28. O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral, de comum acordo com a Direção/Gerência de Enfermagem.

Art. 29. A eleição deverá ser realizada durante o horário de trabalho, respeitados os diferentes turnos.

Art. 30. A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, por nível profissional e com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único: Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer um novo pleito no respectivo nível profissional.

Art. 31. A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houver ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 32. Somente serão computadas as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentem dúvidas ou dupla interpretação.

Art. 33. Serão considerados eleitos, como membros efetivos, os candidatos que obtiverem o maior número de votos, por nível profissional, seguido de seus membros suplentes na mesma ordem decrescente.

Parágrafo único: Em caso de empate, assumirá o candidato eleito que tiver maior tempo de contrato de trabalho na instituição.

Art. 34. Os candidatos que receberam votos, mas não foram eleitos como membros efetivos ou suplentes deverão ser, também, relacionados por nível profissional na ata da eleição e constar da lista dos resultados das eleições a ser encaminhada ao COREN.

Parágrafo único: Os candidatos indicados no caput deste artigo assumirão o mandato em caso de afastamento temporário, desistência ou destituição, segundo consta no art. 16, incisos II e III.

Art. 35. Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo(a) Presidente, pelo(a) Secretário(a), pelos demais membros da Comissão Eleitoral e pelos fiscais, se houver.

Parágrafo único: O(A) Presidente da Comissão Eleitoral encaminhará os resultados das eleições com a respectiva ata à Direção/Gerência de Enfermagem imediatamente após o término da apuração.

Art. 36. A Direção/Gerência de Enfermagem proclamará os resultados das eleições, por meio de edital interno, no primeiro dia útil após o seu recebimento.



Art. 37. Os recursos relativos ao pleito somente serão recebidos pela Comissão Eleitoral se entregues, por escrito, até 48 horas após a publicação dos resultados pela Direção/Gerência do Órgão de Enfermagem.

§1º O recurso será julgado pela Comissão Eleitoral no prazo máximo de cinco dias.

§2º Caso necessário, o recurso terá como segunda instância a Comissão de Ética do COREN.

Art. 38. A Direção/Gerência de Enfermagem, no prazo de 15 dias a contar da data do pleito, encaminhará ao COREN a lista nominal de todos os votados.

Parágrafo único: A listagem deverá informar:

a) o nome dos membros efetivos, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN.

b) o nome dos membros suplentes, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN.

c) o nome dos profissionais que receberam votos, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN, que não farão parte no primeiro momento da CEE, mas que poderão ser convocados em caso de afastamento temporário, vacância por desistência ou por destituição de membros empossados.

Art. 39. Somente após a homologação pelo Plenário do COREN e a nomeação por Portaria emitida pelo(a) seu(sua) Presidente, a CEE estará oficialmente autorizada para iniciar as atividades definidas neste regimento.

## **CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS**

Art. 40. A CEE tem as seguintes competências:

I - Divulgar os objetivos da CEE

II - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

III - Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem à interpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

IV – Assessorar a Direção/Gerência de Enfermagem ou órgão equivalente da instituição nas questões éticas.

V – Orientar a equipe de Enfermagem sobre o comportamento ético-profissional e sobre as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

VI – Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas relativas ao exercício profissional da Enfermagem.

VII – Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.

VIII – Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem.

IX – Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem.

X – Averiguar:

a) Os fatos ou atitudes não éticas praticadas por profissionais de Enfermagem.

b) As condições oferecidas pelas instituições e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional.

c) A qualidade de atendimento dispensada à clientela pelos profissionais de Enfermagem.

XI – Comunicar, por escrito, ao COREN, as irregularidades ou infrações éticas detectadas.

XII – Encaminhar anualmente ao COREN e à Direção/Gerência de Enfermagem ou órgão equivalente, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e o relatório das atividades do ano anterior até 1º de março.

XIII – Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN em caso de necessidade.

XIV – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento.

Art. 41. Compete ao Coordenador da CEE:

I – Convocar e presidir as reuniões.

II – Propor a pauta da reunião.

III – Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação.

IV – Representar a CEE junto ao Órgão de Enfermagem da instituição.

V – Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou a participação da CEE.

VI – Encaminhar as decisões da CEE, segundo a indicação.

VII – Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 1º de março de cada ano, à Direção/Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN.

VIII – Representar o COREN em eventos, segundo a solicitação.

IX – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao exercício ético-profissional.

**Art. 42. Compete ao Secretário da CEE:**

I – Secretariar as reuniões da CEE, redigindo atas e documentos.

II – Providenciar a reprodução de documentos.

III – Encaminhar o expediente da CEE.

IV – Arquivar uma cópia de todos os documentos.

V – Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais.

VI – Presidir as reuniões nos impedimentos do Coordenador.

VII – Representar a CEE nos impedimentos do Coordenador.

VIII – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

**Art. 43. Compete aos membros efetivos da CEE:**

I – Comparecer e participar das reuniões.

II – Emitir parecer sobre as questões propostas.

III – Participar de reuniões ou programações relacionadas à ética, promovidas pela CEE ou por outras instituições.

IV – Representar a CEE quando solicitado pelo Coordenador.

V – Participar, por meio de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE.

VI – Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião.

VII – Participar da elaboração do planejamento e relatório anuais.

VIII – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

**Art. 44. Compete aos membros suplentes da CEE:**

I – Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos.

II – Participar das reuniões da CEE.

III - Participar das atividades promovidas pela CEE.

III - Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

## CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 45. Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, da Direção/Gerência de Enfermagem da instituição ou da Comissão de Ética do COREN.

Parágrafo único: A alteração será submetida à aprovação da Assembleia da categoria da instituição e à homologação da Plenária do COREN.

Art. 46. A Direção/Gerência de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Art. 47. Os casos omissos serão decididos pelo Plenário do COREN.

Art. 48. Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação do mural da unidade.

### 4.9.3.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual

Descrição da atividade	Mês											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constituição da comissão	X											
Nomeação dos membros	X											
Instalação da comissão	X											
Posse dos membros	X											
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

#### 4.9.4. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde

##### 4.9.4.1. Proposta e regimento interno

### DEFINIÇÃO

A instituição da Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Saúde – CCIRS na unidade tem por objetivo atender ao Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, consoante disposto na Lei nº 9.431/1997 e Portaria GM/MS nº 2616/1998.

A CCIRS possui duas macrofunções: prevenir e combater a infecção hospitalar, bem como proteger o corpo clínico da unidade. A CCIRS deve obedecer os dispostos da Instrução Normativa ANVISA nº 04/210, produzindo os 8 indicadores preconizados na instrução.

A Comissão deve manter arquivados os documentos que comprovem sua existência, as rotinas de seu funcionamento, protocolos que orientem o tratamento mais adequado ministrado ao paciente e, sobretudo, dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do hospital, para que, uma vez solicitados, possam ser comprovados.

A legislação básica sobre infecção hospitalar, regulamentando a criação da CCIRS, permite ao estabelecimento a adoção de medidas de acordo com seu porte, variando de medidas complexas, para grandes unidades, a medidas com menor grau de complexidade para unidades de pequeno porte.

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Saúde será composta por membros executores e membros consultores. Os membros executores são profissionais de nível superior que atuem na unidade, sendo 1 médico com título de especialidade em infectologia e 1 enfermeiro treinado com dedicação exclusiva para o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH. Além desses profissionais, haverá membros

consultores que são os representantes das clínicas, da enfermagem e da farmácia, sendo os mesmos indicados pelas respectivas áreas.

Observada a conveniência, oportunidade e economicidade, poderá a organização social contratar um SCIH de empresa especializada.

## OBJETIVOS

Para reduzir os riscos de ocorrência de infecção hospitalar, a CCIRS tem os seguintes objetivos:

- Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção Hospitalar

- Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais

- Padronização de antissépticos e germicidas hospitalares

- Padronização de Antimicrobianos

- Busca ativa diária de casos de Infecção Hospitalar

- Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar

- Elaborar e Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH

- Elaborar os índices mensais de Infecção Hospitalar

- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares

- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos

- Participar da equipe de padronização de medicamentos

- Prevenção e controle das infecções hospitalares

- Controle de limpeza da caixa de água

- Controlar o uso de antibiótico

- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares

- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do SCIH

- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades

- Realizar busca ativa aos pacientes com Infecção

- Fazer análise microbiológica da água

- Participar da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias,



definidas anualmente, buscando a qualidade, atuando em conjunto com a área de Educação Permanente

O programa elaborado pela CCIRS deve contemplar ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria GM/MS nº 2616/1998
- Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRS.
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

## **PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA CCIRS**

I. NOME: COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADAS À SAÚDE -CCIRS

II. DEFINIÇÃO E FINALIDADE

A Comissão de Controle de Infecção Relacionadas à Saúde é o órgão encarregado pela elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares -PCIH que é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecimento na Lei No. 9431, de 06 de janeiro de 1997; Portaria GM/M nº 2616, de 12 de maio de 1998, e Resolução - RDC nº 48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a CCIRS tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Geral da unidade.

### III. COMPOSIÇÃO

A composição se faz com membros consultores e executores com formação universitária.

Os membros consultores deverão ser representantes no mínimo dos seguintes serviços :

- Serviços Médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Laboratório/ Microbiologia;
- Serviço de Administração;

Os membros executores deverão ser no mínimo dois técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais:

- 1 médico preferencialmente infectologista
- 1 enfermeiro treinado com dedicação exclusiva para o SCIH

Além dos profissionais acima, a Diretoria do Hospital deverá disponibilizar pelo menos um oficial administrativo exclusivo para a CCIRS.

O enfermeiro que será membro executor deverá obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas.

#### IV. MANDATO

O mandato dos membros da CCIRS deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral. A relação dos membros de cada mandato deverá ser fixada no mural da unidade, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral, e os demais cargos da Comissão serão escolhidos por seus componentes.

#### V. SEDE

A sede da comissão será no interior da unidade, preferencialmente em sala exclusiva, ou não sendo possível, em sala compartilhada com outras comissões.

#### VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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.

A reunião só acontecerá se houver quorum de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.

Na ausência do presidente, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta, por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será 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, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

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 emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal conforme cronograma determinado pela Diretoria Geral e em conformidade com os dispositivos do Contrato de Gestão.

## VII. ATRIBUIÇÕES

Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

a) Participar da elaboração, implementação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente; o programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria GM/MS nº 2616/1998 ; adequação, implementação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares; capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no



que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

b) Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIRS;

c) Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Compete ao Núcleo Executivo da CCIRS:

a) Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;

b) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;

c) Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;

d) Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

e) Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

f) Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;

g) Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções hospitalares no hospital e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital são:

- 1 - Taxa de Infecção Hospitalar;
- 2 - Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;
- 3 - Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;
- 4 - Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico na Unidade de Terapia Intensiva, se houver esse serviço na unidade;
- 5 - Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;
- 6 - Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;
- 7 - Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.

h) Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e pró-ativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.

i) Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas desses órgãos;

j) Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

k) Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

l) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da unidade;

m) Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da unidade em assuntos de sua competência.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a comissão junto à Diretoria da unidade, ou indicar seu representante;

d) Subscriver todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

### VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da CCIRS, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da unidade.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

#### 4.9.4.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual

Descrição da atividade	Mês												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Constituição da comissão	X												
Nomeação dos membros	X												
Instalação da comissão	X												
Posse dos membros	X												
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X





#### **4.9.5. Comissão de Revisão de Óbitos**

##### **4.9.5.1. Proposta e regimento interno**

### **DESCRIÇÃO E FINALIDADE**

A Comissão de Revisão de Óbitos - CRO é instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos na unidade, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente.

Deve ser implantada obrigatoriamente na unidade devido à importância do estudo individualizado dos óbitos ocorridos nas mesmas.

O objetivo da CRO é analisar o registro dos óbitos, os procedimentos e condutas profissionais pertinentes, bem como a qualidade de informações das declarações de óbito.

### **ATRIBUIÇÕES**

São atribuições da Comissão de Revisão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbito;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários no tocante aos óbitos.

- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO -Serviço de Verificação de Óbitos, quando houver necessidade;
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de educação permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à instituição.

## **MINUTA DO REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS**

### **I. NOME**

**COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)**

### **II. FINALIDADE**

Atender ao Parecer CFM nº 04/2013.

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Geral.

### **III. COMPOSIÇÃO**

A composição mínima da comissão deverá ser de dois membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a necessidade da unidade.

Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência na unidade:

1. Anestesiologista
2. Unidade de Terapia Intensiva
3. Patologia
4. Pronto-Atendimento
5. Serviço de Clínica Médica / Pediatria
6. Serviço de Cirurgia
7. Serviço de Enfermagem

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

#### IV.MANDATO

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada no mural da unidade a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser publicado no mural da unidade.

#### V. SEDE

A sede da comissão será a sala das comissões, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.