

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO**

CÓDIGO: POP.MED.002

**PNEUMONIA ASPIRATIVA E ABCESSO PULMONAR: MANEJO CLÍNICO**

EMISSÃO: 07/12/2023

VERSÃO: 01

ELABORAÇÃO: SIFRÔNIO PAULO DOS SANTOS NETO

REVISÃO: 01

**1. Objetivo**

Criar protocolo operacional padrão (POP) sobre Pneumonia aspirativa e abscesso pulmonar, focado na prevenção, identificação precoce dos fatores de risco, bem como na instituição de terapia antimicrobiana adequada, reduzindo os impactos negativos das referidas patologias.

**2. Abrangência**

- ✓ Médico
- ✓ Enfermeiro
- ✓ Técnico de Enfermagem
- ✓ Nutricionista
- ✓ Fisioterapeuta
- ✓ Fonoaudiólogo

**3. Responsável**

- ✓ Médicos do Hospital Brites de Albuquerque.

**4. Critérios de inclusão**

- ✓ História de uso de álcool e drogas ilícitas
- ✓ Uso de drogas sedativas
- ✓ Sedação ou anestesia geral
- ✓ Doenças neurológicas agudas, especialmente com o envolvimento do tronco cerebral com disfagia
- ✓ Traumatismo craniano
- ✓ Doenças neurológicas crônicas com comprometimento de consciência, principalmente a demência
- ✓ Funções glóticas prejudicadas
- ✓ Intubação emergencial
- ✓ Doença periodontal e má higiene oral
- ✓ Refluxo gastroesofágico confirmado ou presumido
- ✓ Dismotilidade esofágica ou obstrução
- ✓ Sondas nasogástrica e orogástrica
- ✓ Fístula traqueobrônquica
- ✓ Idade avançada
- ✓ Debilidade crônica
- ✓ Contraturas com extensão do pescoço
- ✓ Uso de bloqueadores H2, inibidores da bomba de prótons (aumento da colonização gástrica ou esofágica)

<p>Atualizado por: Sifrônio Paulo dos Santos Neto Médico Plantonista UTI adulto</p> <p>Data: 07/11/2022</p> <p><i>Paulo Neto</i> Médico CRM-PE: 31159</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lima Diretor Geral</p> <p><i>Raul Carneiro Lima</i> Diretor Geral HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE DIRETOR MÉDICO - MAT. 9086</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral</p> <p>Data: 19/12/2023</p> <p><i>EUD JOHNSON</i> GESTOR HOSPITALAR - MAT. 6430 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Página 1 de 6</p>
---	--	--	----------------------

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO**

CÓDIGO: POP.MED.002

**PNEUMONIA ASPIRATIVA E ABCESSO PULMONAR: MANEJO CLÍNICO**

EMISSÃO: 07/12/2023

VERSÃO: 01

ELABORAÇÃO: SIFRÔNIO PAULO DOS SANTOS NETO

REVISÃO: 01

**5. Critérios de exclusão**

Pacientes que não preenchem os critérios de inclusão.

**6. Descrição**

A aspiração de conteúdo da orofaringe é um evento relativamente comum em adultos, que normalmente se resolve sem maiores complicações, porém, dependendo da quantidade e do conteúdo aspirado, pode ocorrer um processo inflamatório com complicações. A pneumonia aspirativa é uma infecção do espaço alveolar resultante da instalação de material patogênico proveniente da orofaringe. Já o abscesso pulmonar, é uma complicação comum das pneumonias aspirativas, sendo definido como um processo necrotizante supurativo localizado, que ocorre no parênquima pulmonar. A incidência de abscesso pulmonar diminuiu dez vezes ao longo das últimas quatro décadas, presumivelmente secundária a uma melhora do tratamento para pneumonia.

A incidência exata de pneumonia por aspiração é difícil de quantificar, porém estima-se que representa de 5 a 15 por cento das pneumonias adquiridas na comunidade (PAC), sendo mais prevalente na população idosa, atingindo até 20 por cento. Uma população com alto risco de pneumonia por aspiração é a do paciente em estado crítico e com antecedente de doença do refluxo gastroesofágico, pois a posição de decúbito dorsal prolongado associada à gastroparesia, à entubação endotraqueal, ao suporte ventilatório e às sondas nasogástrica ou orogástrica, predispõem à aspiração.

A colonização da orofaringe por bactérias patogênicas ou condições que prejudicam a deglutição facilitam a ocorrência de aspiração, cuja incidência é maior em pacientes portadores de síndrome demência ou com passado de acidente vascular cerebral e o risco de infecção é agravado pela má higiene bucal, levando à colonização da orofaringe. Embora muitos destes pacientes tenham evidência de aspiração com disfagia ou vômitos, ou tosse enquanto comem, até um terço dos pacientes apresenta aspiração silenciosa. A presença de tosse ao alimentar-se é bastante sugestiva de evento aspirativo.

A pneumonia aspirativa tem um impacto significativo na morbimortalidade em pacientes em instalações de cuidados de longa permanência. A avaliação da presença de disfagia é obrigatória nesses pacientes, já que podem ter episódios de aspiração silenciosos. Alguns autores sugerem ingestão de 10 ml de fluido e avaliação com oximetria de pulso, caso ocorra diminuição da saturação de oxigênio o evento é sugestivo de aspiração. Outros fatores associados incluem alteração mecânica do fechamento glótico por sonda nasogástrica ou enteral, traqueostomia, broncoscopia, anestesia faríngea além de outras condições, como vômitos

<p>Atualizado por: Sifrônio Paulo dos Santos Neto Médico Plantonista UTI adulto</p> <p>Data: 07/11/2022</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Médico</p> <p><b>PAULO NETO</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson Lima, Diretor Geral</p> <p><b>EUD JOHNSON LIMA</b> DIRETOR GERAL HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 19/12/2023</p>	<p>Página 2 de 6</p>
---	---	--	----------------------

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO**

<b>CÓDIGO: POP.MED.002</b>	<b>PNEUMONIA ASPIRATIVA E ABCESSO PULMONAR: MANEJO CLÍNICO</b>	
<b>EMISSÃO: 07/12/2023</b>		
<b>VERSÃO: 01</b>	<b>ELABORAÇÃO: SIFRÔNIO PAULO DOS SANTOS NETO</b>	<b>REVISÃO: 01</b>

O desenvolvimento de pneumonia por aspiração depende do volume e do pH do conteúdo aspirado. O consenso geral é que a aspiração de conteúdo gástrico com um pH inferior a 2,5 e um volume de 0,3 a 0,4 ml/kg (20 a 30 ml em adultos) é necessário para desenvolver a pneumonite química, embora mais comumente o volume aspirado em pneumonites químicas varie de 1 a 4 ml/Kg. A lesão produzida pela aspiração de ácido é inicialmente por um efeito direto, corrosivo, seguido por uma resposta inflamatória que atinge seu pico em 4 a 6 horas, evoluindo com atelectasia do parênquima, hemorragias peribrônquicas, edema e cerca de 48 horas após pode ocorrer o desenvolvimento de membrana hialina. Muitos dos sintomas de aspiração são explicados pela resposta inflamatória ao material infeccioso ou irritante, que podem se manifestar clinicamente como tosse, dor pleurítica, febre e achados radiológicos. A aspiração de material sólido ou muito viscoso bloqueando as vias aéreas pode resultar em asfixia. O potencial para aspirar bactérias patogênicas é aumentado em pacientes com doença periodontal, com colonização crônica das vias aéreas superiores e condições como obstrução do intestino delgado. No caso das pneumonias aspirativas, as espécies de bactérias tipicamente isoladas incluem *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* e Enterobacterias na pneumonia por aspiração adquirida na comunidade, e a *Pseudomonas aeruginosa* e organismos gram-negativos na pneumonia adquirida no hospital.

O abscesso pulmonar geralmente é causado por um colapso dos mecanismos de defesa pulmonares e demora cerca de 8 a 14 dias para se formar depois do evento de aspiração. As bactérias anaeróbicas são os agentes mais comuns isolados nos abscessos pulmonares em pacientes imunocompetentes. As bactérias aeróbicas são encontradas em abscessos pulmonares em imunocomprometidos e incluem *S. aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *Streptococcus pyogenes*, *P. pseudomallei*, *H. influenzae*, *Pneumophillia Legionella*, *Nocardia asteroides*, *Actinomyces* e raramente os pneumococos.

Os achados clínicos são relativamente semelhantes aos da pneumonia adquirida na comunidade, mas a evolução é mais arrastada e os calafrios são relativamente incomuns. As manifestações dependem das comorbidades associadas, do tempo da aspiração e da flora envolvida. Os sintomas clínicos de pneumonia por aspiração incluem febre, dispneia e tosse produtiva. Outros sintomas de infecção sistêmica nos pacientes idosos e debilitados podem estar presentes, incluindo uma alteração no estado mental, letargia ou náuseas e vômitos. O exame físico pode revelar sinais clássicos de pneumonia como taquicardia, taquipneia, febre, estertores, ou diminuição do murmúrio vesicular. Pacientes com doença pulmonar subjacente podem apresentar descompensação rápida e têm mais sintomas e sinais de desconforto respiratório. Os pacientes podem evoluir com o aparecimento de abscesso pulmonar, nesse caso os sintomas mais comuns incluem febre, halitose, expectoração purulenta, hemoptise e/ou perda de peso que persistem por semanas. A expectoração vômica, apesar de ser um achado classicamente descrito é relativamente rara nos dias atuais. Derrame pleural complicado devido às fístulas do parênquima com a pleura é frequente. Caracteristicamente, o abscesso pulmonar evolui com um curso indolente de tosse, febre, dor pleurítica, perda de peso e sudorese noturna.

<p>Atualizado por: Sifrônio Paulo dos Santos Neto Médico Plantonista UTI adulto</p> <p>Data: 07/11/2022</p>	<p>Validado por: Raul G. de Lima Diretor Médico</p> <p><b>PAULO NETO</b> MÉDICO MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Diretor Geral</p> <p>Data: 19/12/2023</p> <p><b>EUD JOHNSON</b> GESTOR HOSPITALAR - MAT.: 8430 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Página 3 de 6</p>
---	--	--	----------------------

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO**

<b>CÓDIGO: POP.MED.002</b>	<b>PNEUMONIA ASPIRATIVA E ABCESSO PULMONAR: MANEJO CLÍNICO</b>	
<b>EMISSÃO: 07/12/2023</b>		
<b>VERSÃO: 01</b>	<b>ELABORAÇÃO: SIFRÔNIO PAULO DOS SANTOS NETO</b>	<b>REVISÃO: 01</b>

As alterações laboratoriais geralmente são inespecíficas, mas geralmente incluem leucocitose e aumento de provas inflamatórias. Para ambas as patologias, A radiografia de tórax PA e perfil é o exame inicial indicado na avaliação, geralmente mostrando consolidações focais unilaterais ou em mosaico nos segmentos pulmonares dependentes. Ocasionalmente, infiltrado bilateral ou padrões intersticiais podem ser vistos. O lobo inferior direito é a área mais comum de consolidação, quando a aspiração ocorre o paciente está na posição vertical e a aspiração em pacientes deitados acomete radiologicamente os segmentos pulmonares posteriores dos lobos superiores e segmentos superiores de lobos inferiores. Na presença de abscesso pulmonar, a radiografia de tórax pode predizer desfechos, pois abscessos maiores do que 5 cm na radiografia têm maior chance de complicações e necessidade de intervenção cirúrgica. A gasometria arterial com lactato é indicada em pacientes com dispneia e provas inflamatórias podem ser úteis, principalmente em pacientes sépticos, outros exames são realizados conforme a indicação clínica. Um par de hemoculturas deve ser solicitado em todos os pacientes e broncoscopia com lavado broncolaveolar deve ser realizada em todos pacientes entubados e não respondedores ao tratamento. No caso dos abscessos pulmonares, o diagnóstico geralmente é feito por uma radiografia de tórax mostrando uma área de consolidação densa com um nível líquido no interior de uma lesão cavitária, indicando que a cavidade comunica com um abscesso, que é a forma de apresentação em 75% dos casos. Em cerca de 25% dos casos, o abscesso vai aparecer como uma área de consolidação densa na radiografia do tórax e requer uma tomografia para seu diagnóstico.

Os pacientes com aspiração presenciada de um grande volume de conteúdo gástrico devem ter suas vias aéreas prontamente aspiradas, e, caso exista obstrução mecânica, esta deve ser resolvida prontamente. Os antibióticos profiláticos não são recomendados, e não há nenhuma evidência de que os corticosteroides podem evitar lesão pulmonar.

Agentes que tratam predominantemente anaeróbios (penicilina ou clindamicina) não são suficientes para cobrir o espectro de bactérias envolvidas na maioria das pneumonias aspirativas e não devem ser utilizados isoladamente. Oxigênio deve ser usado se necessário e, possivelmente, os antibióticos devem ser iniciados, e o paciente cuidadosamente observado durante 12 a 24 horas. Os doentes que apresentam instabilidade hemodinâmica ou respiratória requerem admissão em unidade de terapia intensiva. A escolha de regime antibiótico nessa população inclui a avaliação da presença de risco para bactérias anaeróbicas. Em pacientes sem doença periodontal, abscesso pulmonar ou expectoração pútrida o uso de ceftriaxona 2 gramas ao dia associado com macrolídeo, como claritromicina 500 mg a cada 12 horas por 7 dias, é adequado para pacientes internados. Em pacientes em boas condições, pode-se optar por tratamento ambulatorial com levofloxacina 500 mg por 7 dias ou 750 mg por 5 dias.

<p>Atualizado por: Sifrônio Paulo dos Santos Neto Médico Plantonista UTI adulto</p> <p>Data: 07/11/2022</p> <p><i>Paulo Neto</i> Médico CRM-PE: 31159</p>	<p>Validado por: Paul Carneiro Diretor Médico</p> <p><i>PAUL CARNEIRO</i> DIRETOR MÉDICO - MAT. HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Bordeiro Diretor Geral</p> <p>Data: 19/12/2023</p> <p><i>EUD JOHNSON</i> GESTOR HOSPITALAR - MAT. - 8430 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Página 4 de 6</p>
---	--	--	----------------------

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO**

<b>CÓDIGO: POP.MED.002</b>	<b>PNEUMONIA ASPIRATIVA E ABCESSO PULMONAR: MANEJO CLÍNICO</b>	
<b>EMISSÃO: 07/12/2023</b>		
<b>VERSÃO: 01</b>	<b>ELABORAÇÃO: SIFRÔNIO PAULO DOS SANTOS NETO</b>	<b>REVISÃO: 01</b>

Outras opções aceitáveis incluem o uso de metronidazol (nunca usado isoladamente), amoxicilina-clavulonato usualmente em combinação com outro antibiótico, ampicilina/sulbactam e, para casos hospitalares, carbapenêmicos. Entre as quinolonas, a moxifloxacina tem os melhores resultados contra as bactérias anaeróbicas. Assim, nas pneumonias aspirativas com risco de anaeróbio, a combinação de clindamicina 600 mg a cada 8 horas ou 6 horas com ceftriaxona 2 gramas ao dia seria o tratamento de primeira escolha. Na alergia à clindamicina, o metronidazol 500 mg a cada 8 horas poderia ser uma opção. Outras opções incluem amoxicilina/clavulonato e caso a aspiração tenha ocorrido no ambiente hospitalar Piperacilina-tazobactam 4,5 g IV a cada 6 horas, Ampicilina-Sulbactam 3 g IV 12 / 12 h ou Carbapenêmicos (Meropenem 1 g IV 12 / 12 h ou Imipenem 500 mg IV 12 / 12 h ou Ertapenem 1 g IV ou IM) por 7 a 14 dias conforme a resposta clínica são indicados.

O tratamento clínico apresenta sucesso em 85 a 90% dos abscessos pulmonares. O tratamento adequado consiste de clindamicina numa dosagem de 600 mg por via intravenosa a cada 6 a 8 h para adultos, ou um agente beta-lactâmico com inibidor de beta-lactamase, tais como ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g IV a cada 6 h. Deve-se lembrar que a clindamicina tem apenas cobertura contra agentes gram-positivos o que faz ser necessária a combinação com uma segunda medicação, como uma cefalosporina de segunda ou terceira geração. Usualmente, o tratamento parenteral é indicado até que o paciente esteja afebril e clinicamente melhor, normalmente em 4-8 dias. O tratamento deve continuar com clindamicina ou amoxicilina-clavulanato por via oral. A drenagem do abscesso geralmente ocorre espontaneamente a partir da comunicação da cavidade do abscesso com a árvore brônquica. Isto é indicado pelo desenvolvimento de um nível líquido em radiografias de tórax. As tentativas de drenagem postural ou broncoscópica devem ser evitadas, pois podem precipitar na disseminação para outras partes dos pulmões do material infeccioso.

Os pacientes com abscesso pulmonar usualmente respondem aos antibióticos parenterais e manejo das outras condições médicas que predispõem ao desenvolvimento do abscesso. Após a resolução dos sintomas, esses pacientes podem receber alta com antibióticos orais por 4 a 8 semanas. Achados radiológicos do tórax têm resolução arrastada e levam em média mais de dois meses para se resolver.

**7. Atribuições e competências da equipe**

Seguir as orientações relacionadas a aplicação desse protocolo, no que se aplica a assistência médica, de enfermagem e demais integrantes da equipe multiprofissional.

<p>Atualizado por: Sifrônio Paulo dos Santos Neto Médico Plantonista UTI adulto</p> <p>Data: 07/11/2022</p>	<p>Validado por: Rafael Lima Diretor Médico HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Telefone: 9086</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 19/12/2023</p>	<p>Página 5 de 6</p>
---	--	--	----------------------

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO**

CÓDIGO: POP.MED.002

**PNEUMONIA ASPIRATIVA E ABCESSO PULMONAR: MANEJO CLÍNICO**

EMISSÃO: 07/12/2023

VERSÃO: 01

ELABORAÇÃO: SIFRÔNIO PAULO DOS SANTOS NETO

REVISÃO: 01

**8. Referências**

Mandell LA, Niederman MS. Aspiration Pneumonia. N Engl J Med 2019;380:651-63  
 Marik P. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. N Eng J Med 2001; 344: 665-71.  
 Wunderink RG, Waterer GW: Community-acquired pneumonia. New Engl J Med 2014; 370: 543-551.

**9. Histórico de revisão**

Nº Revisão	Data	Natureza da Revisão	Elaboração	Aprovação
01	07/12/2023	Emissão Inicial	Sifrônio Paulo Neto Médico Plantonista	Eud Johnson Diretor Geral

<p>Atualizado por: Sifrônio Paulo dos Santos Neto Médico Plantonista UTI adulto</p> <p>Data: 07/11/2022</p> <p><i>Paulo Neto</i> Médico #M.P.E: 31159</p>	<p>Verificado por: Raul Cordeiro Lins Diretor Médico</p> <p><i>RAUL LINS</i> DIRETOR MÉDICO - MAT.: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral</p> <p>Data: 19/12/2023</p> <p><i>EUD JOHNSON</i> GESTOR HOSPITALAR - MAT.: 88730 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Página 6 de 6</p>
---	---	--	----------------------

**REGIMENTO INTERNO**

CÓDIGO: REG.MED.001

**REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO**

EMISSÃO: 19/12/2023

VERSÃO: 01

ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS

REVISÃO: 01

**1. Introdução**

Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir profissionalmente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários que são encaminhados para o estabelecimento de saúde, respeitando as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

**2. Objetivo**

Disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Hospital Brites de Albuquerque estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento da instituição aprovado.

**3. Descrição do regimento interno**

**3.1. Da finalidade**

- Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;
- Assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;
- Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- Cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada;
- Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- A realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- O desenvolvimento de atividades de ensino, treinamento e aprimoramento, para médicos e componentes da equipe multiprofissional de saúde;
- A implementação de ações para o controle de qualidade ético-profissional dos serviços prestados.

**3.2. Da composição**

- Um (01) Diretor Clínico;
- Um (01) Diretor Técnico;
- Dois (02) Coordenadores médicos, um adulto e um pediátrico
- Assistentes clínicos (diaristas e plantonistas).

<p>Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico <b>DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086</b> Data: 07/11/2023 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico <b>DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086</b> HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral Data: 19/12/2023</p>	<p>Página 1 de 8</p>
--	---	--	----------------------

<b>REGIMENTO INTERNO</b>		
<b>CÓDIGO: REG.MED.001</b>	<b>REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO</b>	
<b>EMISSÃO: 19/12/2023</b>	<b>ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS</b>	<b>REVISÃO: 01</b>
<b>VERSÃO: 01</b>		

### 3.3. Da competência

O Diretor Clínico, eleito por seus pares, componentes do Corpo Clínico, tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições;

O Diretor Técnico tem o direito de interpelar o Corpo Clínico, por meio de seu Diretor Clínico, a fim de sanar questões administrativas;

Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:  
Votar e ser votado.

Integrar e presidir comissões.  
Representar clínicas e/ou serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios nas seguintes especialidades:

(Clínica Médica) – Enfermaria  
(UTI – ADULTO)  
(Pediatria)  
(UTI PED)

O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

### 3.4. Do pessoal e suas atribuições

São atribuições do Diretor Clínico:

- I - Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;
- II - Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;
- III - Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determinam as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013;
- IV - Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;
- V - Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;

Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico <b>DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086</b> HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE Data: 07/12/2023	Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico <b>DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086</b> HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE	Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral <b>DIRETOR GERAL - MAT: 8430</b> HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE Data: 19/12/2023	Página 2 de 8
--	--	--	---------------

**REGIMENTO INTERNO**

**CÓDIGO: REG.MED.001**

**REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO**

**EMISSÃO: 19/12/2023**

**VERSÃO: 01**

**ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS**

**REVISÃO: 01**

VI - Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores;

VII – A formulação, o incremento, o controle e a avaliação das ações e serviços, observando as diretrizes para a Saúde previstas na Constituição Federal.

VII – A responsabilidade ético profissional, perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina, Sistema Único de Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária no que se refere às ações e serviços de saúde realizados

IX – A coordenação da execução das ações de apoio diagnóstico de assistência terapêutica integral, incluindo recuperação e reabilitação, de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica;

X – A normatização e a regulamentação ética, disciplinar e funcional do Corpo Clínico;

XI – O estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para a realização de controle e avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos na instituição.

XII – Encaminhar ao Diretor Técnico solicitações do Corpo Clínico necessárias para o cumprimento de suas competências e fundamentadas nas regulamentações deste regimento e nas normas de fiscalização do CREMEPE

XIII – Convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste regimento.

XIV – Representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;

XV – Credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo Departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce.

XVI – A orientação das atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.

XVII – Constituir as Comissões Técnico-Científicas.

XVIII – Designar os representantes de clínica, dentre os membros efetivos

Os Assistentes Clínicos têm as seguintes atribuições:

I – Assistir o Diretor Clínico no desempenho de suas funções;

II – Prestar assistência aos pacientes utilizando os recursos técnicos disponíveis e servindo-se das diretrizes elaboradas pelos serviços para orientação dos procedimentos médicos.

III – Cumprir e fazer cumprir o regulamento da instituição e o presente regimento.

IV – Elaborar planos e programas que visem o desenvolvimento dos trabalhos da Diretoria Clínica.

<p>Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 07/12/2023</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral</p> <p><b>EUD JOHNSON</b> GESTOR HOSPITALAR - MAT.: 8430 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 19/12/2023</p>	<p>Página 3 de 8</p>
--	--	---	----------------------

**REGIMENTO INTERNO**

**CÓDIGO: REG.MED.001**

**REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO**

**EMISSÃO: 19/12/2023**

**VERSÃO: 01**

**ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS**

**REVISÃO: 01**

V – Elaborar normas técnicas para o estabelecimento de parâmetros e critérios para o controle dos serviços prestados;

VI – Manter os serviços necessários ao preenchimento das finalidades e possibilidades do Estabelecimento de Saúde em regime de (emergência, internação, ambulatório, unidade-dia etc);

VII – Organizar as atividades relativas a atuação médico-assistencial com base em relatórios e recomendações das Divisões e Serviços de Saúde, das Comissões Técnico- Científicas, dos membros da comunidade hospitalar e dos clientes;

VIII – Elaborar relatórios semestrais sumários de suas atividades.

A Comissão de Ética Médica, será eleita e homologada conforme a Resolução nº 169/99 do CREMEPE.

### 3.5. Das disposições gerais ou transitórias

Os médicos que se encontram em pleno direito de exercer a profissão e com habilitações clínicas definidas para atuarem no Hospital Brites de Albuquerque são distribuídos nas seguintes categorias:

Efetivos sob regime CLT e com escalas fixas de plantão, devendo, qualquer troca ser comunicada à direção técnica.

Autônomos prestadores de serviços médicos com recebimentos através de CNPJ. Por autorização do Diretor Clínico, médico não integrante do Corpo Clínico poderá prestar atendimento a pacientes internados em caráter eventual ou especial. Nessa situação, deverá respeitar as normas administrativas da instituição, sendo assessorado no atendimento por médico efetivo.

Todos os profissionais médicos que prestam serviço nas instalações do Hospital estarão sujeitos ao contido neste regimento, ainda que não possuam vínculo empregatício com o Hospital e sejam membros de Pessoas Jurídicas contratadas.

São direitos do membro do corpo clínico, em conformidade com a Resolução do CFM nº 1481/1997:

A autonomia profissional;

A admissão e exclusão de membros será decidida pelo Corpo Clínico garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;

O acesso à Instituição e seus serviços;

A participação nas Assembleias e Reuniões;

O direito de votar, e conforme o caso, ser votado;

O de receber a remuneração pelos serviços prestados de forma a mais direta e imediata possível;

<p>Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 07/12/2023</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral</p> <p><b>EUD JOHNSON</b> GESTOR HOSPITALAR - MAT.: 8430 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 19/12/2023</p>	<p>Página 4 de 8</p>
--	--	---	----------------------

**REGIMENTO INTERNO**

CÓDIGO: REG.MED.001

**REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO**

EMISSÃO: 19/12/2023

VERSÃO: 01

ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS

REVISÃO: 01

Compete aos membros do Corpo Clínico, a decisão final sobre a prestação do serviço médico do hospital. Fica resguardado no limite dos preceitos éticos o direito do médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico;

Comunicar falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

São deveres do membro do corpo clínico, em conformidade com a Resolução do CFM nº 1481/1997:

Obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;

Assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

Colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado; Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática, em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico;

Cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;

Elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;

Colaborar com as Comissões específicas da Instituição.

Deverá também o médico restringir sua prática à(s) área(s) para a(s) qual(is) foi admitido, exceto em emergências.

As atividades dos médicos do Corpo Clínico serão organizadas em serviços com regimentos próprios nas seguintes especialidades:

- a) Clínica Médica;
- b) Unidade de Terapia Intensiva;
- c) Pediatria;
- d) Unidade de Terapia Intensiva Pediatria;
- e) Cirurgia Geral;
- f) Cirurgia Pediátrica.

Cada serviço terá um médico efetivo como representante e responsável pelo planejamento, organização, supervisão técnica e controle das atividades assistenciais previstas no Regimento.

Ao representante do serviço compete:

<p>Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico <b>RAUL LINS</b> Data: 07/12/2023 <b>DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086</b> HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico <b>RAUL LINS</b> Data: 19/12/2023 <b>DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086</b> HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud João de Lima Diretor Geral <b>EUD JOÃO DE LIMA</b> Data: 19/12/2023 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Página 5 de 8</p>
---	---	---	----------------------

**REGIMENTO INTERNO**

CÓDIGO: REG.MED.001

**REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO**

EMISSÃO: 19/12/2023

VERSÃO: 01

ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS

REVISÃO: 01

- a- Supervisionar e organizar tecnicamente o serviço garantindo assistência de qualidade aos pacientes;
- b- Promover a elaboração de diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para as situações mais frequentes no serviço;
- c- Identificar, analisar e propor solução para as situações de não conformidade verificadas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico.

**3.6. Das penalidades**

As transgressões a este Regimento e ao Regulamento da instituição, cometidas por membros do Corpo Clínico, sujeitam os infratores as seguintes penas disciplinares:

Advertência verbal.

Advertência escrita reservada.

Multa pecuniária

Censura pública

Suspensão temporária do credenciamento (das atividades profissionais do corpo clínico).

Descrédenciamento (exclusão do corpo clínico).

Parágrafo único: Salvo os casos de extrema gravidade que exijam aplicação imediata de penalidade mais rigorosa, a imposição de penas obedecerá a gradação acima.

A competência para aplicação das penalidades é dos Diretores Técnico e Clínico, ouvido o Corpo Clínico e a Comissão de Ética. Tais penalidades deverão ser comunicadas ao CREMEPE através de ofício.

No caso de indício de infração ética, será notificada a Comissão de Ética para as providências cabíveis.

Parágrafo primeiro: a aplicação da penalidade de descrédenciamento será precedido de sindicância ou processo administrativo disciplinar.

Parágrafo segundo: caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição. (Resolução do CFM nº 1481/1997).

<p>Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico <b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 07/12/2023</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico <b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Carneiro Diretor Geral <b>EUD JOHNSON</b> GESTOR HOSPITALAR - MAT.: 8430 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p> <p>Data: 19/12/2023</p>	<p>Página 6 de 8</p>
---	---	--	----------------------

<b>REGIMENTO INTERNO</b>		
<b>CÓDIGO: REG.MED.001</b>	<b>REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO</b>	
<b>EMIÇÃO: 19/12/2023</b>	<b>ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS</b>	<b>REVISÃO: 01</b>
<b>VERSÃO: 01</b>		

### 3.7. Das reuniões

As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis, acompanhadas da respectiva pauta, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e sem segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada 30 (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por convocação de 1/3 dos membros efetivos do Corpo Clínico, com antecedência de 24 horas.

As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

É vedado o voto por procuração.

### 3.8. Das disposições gerais ou transitórias

Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades no Hospital Brites de Albuquerque estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas nesse Regimento.

As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Os atos médicos eletivos que impliquem em grande risco de vida, incapacidade física permanente, esterilização ou ainda, interrupção da gravidez (aborto), devem ser submetidas pelo médico assistente à apreciação do Diretor Clínico e mais um médico por este indicado, cuja decisão deve ser registrada em ata.

O presente Regimento aprovado em reunião de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, entrará em vigor na data de sua publicação ou assinatura.

### 4. Referências

Resolução CFM N° 2.147/2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

<p>Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico Data: 07/12/2023</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico Data: 19/12/2023</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral Data: 19/12/2023</p> <p><b>EUD JOHNSON</b> GESTOR HOSPITALAR - MAT: 84-10 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	Página 7 de 8
---	---	--	---------------

**REGIMENTO INTERNO**

CÓDIGO: REG.MED.001

**REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO MÉDICO**

EMIÇÃO: 19/12/2023

VERSÃO: 01

ELABORAÇÃO: RAUL CARNEIRO LINS

REVISÃO: 01

**5. Histórico de revisão**

Nº Revisão	Data	Natureza da Revisão	Elaboração	Aprovação
01	07/12/2023	Emissão Inicial	Raul Carneiro Lins Diretor Médico	Eud Johnson Diretor Geral

<p>Atualizado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico</p> <p>Data: 07/12/2023</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Validado por: Raul Carneiro Lins Diretor Médico Técnico</p> <p><b>RAUL LINS</b> DIRETOR MÉDICO - MAT: 9086 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Aprovado por: Eud Johnson de Lima Cordeiro Diretor Geral</p> <p>Data: 19/12/2023</p> <p><b>EUD JOHNSON</b> DIRETOR GERAL - MAT.: 8430 HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE</p>	<p>Página 8 de 8</p>
--	--	---	----------------------