



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Normas de Funcionamento dos Centros Cirúrgicos



Normas de Funcionamento dos Centros Cirúrgicos

Sumário

Capítulo I

Disposições Preliminares	5
--------------------------	---

Capítulo II

Dos Centros Cirúrgicos	5
------------------------	---

Seção I

Do organograma	5
----------------	---

Seção II

Da Indumentária e Conduta	6
---------------------------	---

Seção III

Dos Horários	8
--------------	---

Seção IV

Da Admissão de pacientes nos Centros Cirúrgicos	9
--	---

Seção V

Do Agendamento, cancelamento e registro de cirurgias	11
---	----

Seção VI

Do Uso de Salas Vagas por Suspensão no Dia da Cirurgia (aproveitamento)	14
--	----

Seção VII

Dos Atrasos	16
-------------	----

Seção VIII

Da Sala de Cirurgias de Urgência	17
----------------------------------	----

Seção IX

Cedência de Sala para Realização de Transplantes e Emergências	21
--	----

Seção X

Da Delegação de Responsabilidade	22
----------------------------------	----

Seção XI

Da Atuação da Equipe Assistencial de Enfermagem	23
---	----

Capítulo III

Da Sala de Recuperação (SR)	27
-----------------------------	----

Capítulo IV

Da Área de Internação de Curta Permanência Pós-Operatória (ACP)	30
---	----

Capítulo V

Do Centro de Material e Esterilização (CME)	32
---	----

Capítulo VI

Do Uso de Equipamentos e Instrumentos	35
---------------------------------------	----

Capítulo VII

Das Atribuições Quanto ao Cumprimento da Norma de Funcionamento	36
---	----

Capítulo VIII

Disposições Finais	37
--------------------	----

Capítulo I

Disposições Preliminares

Da Direção

Art. 1º Estas normas se aplicam aos Centros Cirúrgicos (Bloco Cirúrgico e Centro Cirúrgico Ambulatorial), à Unidade de Recuperação Pós-anestésica (URPA) e ao Centro de Material e Esterilização (CME).

Capítulo II

Dos Centros Cirúrgicos

Seção I

Do Organograma

Art. 2º O acesso os Centros Cirúrgicos do HCPA é facultado às seguintes pessoas:

I - pessoal em atividade laborativa:

- a)** regular dos CCs;
- b)** prestando serviços de manutenção;
- c)** realizando demonstrações.

II - pessoal administrativo em atividade relacionada aos CCs;

III - professores da UFRGS com atividade no HCPA;

IV - médicos e enfermeiros contratados do HCPA;

V - residentes dos serviços médicos do HCPA;

VI - participantes oficiais dos Programas Institucionais de Cursos de Capacitação para Profissionais (PICCAP) no âmbito de suas atividades;

VII - estudantes de medicina e enfermagem em atividade acadêmica sob responsabilidade do professor;

VIII - médicos externos convidados e autorizados previamente por responsável por equipe em atividade no local;

IX - integrantes da equipe de retirada de órgãos pertencente à Central de Transplantes do Estado do Rio Grande do Sul.

X - Representantes de empresas para acompanhar o procedimento cirúrgico específico no qual será usado material ou equipamento fornecido por sua empresa.

Art. 3º A permissão de acesso à sala de cirurgia por pessoas não envolvidas na assistência é prerrogativa do cirurgião responsável pelo ato em andamento e da enfermeira responsável pela sala e deve ser previamente solicitada.

Seção II

Da Indumentária e Conduta

Art. 4º A maior parte das instalações dos Centros Cirúrgicos tem acesso restrito e nelas é exigido o uso da indumentária própria dos CCs, calçado fechado e gorro cirúrgico. A máscara cirúrgica, cobrindo as vias aéreas superiores, deve ser utilizada sempre que houver material estéril aberto na sala.

Art. 5º Durante os procedimentos endoscópicos, os profissionais devem usar EPI compatível com o procedimento.

Art. 6º A indumentária deve ser trocada a cada vez que houver circulação em ambientes externos aos Centros Cirúrgicos.

Art. 7º Cabelos compridos devem estar presos e dentro do gorro cirúrgico (conforme NR 32).

Art. 8º Não é permitido o uso de adornos, como brincos, colares, relógios e anéis.

Art. 9º Recomenda-se limitar o número de pessoas que circulam na sala cirúrgica, que deve ser no máximo de dez.

Art. 10. Pessoas autorizadas que não estão atuando na assistência ao paciente devem manter conduta cuidadosa com os materiais estéreis, manter silêncio e evitar interferência na atenção da equipe assistencial.

Art. 11. Os Centros Cirúrgicos têm áreas de descanso e áreas próprias para alimentação. É proibido alimentar-se nas salas e áreas de circulação dos Centros Cirúrgicos e URPA's, bem como sentar-se ou escorar-se em macas, lixeiras ou no pavimento destas áreas.

Art. 12. Os vestiários do BC e do CCA disponibilizam, em sistema de rodízio, armários para guarda de roupas dos profissionais que atuarão nestas unidades. A chave é fornecida pela recepção mediante retenção do crachá, que é devolvido ao profissional mediante a devolução da chave. Os profissionais com atividade diária no BC e CCA e os Chefes de Serviço, no BC e no CCA, poderão ter armários fixos para seu uso. Periodicamente será feita aferição do uso dos armários para verificação do cumprimento destas regras. Armários não registrados em nome de

usuários cadastrados, fechados e sem chave disponível, terão um formulário fixado na sua porta para esclarecimento. Se o formulário não for entregue 7 dias após sua afixação, o armário poderá ser aberto, o conteúdo armazenado em saco plástico lacrado e a fechadura modificada. O conteúdo ficará disponível na Seção de Segurança do Hospital.

Seção III

Dos Horários

Art. 13. Funcionamento - os turnos de realização de cirurgias eletivas são os seguintes:

I - 1o turno: das 7:30 às 13 horas;

II - 2o turno: das 13:30 às 19 horas;

III - 3o turno: das 19:30 às 24 horas*.

**Desconsiderar os 30 minutos entre as trocas de turno quando a mesma equipe seguir na sala no turno subsequente.*

Art. 14. A distribuição dos turnos das salas cirúrgicas é feita por equipes cirúrgicas, segundo um mapa previamente elaborado e acordado entre as equipes assistenciais e as instâncias administrativas dos CCs. Mudanças neste mapa de distribuição de salas poderão ser realizadas pelas instâncias administrativas dos Centros Cirúrgicos ou pela Diretoria Médica, sempre para contemplar interesses institucionais. Alterações temporárias no mapa de distribuição (troca entre equipes) deverão ser comunicadas e planejadas com suficiente antecipação junto às instâncias administrativas dos CCs, para viabilizar os recursos extras de materiais e de pessoal. Suspensões temporárias de atividades de equipes cirúrgicas, anestésicas e de enfermagem devem ser comunicadas com antecedência às instâncias administrativas dos CCs para o racional aproveitamento das salas, que será definido pelo Colegiado dos Cen-

tros Cirúrgicos. Eventuais alterações ao longo do funcionamento diário poderão ocorrer para contemplar o atendimento às necessidades do procedimento, sejam especificidades de equipamentos, materiais, espaço físico da sala, ou outra demanda apresentada.

Seção IV

Da Admissão de pacientes nos Centros Cirúrgicos

Art. 15. Os pacientes somente serão admitidos nos CCs mediante liberação administrativa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o procedimento a ser realizado. No caso de o paciente necessitar internação e não houver leito ou previsão de disponibilidade até o início do procedimento, o mesmo será cancelado.

Art. 16. Todos os pacientes ambulatoriais submetidos a procedimentos nos Centros Cirúrgicos, que realizam procedimentos sob anestesia geral e suas derivações, bem como sedação, deverão ter, na admissão e na alta hospitalar, um acompanhante responsável (maior de idade, com documento).

§1º Pacientes que serão submetidos a procedimento de baixa complexidade, com anestesia exclusivamente infiltrativa local, com capacidade de compreensão, poderão ser admitidos sem um acompanhante e devem informar telefone de contato do responsável na sua admissão.

§2º Pacientes que são submetidos a procedimentos com anestesia exclusivamente infiltrativa local, que realizam procedimentos que alterem sua condição plena de deambular (uso de qualquer dispositivo para auxílio de deambulação ou paciente com marcha alterada), gerando qualquer risco de queda, deverão ter, na admissão e na alta hospitalar, um acompanhante responsável (maior de idade, com documento).

§3º Para as seguintes condições é também exigido acompanhante: cirurgias oftalmológicas, cirurgias otológicas, cirurgias em pacientes diabéticos, cirurgias de membros inferiores e pacientes com 75 anos

ou mais. Situações pontuais serão avaliadas, de forma conjunta, pelas equipes assistenciais e administradores dos CCs.

§4º No caso de um membro da equipe assistencial comprovadamente ser familiar ou relacionado previamente com o paciente e apresentar-se como acompanhante, este deverá ficar responsável pelos pertences do paciente e acompanhá-lo após a alta até sua saída do Hospital.

Art. 17. O paciente somente será levado da sala de preparo para sala de cirurgia após ter completado os procedimentos de enfermagem e, quando for programada a participação de anestesista, da avaliação pré-anestésica e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para anestesia. Deverá ser realizada marcação de lateralidade do procedimento quando pertinente.

Parágrafo único. Pacientes menores de 18 anos deverão trazer Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais ou responsáveis legais e poderão ser acompanhados por pessoa maior de 18 anos com relacionamento com o menor, como outros familiares, tutores, assistentes sociais, cuidadores.

Art. 18. Imediatamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico a equipe deverá realizar a revisão verbal da lista de verificação (time out), conforme procedimento padronizado no HCPA.

Art. 19. Após o procedimento cirúrgico, elaboração da descrição cirúrgica e prescrição pós-operatória, conforme procedimento padronizado no HCPA os pacientes serão encaminhados à sala de recuperação após solicitação de leito pela enfermagem da sala cirúrgica e definição do leito pela sala de recuperação. Poderão ser liberados, sem passagem pela URPA, pacientes ambulatoriais que não receberam sedativos, estão estáveis e conscientes.

Seção V

Do Agendamento, Cancelamento e Registro de Cirurgias

Art. 20. O agendamento de cirurgias eletivas de pacientes do SUS deverá ser realizado via portal de agendamento pela equipe médica **até às 13 horas da antevéspera do procedimento quando necessitar de OPME (órteses, próteses e materiais especiais) e até a véspera do procedimento nas demais situações.** O não agendamento das cirurgias eletivas até o horário mencionado implica liberação da sala pela equipe, ou seja, será considerado horário vago por não agendamento.

§1º Ao receber a escala do dia seguinte, a equipe administrativa, verificando a ocorrência de salas sem agendamentos entre 11 horas e 12 horas, fará contato com a equipe responsável pela sala confirmando a intenção ou não do agendamento. Se a equipe desejar agendar, será lembrado que o prazo para tal é até às 13h. Confirmada a vacância da sala, a equipe de enfermagem ficará responsável pela ocupação da sala e fará os contatos necessários.

§2º A prioridade para o uso da sala sem agendamento será da Emergência, preferentemente para procedimentos não eletivos não urgentes. Não havendo agendamento pela Emergência, o agendamento ficará aberto para aproveitamento da sala por outras equipes.

§3º As equipes poderão substituir, no agendamento do dia, pacientes que tiveram suspensão da cirurgia por motivos hospitalares, clínicos ou por não comparecimento, ou substituir cirurgia eletiva por cirurgia de urgência, após preenchimento de formulário específico no google forms.

§4º Não havendo agendamento até 17 horas do dia anterior ao do agendamento, a sala ficará à disposição dos gestores dos CCs e poderá não ter pessoal de enfermagem designado.

§5º Todo o agendamento deve ser registrado no sistema operacional do Hospital (atualmente AGHUse) a partir do momento em que a indicação de cirurgia é definida pela equipe assistente.

§6º Agendamentos de procedimentos que necessitem materiais especiais (OPME), que estejam com liberação pendente ou que não estejam imediatamente disponíveis no Hospital, não serão aceitos para substituição do horário vago por não agendamento.

Art. 21. As cirurgias eletivas de pacientes privados ou de convênios serão agendadas com antecedência máxima de 60 dias até às 13 horas da antevéspera do procedimento. O agendamento da cirurgia particular ou de convênio deverá ser feito na Coordenadoria de Gestão dos Negócios Assistenciais.

Art. 22. O registro dos cancelamentos de cirurgia no AGHUse é de competência da equipe cirúrgica responsável, anestesistas, enfermeiras ou pelo pessoal administrativo. O motivo do cancelamento deverá ser registrado no sistema operacional do Hospital, classificado segundo critérios vigentes.

Art. 23. A suspensão de procedimentos de pacientes particulares ou de convênios deve ser comunicada, assim que decidida, à Coordenadoria de Gestão dos Negócios Assistenciais se ocorrer até as 13 horas da antevéspera da data previamente agendado o procedimento. Entre as 13 horas da antevéspera até o momento do procedimento, o cirurgião deverá comunicar diretamente à enfermeira do BC ou CCA. A ausência da equipe cirúrgica em procedimento agendado, cuja suspensão não foi previamente solicitada, será relatada ao Colegiado dos Centros Cirúrgicos para medidas cabíveis.

Art. 24. Os pacientes devem ser informados diretamente por um membro da equipe assistencial quando seus procedimentos tiverem que ser cancelados.

Art. 25. A sequência de procedimentos registrada no sistema operacional deve ser mantida, especialmente no que diz respeito à primeira

cirurgia do dia. Quando houver necessidade de trocas na sequência, a enfermeira responsável pela sala deve ser imediatamente comunicada e a equipe deve estar ciente de que o processo de preparação da sala poderá sofrer atrasos.

Art. 26. No agendamento cirúrgico devem ser mencionados todos os materiais especiais previstos para o procedimento. Todo material especial deve ter utilização previamente autorizada pelas fontes pagadoras, SUS ou convênios, pela Diretoria Médica ou, no caso de pacientes particulares, pelo próprio paciente.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade urgente de material não previamente autorizado, este, se disponível, poderá ser fornecido. Uma justificativa para este uso e para a não previsão deste deverá ser assinada pelo chefe da Equipe demandante. As justificativas serão periodicamente auditadas pelas instâncias administrativas. Nos casos de uso indevido deste recurso, quando não se caracteriza necessidade urgente ou imprevisível, medidas disciplinares serão tomadas pelo Colegiado dos Centros Cirúrgicos.

Art. 27. Todos os procedimentos cirúrgicos realizados devem ter descrição cirúrgica, prescrição pós-operatória e, se necessário, solicitação de exames no sistema operacional, o que deve ser feito logo após o término do procedimento. A descrição deve condizer com o procedimento efetivamente realizado e nela devem constar os materiais especiais utilizados.

Art. 28. Os executores da cirurgia mencionados na descrição cirúrgica deverão ter tomado parte presencial do procedimento. Quando houver a participação de anesthesiologistas, seus nomes devem ser registrados na descrição cirúrgica, no campo específico para este fim. A menção de executores que não estiveram presentes durante o ato cirúrgico será relatada ao Colegiado dos Centros Cirúrgicos para as medidas disciplinares cabíveis.

Art. 29. Quando houver previsão de necessidade de internação no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) no pós-operatório imediato, a reserva prévia do leito é responsabilidade da equipe cirúrgica. Quando a indicação de internação em CTI for definida no período transoperatório, ela deve ser solicitada pela equipe assistente (equipe cirúrgica ou anestésica) ao Time de Resposta Rápida (TRR).

§1º É vetada a realização de cirurgia não urgente quando o paciente necessitará de recuperação em Unidade Intensiva e o TRR não confirmou a disponibilidade de leito. A não observância desta regra acarretará providências disciplinares pelo Colegiado dos Centros Cirúrgicos.

§2º Quando não for confirmada a vaga de leito em Unidade Intensiva pelo TRR, será discutido entre equipe, anestesista, plantonista e enfermeira da URPA, a possibilidade de recuperação na URPA, conforme “FLUXO CONTINGENCIAL DE ALOCAÇÃO DE PACIENTES CIRÚRGICOS COM PEDIDOS DE UTI PARA PÓS OPERATÓRIO”. Caso a recuperação na URPA não seja considerada adequada ou segura, será discutida a possibilidade de postergação da cirurgia para outro turno ou dia, conforme acordo com TRR.

Art. 30. A alta de pacientes ambulatoriais, da Salas de Recuperação para o domicílio, deverá ser realizada na presença de acompanhante maior de 18 anos (vide artigo 16 e seus parágrafos e artigo 19).

Seção VI

Do Uso de Salas Vagas por Suspensão no Dia da Cirurgia (aproveitamento)

Art. 31. Na ocorrência de suspensão de cirurgia eletiva e a equipe que detém o agendamento da sala não tiver outra cirurgia para ocupar o horário para o aproveitamento da sala, terão prioridade para uso da sala as cirurgias escaladas na sala da urgência.

Art. 32. A decisão da utilização do aproveitamento da sala por cirurgia de urgência será feita pelo cirurgião plantonista da Emergência e será pautada pelo excesso de cirurgias de urgência agendadas.

Art. 33. Não havendo aproveitamento pela Emergência, a sala será disponibilizada para outras cirurgias eletivas. Terão prioridade as equipes que tiveram, no mesmo dia, sala cedida para transplantes ou emergências. Neste caso, a cedência não será considerada, e a equipe ficará na lista como próxima cedente .

Art. 34. As solicitações de aproveitamento de sala devem ser feitas junto às enfermeiras dos CCs a partir das 7h30min da manhã do dia pretendido.

Art. 35. A confirmação do aproveitamento dependerá do porte da cirurgia, tempo previsto e disponibilidade de demais recursos (profissionais, equipamentos, disponibilidade de leito na URPA e material do CME).

Art. 36. O ordenamento do agendamento pode ser modificado, com a concordância das equipes envolvidas, quando condições clínicas ou sociais de pacientes forem consideradas relevantes para esta decisão.

Art. 37. O uso de sala SUS para realização de procedimentos de convênios pode ocorrer quando houver cirurgia de emergência ou na vacância de sala sem solicitação de aproveitamento pela Emergência Cirúrgica ou por outras equipes.

Seção VII

Dos Atrasos

Art. 38. Nos casos em que diferentes equipes ocupam uma mesma sala em turnos diferentes, a previsão de atraso na entrega da sala para o turno seguinte deve ser comunicada à enfermeira da sala para notificação da equipe subsequente, assim que houver esta previsão. Quando este atraso for superior a 30 minutos, a equipe que teve o atraso deve oferecer à equipe subsequente a possibilidade de entregar a sala mais cedo na semana seguinte, na mesma magnitude do intervalo de tempo do atraso.

Art. 39. Recorrência de atraso na entrega da sala por uma mesma equipe deve ser informada ao Colegiado dos Centros Cirúrgicos, para as providências cabíveis. Quando a soma dos atrasos atingir 5 horas será solicitado à equipe responsável pelos atrasos que ofereça um turno para a equipe prejudicada em até 30 dias. Após este período, poderá ser definida uma data pelo Colegiado e comunicado as duas equipes.

Art. 40. Quando o início de uma cirurgia de pacientes atendidos com cobertura de convênios ou privados tiver atraso superior a 30 minutos, causado por falta de membros da equipe cirúrgica habilitados para realizar o procedimento ou de anestesista, a sala de cirurgia será liberada para os procedimentos agendados a seguir. As equipes com cirurgia agendada na sequência da cirurgia com atraso serão contatadas pelo enfermeiro designado para supervisão da referida sala, com proposta de antecipação, observando-se a ordem original de agendamento .

§1º Nos casos em que nenhuma das equipes responsáveis pelas cirurgias subsequentes à que teve atraso desejar antecipar o procedimento, a cirurgia com atraso somente poderá ser iniciada após contato e acordo da equipe atrasada com o cirurgião da primeira cirurgia subsequente, desde que este acordo não cause atrasos em toda a escala.

§2º Se o cirurgião da cirurgia seguinte não concordar com o início da cirurgia com atraso, esta será cancelada ou, se possível, transferida para o final da escala do dia.

Art. 41. Atrasos na entrega de sala de cirurgia de convênios serão auditados pelo Colegiado dos Centros Cirúrgicos. Reincidência frequente por parte de um mesmo executor gerará estudo dos tempos de agendamento e parametrização do sistema para rejeitar tempos aquém da média do executor do procedimento. (a ser regulamentado no anexo I).

Seção VIII

Da Sala de Cirurgias de Urgência

Art. 42. As salas reservadas para cirurgias de urgência no BC e CCA terão agendamento ininterrupto. O agendamento e a ordem de prioridade de cirurgias de urgência no BC ficarão a critério do plantão cirúrgico da Emergência e do plantonista do Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória, conforme regras a serem mencionadas abaixo. O agendamento de procedimentos na sala de urgência do CCA será coordenado pela enfermeira da área e obedecerá como principal critério a ordem de solicitação, o que pode ser excepcionalmente modificado quando situações clínicas exigirem.

Art. 43. Procedimentos que requerem recursos de sala cirúrgica reservada para urgências ou que necessitem da equipe de Anestesiologia para procedimentos de urgência serão agendados junto ao médico contratado da Cirurgia de plantão na Emergência (Cirurgião Plantonista da Emergência - CPE), que será o coordenador do processo de ordenação da disponibilização destes recursos.

Art. 44. O registro em prontuário do quadro clínico do paciente, da indicação do procedimento cirúrgico de urgência e do contato com as instâncias médica, de enfermagem e administrativas é obrigatório.

Art. 45. Após o contato com o CPE e concordância com o agendamento do caso na escala das urgências, o médico solicitante deverá inserir os dados do paciente e da Equipe (meio de contato) em uma planilha computacional (atualmente a planilha do programa google drive) da sala de urgência, sendo que a ordem das cirurgias será editada somente pelo CPE. A enfermeira da sala de urgência do Bloco Cirúrgico acessa a planilha de agendamentos (atualmente na plataforma google drive) para programação da escala da sala de urgência.

Art. 46. Os critérios para marcação das urgências obedecerão à gravidade dos casos (como risco iminente de vida ou prejuízo grave à saúde), a ordem do agendamento e a disponibilidade de equipe médica.

Art. 47. A abertura de uma segunda sala de urgência será solicitada pelo CPE à enfermeira de plantão no BC. Esta comunicará à Equipe de anestesia e determinará sala e funcionários para atender a demanda. Em situações de impossibilidade de atender à abertura da segunda sala de urgência, seja da enfermagem ou da anestesia, os motivos deverão ser discutidos com o CPE. Os critérios para abertura da segunda urgência serão a ocorrência simultânea de dois pacientes com EMERGÊNCIAS cirúrgicas com doenças que poderão ser agravadas pela demora de iniciar a cirurgia. Em situações de agendamento de mais de 5 cirurgias na fila da sala de urgências, poderá ser aberta uma segunda sala de urgência de comum acordo entre o CPE, enfermeira do BC e a Equipe anestésica de plantão visando o melhor atendimento dos pacientes.

Art. 48. Estando os recursos da urgência (sala e anestesiológico) disponíveis no momento da solicitação de agendamento, o procedimento solicitado deverá ser realizado imediatamente, a não ser por motivo de ordem clínica para postergação. Nestes casos de postergação, a ordem de disponibilização dos recursos de urgência será determinada pelo CPE, utilizando os critérios constantes neste documento.

Art. 49. Nos casos em que se possa aguardar o período de jejum pré-operatório, o tempo recomendado é o que consta no Protocolo Assistencial de Avaliação Pré-operatória (PRT 019). Quando houver necessidade de antecipar o procedimento, o anestesista responsável pelas urgências deverá ser consultado pela equipe solicitante, para que autorize ou não a realização da intervenção com jejum pré-operatório inferior aos tempos recomendados.

Art. 50. Quando julgado absolutamente necessário, por motivos de ordem médica, relacionados às condições do paciente, somente os médicos contratados ou os professores chefes de equipes, poderão solicitar prioridade no agendamento de procedimentos ao CPE.

Parágrafo único. Nos casos de conflito, seja quando o CPE julgar que a base clínica da solicitação de prioridade não é suficiente para mudar a sequência dos procedimentos, seja quando mais de uma equipe solicitar concomitantemente prioridade no uso dos recursos, o conflito deverá ser dirimido por uma ou mais das seguintes instâncias:

I - O CPE promoverá um contato direto entre os médicos solicitantes; em permanecendo a discordância, os solicitantes devem solicitar que o chefe da Equipe (contratado e ou Professor) entre em contato com o CPE. O CPE, com base nas informações, poderá definir a ordem de utilização da sala de urgência, ou solicitar abertura da segunda sala de urgência concomitante (se houver recursos) ou, ainda, recomendar que ambos chefes de equipe conversem para consenso;

II - O anestesista contratado responsável pelo atendimento a urgências expressará seu parecer;

III - Os chefes médicos do BC ou CCA ou o Adjunto Cirúrgico da Diretoria Médica serão contatados e expressarão seu parecer, o qual será decisório.

Art. 51. Quando da ocorrência de casos com risco iminente de morte (sangramento ativo, insuficiência respiratória restritiva, deterioração rápida do estado neurológico, etc.), a disponibilização de recursos deve ser imediata. Se a sala da urgência ou a equipe anestésica estiver sendo ocupada, sem previsão de liberação rápida, a enfermeira do BC determinará a realização do procedimento na primeira sala vaga, postergando ou suspendendo o procedimento eletivo nela agendada. Nestes casos, assim que a sala da urgência ou a equipe anestésica estiver disponível, estes recursos devem ser racionalmente alocados, visando à realização da cirurgia eletiva que foi postergada, dentro dos horários normais da atividade das equipes. Esta alocação de recursos não contempla a utilização da equipe de anestesia ou da sala cirúrgica da emergência para procedimentos eletivos fora dos horários de cirurgia eletiva.

Parágrafo único. Se a equipe que cedeu a sala para uma emergência tiver que suspender um ou mais turnos de uso da sala, isto contará como utilização na escala de cedência para transplantes e emergências.

Art. 52. Aproximadamente 30 minutos antes do final das cirurgias realizadas na sala da urgência, a enfermeira do BC será responsável por informar à secretaria do BC que a equipe do procedimento seguinte da agenda deve ser contatada e seu comparecimento solicitado.

Art. 53. Se a equipe não estiver presente e disponível para realização do procedimento quando a sala de cirurgia de urgência estiver preparada, o anestesista disponível e o paciente no BC (ou aguardando transferência, nos casos de pacientes das CTIs), o procedimento será postergado e a equipe do procedimento agendado na sequência será chamada. A ordem de realização do procedimento postergado deverá ser novamente acordada com o CPE.

Seção IX

Cedência de Sala para Realização de Transplantes e Emergências

Art. 54. Com exceção dos casos de transplantes de doador vivo, os transplantes de órgãos são procedimentos de agendamento não previsível. Para evitar ociosidade das instalações hospitalares, transplantes não tem uma sala cirúrgica específica constantemente designada. O sistema adotado pelo HCPA para agendamento de transplantes obedece às seguintes regras:

I - Uma escala de rodízio entre as equipes para cedência de sala de cirurgia para transplantes e emergências é realizada anualmente;

Parágrafo único. A escala de rodízio é acessível às partes interessadas.

Art. 55. Quando do agendamento de transplantes, a enfermeira verificará nesta escala de rodízio, qual equipe deverá ceder sala cirúrgica para o transplante.

Art. 56. O responsável pela equipe cedente deve ser informado para as providências de comunicação aos pacientes e reagendamento do procedimento.

Art. 57. A equipe que for designada para ceder a sala poderá, em situações excepcionais, solicitar postergação da cedência para o próximo evento (transplante ou emergência). Isto poderá ocorrer quando o procedimento a ser reagendado for de grande porte, envolver várias equipes, for para tratamento oncológico urgente ou, ainda, para alívio urgente de condição clínica ameaçadora da vida ou de muito sofrimento. Se a solicitação puder ser contemplada, a cedência pela equipe que solicitou postergação ficará para o próximo evento determinante de cessão de sala.

Parágrafo único. Nos casos de conflitos, representantes dos gestores dos Centros Cirúrgicos decidirão sobre a sala a ser cedida.

Art. 58. A equipe que cedeu a sala para transplante terá, neste dia, preferência para uso de salas vagas (aproveitamento), exceto se urgências múltiplas estiverem com sequência atrasada ou inadequada.

Art. 59. Os transplantes de doador vivo devem ter agendamento prévio junto à chefia de enfermagem da UBC em comum acordo com o Chefe da Seção Administrativa de Centro Cirúrgico e CME e será preferentemente nos sábados ou em horários vagos e não concentrados em um dia da semana.

Art. 60. Nos casos em que a equipe que solicita sala de emergência para um paciente em atendimento prévio por esta mesma equipe (reoperações ou pacientes internados para esta equipe) tiver agendamento eletivo no mesmo dia, a equipe que cedeu a sala para a emergência poderá ocupar a sala da equipe solicitante até que a sala designada para a equipe cedente esteja liberada e pronta para utilização.

Seção X

Da Delegação de Responsabilidade

Art. 61. Todos os procedimentos invasivos realizados nos Centros Cirúrgicos são de responsabilidade compartilhada por professores ou médicos contratados responsáveis por equipes assistenciais e devem ser de seu conhecimento e anuência.

Art. 62. A delegação para realização ou início da realização de procedimento invasivo só pode ser feita pelo professor ou médico responsável pela equipe e deve ser compatível com o nível de graduação do realizador do procedimento.

Art. 63. A realização de procedimentos por médicos de outros estados ou países deverá ter autorização prévia por escrito, do Diretor Médico e da Comissão de Ética, com anuência do CREMERS.

Art. 64. Procedimentos que exigem a presença de profissional de graduação superior à de quem inicia o procedimento só podem ser iniciados com a confirmação da presença do profissional suficientemente graduado no âmbito do Hospital.

Art. 65. É vedada a realização de procedimentos sem o conhecimento e anuência do professor ou contratado responsável pela equipe ou seu substituto responsável nomeado. A realização de procedimentos nestas condições implicará transferência da responsabilidade civil do ato médico ao executor e é passível de sanção disciplinar e comunicação à Comissão de Ética Médica do HCPA.

Art. 66. Membros da equipe cirúrgica, de anestesia ou de enfermagem, verificando insuficiência técnica de realizador de um procedimento invasivo, deverão comunicar o responsável pela equipe assistencial ou, em segunda instância, o chefe médico do respectivo Centro Cirúrgico.

Seção XI

Da Atuação da Equipe Assistencial de Enfermagem

Art. 67. Em todos os turnos haverá enfermeiros responsáveis por verificar o funcionamento nas salas cirúrgicas.

Art. 68. A administração da enfermagem procurará sempre disponibilizar um membro da equipe para a função de instrumentador cirúrgico e outro para a função de circulante de sala.

Art. 69. Os enfermeiros deverão planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de Enfermagem, distribuindo a equipe de enfermagem para prestar atendimento individualizado e sequencial, em atendimento às condições do paciente e qualificação profissional de cada colaborador.

Art. 70. Em casos excepcionais, em que não for disponibilizado instrumentador, os enfermeiros irão verificar as cirurgias de menor complexidade para dispor apenas circulante de sala e irão comunicar o responsável médico pelo procedimento de tal condição.

Parágrafo único. Em casos de não conformidade da equipe assistencial com a designação de procedimento a ser realizado sem instrumentador, a Chefia de Enfermagem do CC deve participar da decisão. Persistindo não aceitação, a Chefia Médica do CC deverá dirimir o conflito.

Art. 71. Os enfermeiros deverão contribuir para a execução do Mapa Cirúrgico proposto e pelo cumprimento dos horários e normas estabelecidos.

Art. 72. Os enfermeiros acompanharão a necessidade da continuidade do trabalho dos profissionais nos CCs, remanejando os horários desses profissionais quando necessário.

Art. 73. Os enfermeiros deverão verificar a programação cirúrgica com antecedência e farão a conferência da necessidade de materiais especiais para os procedimentos cirúrgicos.

Art. 74. A equipe de enfermagem deverá prestar assistência de enfermagem, tendo como prioridade o atendimento aos pacientes conforme grau de risco e complexidade, planejando e implementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem adotada pelo HCPA.

Art. 75. Na transferência de pacientes críticos da sala cirúrgica para outras unidades, os enfermeiros deverão auxiliar a equipe assistencial na troca de leito, para detectar e prevenir danos físicos ao paciente e zelar pela manutenção e permeabilidade de cateteres, sondas e drenos. O enfermeiro deverá, em contato direto, promover transferência de cuidado destes pacientes para a enfermeira da unidade de destino.

Art. 76. Os indicadores da unidade serão acompanhados pelos enfermeiros e discutidos com a equipe de enfermagem a fim de propor ações de melhorias.

Art. 77. A aplicação dos itens constantes no Protocolo de Cirurgia Segura adotado pelo HCPA deverá ser realizada pela equipe assistencial, o que será registrado e monitorado no mapa de indicadores.

Art. 78. O procedimento cirúrgico somente deverá iniciar após conferência, pelo pessoal de enfermagem, de todo material e equipamento necessário para sua realização.

Art. 79. O técnico de enfermagem deverá providenciar o instrumental, equipamentos e material esterilizado necessário ao procedimento anestésico-cirúrgico, bem como prever, quando possível, a necessidade de material adicional.

Art. 80. O instrumentador deverá realizar a contagem dos instrumentos cirúrgicos antes do início do procedimento, dispondo-os de modo organizado na mesa de instrumentação. Ao final do procedimento deverá realizar nova conferência do número de instrumentos e relatar qualquer discrepância com o número verificado antes do início.

Art. 81. As peças cirúrgicas destinadas a exame anatomopatológico deverão ser separadas, identificadas verbalmente e entregues pelo instrumentador ao circulante de sala, após realização da dupla checagem (nome do paciente e identificação da peça).

Art. 82. As peças cirúrgicas para exame anatomopatológico, após adequadamente acondicionadas e identificadas, deverão ser encaminhadas segundo a rotina da unidade e seu encaminhamento será registrado pelo circulante em planilha específica.

Art. 83. O técnico de enfermagem deverá comunicar ao enfermeiro da unidade a ocorrência de eventos adversos e irregularidades, bem como realizar registro destas.

Art. 84. O técnico de enfermagem deverá auxiliar o anestesiológista na indução e na reversão do procedimento anestésico, tarefa que poderá ser assumida pelo enfermeiro quando possível ou necessário.

Art. 85. Medicamentos para uso em ato anestésico somente poderão ser preparados em sala após esta ter seu processo de higienização concluído.

Art. 86. Os equipamentos hospitalares deverão ser utilizados, seguindo as recomendações do fabricante sobre seu uso e manuseio. Os enfermeiros deverão ser comunicados sobre qualquer irregularidade e defeitos verificados.

Art. 87. Equipamentos críticos das salas cirúrgicas deverão ser revisados pelo técnico de manutenção da engenharia antes da primeira cirurgia do dia.

Capítulo III

Da Sala de Recuperação (SR)

Art. 88. As Salas de Recuperação Pós-Anestésica são utilizadas exclusivamente para recuperar pacientes que se submeteram aos procedimentos e exames sob cuidados anestésicos (geral, sedação ou condutiva) e os que, mesmo tratados com anestesia local, necessitem observação pós-operatória hospitalar.

Art. 89. O Diretor Médico, o Adjunto Cirúrgico da Diretoria Médica ou membros do Time de Resposta Rápida (TRR) poderão, em situações de interesse institucional, requerer a utilização da Sala de Recuperação Pós-Anestésica para fins distintos dos mencionados acima.

Art. 90. O anestesista é responsável pelo paciente na sala de recuperação até a alta anestésica. Em caso de intercorrência adversa não anestésica, a equipe médica responsável deverá participar da assistência ao paciente com a brevidade requerida pelo caso.

Art. 91. A permanência de pacientes após a alta anestésica, incluindo ou não pernoite, deve sempre ser acordada entre a equipe e o anestesista responsável pela sala de recuperação e não deve impactar na capacidade operacional do setor.

Art. 92. Casos de permanência noturna de pacientes com condições de alta anestésica só serão aceitos quando pertinentes a protocolos assistenciais específicos, previamente acordados com o Serviço de Anestesia e Medicina Perioperatória e referendados pelo Colegiado dos Centros Cirúrgicos.

Art. 93. Pacientes que permaneceram durante a noite na SR devem ser reavaliados pela equipe solicitante e ter sua alta ou transferência definida **até às 9 horas** da manhã subsequente, inclusive aos finais de semana e feriados conforme os plantões das especialidades cirúrgicas.

Parágrafo único. Pacientes que tiverem sido aceitos para pernoite em SR e alta pela manhã no dia seguinte, deverão ter seus documentos de alta hospitalar preenchidos pela Equipe assistente no sistema AGHU-se no mesmo momento que entram na SR (Nota de Alta, receita de medicamentos, orientações necessárias para alta e demais documentos pertinentes). A equipe deverá dar alta aos pacientes até às 9 horas da manhã ou o mesmo poderá receber alta pelo médico plantonista da SR, desde que tenha no sistema AGHU-se seus documentos de alta preenchidos. Em caso de falta de documentos preenchidos para alta, a equipe será contatada e se não comparecer até as 9 horas será penalizada com a negativa de aceite para pernoite na SR por 30 dias.

Art. 94. É vedada a permanência de acompanhantes dos pacientes em recuperação anestésica, exceto em casos excepcionais e nos previstos pela legislação vigente.

Art 95. É vedada a permanência de pertences dos pacientes na SR, objetos pessoais devem ficar sob guarda do acompanhante ou ser encaminhado para a segurança. Na SR do CCA os pertences podem ser armazenados em armário destinado à guarda de pertences de pacientes, chave ou lacre deve ser armazenada.

Art. 96. O atendimento a crianças, até 14 anos, deve ser realizado na SR Pediátrica, ambiente separado dos pacientes adultos, a sinalização da idade do paciente deve ser realizada no momento da solicitação da cama.

Art. 97. O preparo do box para atendimentos dos pacientes deve ser realizado conforme procedimento operacional padrão (POP 2755), ne-

cessidades do paciente e do procedimento anestésico-cirúrgico, previamente sinalizados pela equipe assistencial quando houver características não rotineiras.

Art. 98. O encaminhamento de maca da SR às salas dos centros cirúrgicos é definido pela equipe de enfermagem após informação pela equipe do iminente término do procedimento. No CCA a equipe de sala poderá buscar a maca na Sala de Recuperação.

Art. 99. A transferência do cuidado do paciente em pós-operatório imediato será feita pela recepção à beira do leito do técnico de enfermagem, enfermeiro e médico anesthesiologista de plantão (contratado ou residente). Para passagem de informações, devem acompanhar o paciente o médico anesthesiologista (contratado ou residente) e um representante da equipe cirúrgica, com informações claras e fidedignas a toda equipe assistencial.

Art. 100. A descrição cirúrgica e a prescrição médica pós-operatória já devem estar registradas no sistema para a admissão de pacientes na SR. Os documentos necessários para alta hospitalar também deverão estar registrados quando o paciente tiver atendimento ambulatorial.

Art. 101. A alta dos pacientes das Salas de Recuperação deve ocorrer após avaliação do médico anesthesiologista e do enfermeiro da unidade. Todas as altas devem ser assinadas por médico anesthesiologista. Nos casos de sedação por não anesthesistas, deve ser seguido o Plano de Sedação Leve e Moderada por Médicos Não Anesthesistas (PLA-029).

Capítulo IV

Da Área de Internação de Curta Permanência Pós-Operatória (ACP)

Art. 102. O objetivo geral da Área de internação de Curta Permanência (ACP) pós-operatória é evitar a transferência de pacientes, com previsão de internação de curta permanência, da Unidade de Recuperação Pós-anestésica (URPA) para Unidades de Internação.

Art. 103. Os objetivos específicos da ACP são evitar o deslocamento e a transição de cuidados de pacientes com expectativa de curta permanência no pós-operatório, diminuindo o tempo de permanência hospitalar, melhorando a experiência do paciente e aumentando a disponibilidade de leitos nas Unidades de Internação.

Art. 104. O chefe do Serviço Bloco Cirúrgico coordenará as atividades médicas desenvolvidas na ACP.

Art. 105. O chefe do Serviço de Enfermagem da Unidade de Recuperação Pós-anestésica coordenará as atividades assistenciais de enfermagem da ACP.

Art. 106. A instância decisória de questões relacionadas a não observância das normas de funcionamento da ACP será o Colegiado dos Centros Cirúrgicos.

Art. 107. A avaliação da efetividade da ACP para cumprir seus objetivos será monitorada por indicadores que serão apresentados mensalmente nas reuniões do Colegiado dos Centros Cirúrgicos e serão informados à Diretoria Médica pelo Assessor Adjunto Cirúrgico.

Art. 108. São condições para internação na ACP:

I - Ser paciente com alta de uma URPA do HCPA (BC, CCA, Hemodinâmica, Radiologia), submetido a procedimento de médio ou pequeno porte, com previsão de alta hospitalar entre 6 horas e 24 horas;

II - Ter documentação (sumário de alta hospitalar) e orientações de alta completas (receitas e agendamento de revisões) antes da admissão na Unidade;

III - Ter familiares ou acompanhantes informados sobre os horários de alta e disponíveis por ocasião desta.

Art. 109. Sobre a alta hospitalar de pacientes internados na ACP:

I - Pacientes internados nesta área e que não apresentarem intercorrências clínicas relevantes terão alta hospitalar de 6 horas a 24 horas depois da internação;

II - No caso de cirurgia encerrada até 22 horas, a alta será realizada até 9 horas da manhã do dia seguinte;

III - No caso de cirurgia encerrada após as 22 horas, a alta será realizada até 11 horas da manhã do dia seguinte;

IV - Equipes assistentes deverão preferencialmente revisar os pacientes antes das 9 horas ou das 11 horas, conforme o horário de término da cirurgia, para proceder a alta hospitalar;

V - Não havendo revisão da equipe médica assistente e estando o paciente estável, o médico anestesista de plantão poderá proceder a alta hospitalar, nos horários mencionados neste protocolo.

Art. 110. Sobre a prorrogação da internação de pacientes internados na ACP:

I - Pacientes que durante a internação apresentarem instabilidade clínica ou outro critério que indique necessidade de prorrogação da in-

ternação serão avaliados pelo médico anestesiologista de plantão na URPA e, em no máximo 6 horas após o registro do evento, pela equipe médica assistente;

II - Identificada a necessidade de permanência do paciente, a equipe médica assistente deverá solicitar ao NIR a transferência do paciente para outra Unidade de Internação e deverá registrar a ocorrência na evolução médica no prontuário eletrônico no AGHUse, justificando a solicitação de prorrogação e mencionando o caráter imprevisível da ocorrência;

III - Cada caso de prorrogação da internação será auditado pelo Colegiado dos Centros Cirúrgicos;

IV - Equipes que não aderirem ao protocolo de avaliação dos casos mencionados acima, bem como ao devido registro e contato com o NIR, poderão ter, para casos futuros, internação nesta modalidade preterida.

Capítulo V

Do Centro de Material e Esterilização (CME)

Art. 111. O Centro de Material e Esterilização (CME) é responsável junto aos CCs para prover instrumental e material cirúrgico esterilizado conforme a escala cirúrgica do dia, solicitar aquisição e reposição de instrumental cirúrgico e encaminhar conserto e reparos de instrumentais cirúrgicos.

Art. 112. A solicitação de empréstimo de instrumentos pertencentes aos CCs para outras unidades do HCPA deve ser feita ao CME, através de Comunicação Interna, dirigida ao enfermeiro responsável pelo setor.

Art. 113. O empréstimo de instrumentos e equipamentos pertencentes aos CCs para uso externo ao HCPA deve seguir rigorosamente o **Plano de Gerenciamento e Controle de Bens Patrimoniais – PLA-065, item 12 (GEO)**.

Art. 114. Os materiais de posse particular de médicos e equipes, que se encontram armazenados nos CCs, e que são utilizados e reprocessados no HCPA, são de exclusiva responsabilidade dos respectivos proprietários. **Em caso de dano a estes materiais no processo de esterilização ou no transporte, seus proprietários não serão ressarcidos pelo HCPA.**

Art. 115. Materiais não pertencentes ao HCPA devem ser entregues diretamente no CME, acompanhado de lista escrita com a designação de cada instrumento, os quais devem ter identificação gravada, pelo próprio cirurgião ou por um responsável. Estes materiais, após o processamento, serão armazenados temporariamente no CME e encaminhados para a sala cirúrgica após a solicitação da equipe. Caso não seja utilizado, o material retornará ao CME e poderá ser retirado a qualquer momento pelo cirurgião, quando sofrerá a violação da embalagem antes da entrega. É vedado o processamento de materiais no HCPA e entrega com em condições estéreis para uso em outras instituições.

Art. 116. A entrega de materiais não pertencentes ao HCPA para esterilização deverá ser feita ao enfermeiro do CME com antecedência mínima de 12 horas do procedimento, acompanhada de documento (lista descritiva) em três vias, para conferência e posterior devolução. Nos casos de implantes que necessitam passar por processamento, os materiais devem ser entregues ao CME no mínimo 18 horas antes do procedimento.

Art. 117. O horário de entrega de materiais de terceiros ocorre entre 8 horas e 12 horas, no turno da manhã, e das 14 horas às 18 horas, no turno da tarde.

Art. 118. Materiais implantáveis só poderão ser encaminhados aos CCs mediante a leitura satisfatória de indicador biológico processado juntamente com o implante.

Art. 119. Todo o material reutilizável a ser usado nos CCs tem que ser processado no CME do HCPA ou pela empresa contratada pela instituição para realizar o processo em óxido de etileno. É vedada a utilização de materiais reutilizados esterilizados fora do CME do HCPA.

Art. 120. Material considerado de uso único, cujo processamento é considerado necessário pelo usuário ou pela instituição, deve ser entregue ao CME com formulário específico, devidamente preenchido, para avaliação da viabilidade de execução de protocolo e análise custo-benefício pelo Comitê de Processamento de Produtos para Saúde (CPPS).

Art. 121. Bandejas com instrumental para procedimentos de emergência ficarão armazenadas no arsenal do Bloco Cirúrgico, com o objetivo do pronto atendimento destas situações.

Art. 122. Em situação de paralisação do processamento de materiais por problemas técnicos, o plano de contingência para a esterilização envolve o encaminhamento do material para empresa processadora.

Art. 123. Enfermeiros dos CCs, antes de aceitar o agendamento de cirurgia não programada, deverão entrar em contato com a enfermeira do CME para confirmar a possibilidade do fornecimento de material estéril em tempo hábil para a realização do procedimento.

Art. 124. Diariamente, a escala cirúrgica será revisada pelo CME em conjunto com as enfermeiras dos CCs, Chefe da Seção Administrativa de Centro Cirúrgico e CME, SAC e Engenharia para avaliação da viabilidade de atendimento e priorização dos materiais a serem processados.

Capítulo VI

Do Uso de Equipamentos e Instrumentos

Art. 125. Todos os equipamentos oficialmente pertencentes ao patrimônio do HCPA são de uso comum, sempre no interesse da Instituição.

Art. 126. Equipamentos e instrumentos de uso especializado, como microscópio cirúrgico, endoscópios e outros, serão disponibilizados somente para profissionais que tenham comprovado treinamento para seu uso.

Art. 127. Equipamentos e instrumentos recebidos por doação ou no âmbito do financiamento de pesquisa por órgãos de fomento, pertencentes ao patrimônio do HCPA, terão uso preferencial pela equipe que promoveu a aquisição do material até o final da pesquisa, quando então estarão sob as mesmas regras descritas no Art. 124.

Art. 128. Quando não houver disponibilidade de equipamento ou instrumento para todos os procedimentos agendados, serão priorizados os casos agendados com maior antecedência com solicitação do material.

§1º Quando for julgado que casos de maior gravidade ou urgência serão prejudicados pela falta do material, promover-se-á discussão entre os responsáveis pelas equipes que necessitam do material, para acordo das prioridades de atendimento.

§2º Quando não houver acordo entre as equipes, instâncias administrativas dos CCs intervirão para atender ao máximo os interesses e necessidades dos pacientes e da Instituição.

Art. 129. Danos acidentais a equipamentos ou instrumentos devem ser imediatamente relatados à administração dos CCs.

Art. 130. Os equipamentos não pertencentes ao HCPA somente terão uso autorizado na Instituição quando o hospital não possuir ou não disponibilizá-los. O uso destes equipamentos deve obrigatoriamente passar pela ciência dos serviços de Engenharia e Patrimônio.

Capítulo VII

Das Atribuições Quanto ao Cumprimento da Norma de Funcionamento

Art. 131. As chefias médicas, de enfermagem e administrativa dos CCs serão responsáveis por zelar pelo cumprimento desta norma e deverão comunicar descumprimento ou dificuldades.

Art. 132. O descumprimento desta norma operacional por membros das equipes assistenciais ou administrativas deverá ser comunicado ao Adjunto Cirúrgico da Diretoria Médica e ao Colegiado dos CCs, que darão os encaminhamentos devidos.

Capítulo VII

Disposições Finais

Art. 133. O Órgão Colegiado dos Centros Cirúrgicos poderá propor alterações desta Norma de Funcionamento, que, se aprovadas pela Diretoria Médica, serão tornadas oficiais por instrumento devido.

Art. 134. Revogam-se as disposições em contrário.

Porto Alegre, 04 de abril de 2025.

Luis Eduardo Paim Rohde

Diretor Médico



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

Rua Ramiro Barcelos, 2350
Largo Eduardo Z. Faraco
Porto Alegre/RS 90035-903
Fone 51 3359.8000
www.hcpa.edu.br