

POP

HC-UFTM/EBSERH

Crêterios de Prioridade de Inclusão de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral em Programa de Reabilita o Ambulatorial

Versão: 1 | 2024

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE

LUIS ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DE DIVISÃO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

ELABORAÇÃO

Ana Carolina Ribeiro Terra, Cristina Ruiz, Cláudia Pimenta de Freitas Multini, Dirce Emília Cruz Souza, Renata de Melo Batista, Karen Karoline Silva, Natália Londe Moura, Dinorah Maria de Almeida e Borges, Lidiane Silveira dos Santos Plácido, Cleomilda Assunção da Silva, Assistente Social; Unidade Multiprofissional
Robson Sarmento Teodoro, Unidade do Sistema Nervoso

REVISÃO INTERNA

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

VALIDAÇÃO

Viviane de Almeida Cobo, Unidade Multiprofissional
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, ANÁLISE E REVISÃO FINAL

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Data da emissão: 19/9/2024

Código do documento: POP.UMULTI.XXX

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados
www.ebserh.gov.br*



1. OBJETIVO

Padronizar entre a equipe da Unidade Multiprofissional (UMULTI) a assistência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) enquadrados em Escala de Rankin (escala que descreve o grau de disfunção do paciente) até 3, baseada na Linha de Cuidado do AVC do Ministério da Saúde, com início em até 4 semanas após a avaliação inicial, oriundos exclusivamente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), atendidos no Centro de Reabilitação “Dr. Fausto Cunha de Oliveira”, a fim de buscar excelência na prestação dos serviços em saúde com uniformidade de condutas e, assim, melhorar o atendimento e minimizar riscos e erros.

2. APLICAÇÃO

Serviço de Reabilitação Multiprofissional do Centro de Reabilitação “Dr. Fausto Cunha de Oliveira” do HC-UFTM.

3. INTRODUÇÃO

3.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O Brasil, atualmente tem adotado a terminologia acidente vascular encefálico (AVE). O termo AVE foi introduzido para ampliar o conceito, uma vez que, nessa condição clínica, pode estar envolvida qualquer estrutura encefálica, e não apenas a parte cerebral. Entretanto, no ano de 1996, na assembleia geral da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV), foi discutida e aprovada a manutenção da terminologia AVC. Essa decisão se baseou na clareza dos termos, aceitação, conhecimento prévio acumulado sobre o assunto e ausência de benefício significativo da troca de nomenclatura. E no ano de 2008, essa decisão foi reconhecida e se mantém até os dias atuais (Gagliardi RJ, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), AVC é uma síndrome clínica, de origem vascular presumida, caracterizada pelo rápido desenvolvimento de sinais focais ou globais decorrentes das alterações das funções cerebrais por mais do que 24 horas ou que leve ao óbito (World Health Association, 1978).

Na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela OMS, o AVC é uma condição de saúde que pode levar a deficiências nas funções e estruturas do corpo, à limitação das atividades e à restrição da participação, resultando em incapacidade, o que pode comprometer a qualidade de vida do indivíduo (Billinger SA, et al, 2014, Stoller O, et al, 2012).

Existem algumas portarias que viabilizaram o manejo com critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, são elas:

1. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012 - aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas “Trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo”. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html
2. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 - dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

3. Portaria nº 800, de 17 de junho de 2015 - Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.htm

É uma síndrome neurológica frequente em adultos, sendo uma das maiores causas de morbi-mortalidade em todo o mundo (GILES, Et.al, 2008). No Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade, ainda é a principal causa de morte. A incidência de AVC dobra a cada década após os 55 anos (RODGERS, H., 2004), ocupando posição de destaque entre a população idosa. A prevalência mundial na população geral é estimada em 0,5% a 0,7% (PEREIRA, U.P., 2001, NICOLETTI, A.,2000, MINELLI, C.,1997).

Hodiernamente é considerado o maior causador de incapacidade crônica e ocasiona as principais causas de morte no mundo (World Health Organization (1978), Feigin, VL et al, 2011, Ammann BC et al, 2014, Billinger SA, et al, 2014, Reimers, AD et al, 2009, Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, Sacco RL et al, 2013).

Estudos têm demonstrado que o risco de AVC é menor em indivíduos ativos e muito ativos, em comparação com os sedentários e levemente ativos (Clinical Guidelines for Stroke Management, 2010, VA/DoD Clinical Practice Guideline For the management of stroke rehabilitation (2010), ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease).

Além de elevada mortalidade, a maioria dos sobreviventes apresenta sequelas, com limitação da atividade física e intelectual e elevado custo social. Esses dados remetem a uma reflexão a respeito do grande impacto que esta enfermidade representa sobre a população (VIANA, A.L.D.,1998).

As síndromes clínicas decorrentes do infarto cerebral dependerão do local, do número e extensão das lesões. Os sinais e sintomas serão compatíveis com as estruturas neurológicas envolvidas, podendo, tais estruturas apresentar comprometimento funcional parcial ou total (BAXTER, 1987).

Estudos evidenciaram que indivíduos pós-AVC, que se submetem ao tratamento com uma equipe multidisciplinar, em centros especializados, o mais precocemente possível, ou seja, em uma fase aguda da doença, apresentam melhor recuperação do quadro (Silva ASD, et al, 2014, Pang MY, et al, 2006, Stoller O,et al, 2012, Quin TJ, et al, 2009, Olney SJ, et al, 2006, Haskell WL, et al, 2007, VA/DoD Clinical Practice Guideline For the management of stroke rehabilitation, 2010).

No ano de 2020, o Ministério da Saúde publicou a “Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral no Adulto” (Brasil, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 52p.:il. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/) Acesso em: 06/07/2024)., com o intuito de ampliar o acesso da população aos serviços de Atenção à Saúde, e tem por objetivos:

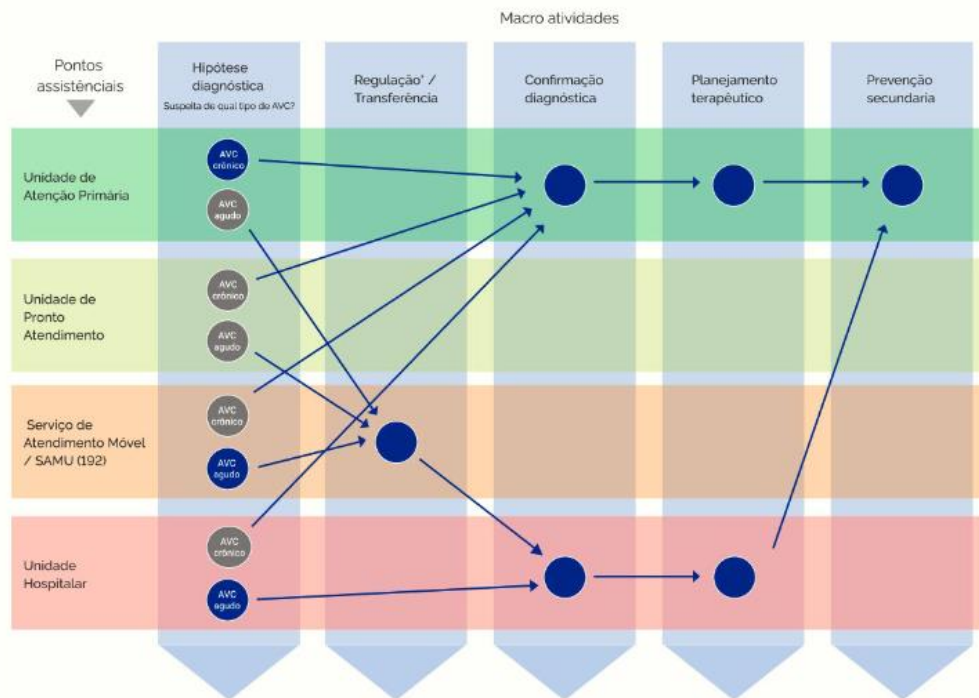
1. Orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e suas necessidades;
2. Demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção; e

3. Estabelecer o "percurso assistencial" ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades.

PROCESSO COMPLETO DA LINHA DE CUIDADO

Legenda:

- Azul: Chegada no **LOCAL IDEAL**
- Cinza: Chegada com possibilidade de **ATRASSO** no planejamento terapêutico



*A regulação será realizada pela Central de Regulação, quando aplicável.

Em pacientes pós-AVC, existe uma relação positiva entre o tempo dedicado à reabilitação, tanto no Centro Especializado, quanto nas atividades proposta com orientação domiciliar. E quanto mais precocemente iniciar o tratamento com a equipe multidisciplinar melhores serão os resultados obtidos (Ammann BC, et al, 2014).

3.2 Linha de Cuidado do AVC

As informações da Linha de Cuidado foram construídas partindo do ponto em que o paciente se encontra para avaliação e definição diagnóstica:

- Pontos de atendimento possíveis:

- » Domicílio, com a primeira avaliação pelo Serviço de Atendimento Móvel - SAMU (192);
- » Unidade de Atenção Primária;
- » Unidade de Pronto Atendimento;
- » Unidade Hospitalar.

- Diagnósticos:

» AVC agudo

1. AVC Isquêmico
 - a) com menos de 4 horas de evolução;
 - b) com mais de 4 horas de evolução;
2. AVC hemorrágico
 - a) hemorragia intraparenquimatosa;
 - b) hemorragia subaracnoidea espontânea;

» AIT (Acidente Isquêmico Transitório)

1. recuperação completa em menos de 1 hora;

» AVC crônico

1. início dos sintomas há mais de 1 mês.

3.3 Reabilitação

Durante a internação hospitalar, já é iniciada a reabilitação do paciente com diagnóstico de AVC, seguindo protocolos assistenciais validados, com o objetivo de incentivar a desospitalização precoce e evitar ou minimizar possíveis complicações decorrentes do evento.

A reabilitação física de pacientes pós-AVC termina aproximadamente em torno de 6 meses após o evento, baseado nas evidências que demonstraram que a recuperação motora ocorra em maior incidência nesse período, recentes estudos demonstraram que a reabilitação agressiva, por meio de exercício aeróbio em pacientes capazes de andar, mesmo depois de decorridos os 6 meses iniciais do evento, pode efetivamente aumentar a capacidade aeróbia e a função sensório-motora desses pacientes (Gordon NF, et al, 2004).

Estima-se que, entre 3 e 6 meses após o AVC, aproximadamente 15-40% dos pacientes são incapazes de andar de maneira independente em casa, e apenas 18% apresentarão habilidade para caminhar de maneira independente (Stoller O, et al, 2012).

É muito importante iniciar a reabilitação na fase aguda, por ser um período de maior neuroplasticidade. Definir grau de reabilitação dependendo do acometimento neurológico e clínico:

1. » Realizar avaliação funcional com aplicação da Escala de Rankin (ver documento “Anexo F” do item 3.4) para auxiliar na definição de cuidados multidisciplinares;
2. » Identificar deficiências motoras;
3. » Negligência visual: identificar problemas de mobilidade e para execução de atividades diárias;
4. » Avaliação da deglutição (risco de pneumonia de aspiração) e fala;
5. » Avaliação e manejo de desnutrição: necessidade de alimentação por sonda;
6. » Se deficiência cognitiva, prover suporte educacional para paciente e família;
7. » Identificar deficiência de memória: problemas que afetam as atividades diárias;
8. » Manejo de espasticidade grave;
9. » Avaliação e manejo de sintomas de depressão e ansiedade pós-AVC;
10. » Planejamento do retorno ao trabalho (terapeuta ocupacional e assistente social).

3.4 Escala de Rankin

Anexo F – Escala de Rankin

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Sem sintomas
1	Nenhuma incapacidade significativa: a despeito dos sintomas, capaz de conduzir todos os deveres e as atividades habituais
2	Leve incapacidade: incapaz de realizar todas as atividades prévias, porém é independente para os cuidados pessoais
3	Incapacidade moderada: requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Incapacidade moderadamente severa: incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência.
5	Deficiência grave: confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

Encaminhamento pós-alta hospitalar de acordo com o grau de incapacidade

ESCORE DO RANKIN			
de 0 a 1	Encaminhamento multidisciplinar		
	Abandono ao tabagismo		
de 2 a 3*	Fisioterapia 3 vezes por semana		
	Fonoaudiologia (se disfagia ou alteração na fala)		
	Abandono do tabagismo		
4* a 5*	Cuidado Domiciliar	Fisioterapia 3 vezes por semana	Enfermagem 1 vez por semana
		Fonoaudiologia (se disfagia ou alteração na fala)	
		Técnico de enfermagem 1 vez por dia	

*Pacientes com Escore de Rankin ≥ 3 devem ser idealmente encaminhados e acompanhados em Centros Especializados de Reabilitação (CER) por equipe multidisciplinar.

Escala de Rankin - Linha de Cuidado AVC. Ministério da Saúde, 2020.

4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os pacientes com avaliação pelo médico neurologista e classificados dentro da Escala de Rankin até 3, serão acompanhados por uma equipe multidisciplinar, mediante encaminhamento médico específico e direcionado a este fim, e terão prioridade na inserção no Programa de Reabilitação, por tratar-se de pacientes com prognóstico promissor ao atendimento precoce.

Os atendimentos ocorrerão conforme agendamento prévio no Centro de Reabilitação, após triagem no mesmo setor pela equipe multiprofissional da Neurologia ambulatorial do Centro de Reabilitação, com início em até 4 semanas após avaliação inicial. Para ter acesso às orientações, o usuário precisará seguir o seguinte fluxo:

- Passar pelo médico assistente para avaliação da necessidade/benefícios;
- Ser encaminhado pelo médico assistente ao Centro de Reabilitação para a equipe de triagem multiprofissional em Neurologia Ambulatorial;

- c) Agendar no guichê do Centro de Reabilitação a consulta com a equipe multiprofissional mediante apresentação do encaminhamento e relatório resumido contendo diagnóstico definitivo, sequelas neurológicas no momento da alta e escala de Rankin no momento da alta (contaremos com 2 vagas/semana pré-reservadas exclusivamente para este fim na triagem);
- d) Comparecer a consulta com a equipe de triagem multiprofissional para avaliação do médico Neurologista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social;
- e) O paciente será direcionado aos atendimentos necessários para a reabilitação.

Os pacientes oriundos da UFTM deverão ser encaminhados com documento impresso de encaminhamento protocolar da UFTM discriminando as necessidades do paciente: fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, por exemplo, adicionado de relatório resumido contendo diagnóstico definitivo, sequelas neurológicas no momento da alta e escala de Rankin no momento da alta.

Os pacientes que durante a avaliação pelo médico neurologista forem classificados com Rankin > 3 e necessitarem de tempo prolongado em reabilitação multiprofissional por apresentarem maiores sequelas em decorrência da injúria, seguirão o fluxo habitual de inserção em programa de reabilitação no Centro de Reabilitação.

5. REFERÊNCIAS

- ACC/AHA 2006 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease). 2006 Mar 21;113(11):e463-654. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174526.
- AMMANN BC, KNOLS RH, BASCHUNG P, DE BIE RA, DE BRUIN ED. Application of principles of exercise training in sub-acute and chronic stroke survivors: a systematic review. BMC Neurology 2014,14:167.
- BAXTER, D. Clinical syndromes associated with stroke. In: Brandstater, M. E.; Basmajian, J.V. Stroke Rehabilitation. Baltimore, Williams & Wilkins, p. 36-54, 1987.
- BILLINGER SA, ARENA R, BERNHARDT J, ENG JJ, FRANKLIN BA, JOHNSON CM, MACKAY-LYONS M, MACKO RF, MEAD GE, ROTH EJ, SHAUGHNESSY M, TANG A, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Clinical Cardiology: Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke 2014, 45(8):2532–2553.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 52p.:il. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/) Acesso em: 06/07/2024.
- FEIGIN, VL, KRISHNAMURTHI R. Stroke Prevention in the Developing World. Stroke 2011; 42:3655-3658.
- GAGLIARDI RJ. Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? Rev Neurocienc 2010;18(2):131-132.
- GORDON NF, GULANICK M, COSTA F, FLETCHER G, FRANKLIN BA, ROTH EJ, SHEPHARD T. Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: An American Heart Association Scientific Statement from the Council on clinical cardiology, subcommittee on exercise, cardiac Rehabilitation, and prevention; the Council on cardiovascular nursing; the council on nutrition, physical activity, and metabolism; and the stroke council. Circulation 2004;109: 2031-2041.

HASKELL WL, LEE I-M, PATE R, POWELL KE, BLAIR SN, FRANKLIN BA, MACERA CA, HEATH GW, THOMPSON PD, BAUMAN A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American college of sports medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in sports & exercise: Special Communications* 2007;1423-1434.

MINELLI, C, FEN LF, MINELLI DP. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil: a population-based prospective study. *Stroke* 2007; 38:2906-11.

National Stroke Foundation. *Clinical Guidelines for Stroke Management*, 2010. Melbourne Australia. ISBN0-978-0-9805933-3.

NICOLETTI. A, SOFIA V, GIUFFRIDA S, BARTOLONI A, BARTALESI F, BARTOLO ML, ET AL. Prevalence of stroke: a door-to-door survey in rural Bolívia. *Stroke* 2000; 31:882-5.

NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. *A Neurologia Que Todo Médico Deve Saber*. São Paulo: Atheneu; 2003.

OLNEY SJ, NYMARK J, BROUWER B, CULHAM E, DAY A, HEARD J, HENDERSON M, PARVATANENI K. A randomized controlled trial of supervised versus unsupervised exercise programs for ambulatory stroke survivors. *Stroke*. 2006;37:476-481

PANG MY, ENG JJ, DAWSON AS, GYLFADOTTIR S. The use of aerobic exercise training in improving aerobic capacity in individuals with stroke: a meta-analysis. *Clin Rehabil* 2006, 20(2):97–111.

PEREIRA, UP, ANDRADE FILHO AS. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2001.

Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012 - aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html

Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 - dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

Portaria nº 800, de 17 de junho de 2015 - Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.htm

QUIN TJ, PAOLUCCI S, SUNNERHAGEN KS, SIVENIUS J, WALKER MF, LESS KR. European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Evidence-based stroke rehabilitation: an expanded guidance document from the european stroke organization (ECO) guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *J Rehabil Med* 2009; 41:99-111.

REIMERS, AD, KNAPP, G, REIMERS, AK. Exercise as Stroke Prophylaxis: Review Article. *Deutsches Arzteblatt International* 2009;106(44):715-21.

SACCO RL, KASNER SE, BRODERICK JP, CAPLAN LR, CONNORS JJB, CULEBRAS A, ELKIND MSV, GEORGE MG, HAMDAN AD, HIGASHIDA RT, HOH BL, JANIS LS, KASE CS, KLEINDORFER DO, LEE JM, MOSELEY ME, PETERSON ED, TURAN TN, VALDERRAMA AL, VINTERS HV. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *Stroke*. 2013; 44:2064-2089.

SILVA ASD, LIMA AP, CARDOSO FB. A relação benéfica entre o exercício físico e a fisiopatologia do acidente vascular cerebral. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, São Paulo. v.8. n.43. p.88-89. Jan/Fev. 2014. ISSN 1981-9900.

STOLLER O, DE BRUIN ED, KNOLS RH, HUNT KJ. Effects of cardiovascular exercise early after stroke: systematic review and meta-analysis. BMC Neurol 2012; 22; 12:45.

VIANA, ALD, DAL POZ MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis (Rio J.) 1998; 8:11-48.

VA/DoD Clinical Practice Guideline For the management of stroke rehabilitation. Department of Veterans Affairs, Department of Defense, American Heart Association/American Stroke Association. Guideline Working Group. The Management of stroke rehabilitation, version 3.0, 2010.

World Health Organization (1978), cerebrovascular disorders: a clinical and research classification, Geneva: WHO. Offset Publication, N.43.

6. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	19/9/2024	Elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP) com os Critérios de Prioridade de Inclusão de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral em Programa de Reabilitação Ambulatorial

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração e/ou revisão - versão 1 – data: 8/8/2024

Ana Carolina Ribeiro Terra, Cristina Ruiz, Cláudia Pimenta de Freitas Multini, Dirce Emília Cruz Souza, Renata de Melo Batista, Karen Karoline Silva, Natália Londe Moura, Dinorah Maria de Almeida e Borges, Lidiane Silveira dos Santos Plácido, Cleomilda Assunção da Silva, Assistente Social; Unidade Multiprofissional
Robson Sarmiento Teodoro, Unidade do Sistema Nervoso

Revisão interna

Renata de Melo Batista, Unidade Multiprofissional

Validação – Data: 11/9/2024

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Registro, análise e revisão final – Data: 19/9/2024

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Aprovação – Data: 16/9/2024

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado