

# **Boletim de Serviço**

Nº 174, 06 de março de 2018.

**Hospital  
Universitário  
Maria Aparecida  
Pedrossian**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN**  
Avenida Senador Filinto Muller, 355  
Cidade Universitária Vila Ipiranga/ CEP: 79080-190 | Campo Grande-MS |  
Telefone: (67) 3345-3000 | Site: [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)

**JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO**  
Ministro de Estado da Educação

**KLEBER DE MELO MORAIS**  
Presidente

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**  
Superintendente do HUMAP

**DARIO CÉSAR BRUM ARGUELLO**  
Gerente Administrativo – *em exercício*

**ANDRÉA DE SIQUEIRA CAMPOS LINDENBERG**  
Gerente de Atenção à Saúde

**MARIA DE FÁTIMA MEINBERG CHEADE**  
Gerente de Ensino e Pesquisa

## SUMÁRIO

Superintendência.....	04
Portarias.....	06
Portaria n. 49 de 28 de fevereiro de 2018.....	06
Portaria n. 50 de 05 de março de 2018.....	06
Portaria n. 51 de 05 de março de 2018.....	08
Portaria n. 52 de 05 de março de 2018.....	08
Portaria n. 53 de 05 de março de 2018.....	09
Portaria n. 54 de 05 de março de 2018.....	10
Portaria n. 55 de 05 de março de 2018.....	11
Portaria n. 56 de 06 de março de 2018.....	11
Resolução n. 7 de 01 de março de 2018.....	12
Resolução n. 8 de 01 de março de 2018.....	43
Portaria n. 14 da Divisão de Gestão de Pessoas de 28 de fevereiro de 2018.....	46
Portaria n. 15 da Divisão de Gestão de Pessoas de 28 de fevereiro de 2018.....	47
Portaria n. 16 da Divisão de Gestão de Pessoas de 28 de fevereiro de 2018.....	47

**SUPERINTENDÊNCIA**

**Processo nº 23538.001066/2017-19**

**PORTARIA DE PRORROGAÇÃO – INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR**

**PORTARIA nº 49, de 28 de fevereiro de 2018.**

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

**RESOLVE:**

Art. 1º Prorrogar, por 30 (trinta) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos do Comissário, designado pela Portaria nº 249, de 04 de outubro de 2017, publicada no Boletim de Serviço nº 147, de 16 de outubro de 2017, referente ao Processo nº 23538.001066/2017-19, ante as razões apresentadas através do memorando de nº 14.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a contar da data de 28 de fevereiro até 29 de março de 2018.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Portaria nº 50 , de 05 de março de 2018.**

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, conforme Portaria SEI nº 05, de 02 de outubro de 2017, no Boletim de Serviço n. 318 de 02/10/2017, no uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO** que a **Comissão de Descarte de Materiais Inativos do Almoxarifado do HUMAP-UFMS** é de suma importância e esteja em permanente funcionamento;

**CONSIDERANDO** o Memorando nº 30/2018 – GERÊNCIA ADMINISTRATIVA/HUMAP-UFMS;

**RESOLVE:**

**Art.1º CONSTITUIR** a Comissão de Descarte de Materiais Inativos do Almoxarifado no âmbito do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da UFMS, integrada por:

**Membros Executores:**

Nathalie Araújo da Rocha Viega	SIAPE: 2275233.
José Lauro Camargo de Oliveira	SIAPE: 2232269.
Tatiana Pires de Souza	SIAPE: 2241510.
Ícaro Santana Ortiz	SIAPE: 2275261.
Maurício das Neves	SIAPE: 2188772.
Ellen Souza Ribeiro	SIAPE: 22441376.

**Art.2º** Compete aos membros da Comissão de Descarte de Materiais Inativos do Almoxarifado:

I – Estar presente em todas as reuniões marcadas com antecedência mínima de 48 horas;

II – Prestar as informações sempre baseadas nas melhores práticas da profissão, considerando inclusive as recomendações relativas aos órgãos de controle;

III – Captar junto aos serviços assistenciais todas as informações necessárias para realizar o devido descarte de Materiais Inativos do Almoxarifado;

IV – Assinar as atas de reuniões que estiver presente;

V – Emitir parecer final quanto aos itens que devem ser descartados do estoque do almoxarifado, e as devidas justificativas para o descarte.

**Art. 3º** Esta Portaria entra em vigor a partir da data da publicação.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Portaria nº 51, de 05 de março de 2018**

O Superintendente do **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN-HUMAP**, unidade da **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL-UFMS**, e filial da **EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES-EBSERH**, no uso de suas atribuições legais, conforme portaria nº Portaria SEI n. 5, de 02-10-2017, publicada no Boletim de Serviço EBSERH nº 318 de 02-10-2017, e considerando a Portaria nº 125, de 11 de dezembro de 2012, e tendo em vista o Regulamento de Pessoal e a Norma Disciplinar da Ebserh, bem como o regime jurídico único dos servidores públicos (Lei 8.112/1990) e o Código de Ética do Servidor Público (Decreto nº 1171, de 22 de junho de 1994);

CONSIDERANDO as normas vigentes para a instauração de Tomada de Contas Especial – TCE nos casos em que ocorrerem extravio ou outra irregularidade com danos ao Erário e que o processo administrativo de recuperação não alcance o sucesso na elisão do dano;

CONSIDERANDO a Portaria nº 314, de 06 de dezembro de 2017, publicada no Boletim de Serviço nº 156, de 07 de dezembro de 2017;

CONSIDERANDO o MEMORANDO-TCE nº 004/2018, datado de 21 de fevereiro de 2018,

**RESOLVE:**

Art. 1º Prorrogar por 60 (sessenta) dias o prazo de conclusão dos trabalhos da Comissão TCE, Processo nº 23538.000830/2016-40, a contar de 07/03/2018 até o dia 05/05/2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de publicação.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Processo nº 23538.000509/2017-46**

**PORTARIA DE PRORROGAÇÃO – INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR**

**PORTARIA nº 52, de 05 de março de 2018.**

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art. 13 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

**RESOLVE:**

Art. 1º Prorrogar, por 30 (trinta) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos da Comissão, designada pela Portaria de recondução nº 28, de 05 de fevereiro de 2018, publicada no Boletim de Serviço nº 169, de 06 de fevereiro de 2018, referente ao Processo nº 23538.000509/2017-46, ante as razões apresentadas em documento datado de 01 de março de 2018, a contar de 08/03/2018 até o dia 06/04/2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de publicação.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Processo nº 23538.001211/2017-53**

**PORTARIA DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO – PAS**

**PORTARIA nº 53, de 05 março de 2018.**

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art.16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

**RESOLVE:**

Art. 1º Prorrogar, por 45 (quarenta e cinco) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos da comissão de Processo Administrativo Sancionador, designado pela Portaria nº 308, de 04 de dezembro de 2017, publicada no Boletim de Serviço nº 156, de 07 de dezembro de 2017, referente ao Processo nº 23538.001211/2017-53, ante as razões

apresentadas no Memorando nº 03/2018, de 28 de fevereiro de 2018, a contar de 08/03/2018 até o dia 21/04/2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Processo nº 23538.001222/2017-33**

**PORTARIA DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO – PAS**

**PORTARIA nº 54, de 05 de março de 2018.**

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art.16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

**RESOLVE:**

Art. 1º Prorrogar, por 45 (quarenta e cinco) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos da comissão de Processo Administrativo Sancionador, designado pela Portaria nº 307, de 04 de dezembro de 2017, publicada no Boletim de Serviço nº 156, de 07 de dezembro de 2017, referente ao Processo nº 23538.001222/2017-33, ante as razões apresentadas na Solicitação de Prorrogação de Prazo com data de 09/02/2018, a contar de 08/03/2018 até o dia 21/04/2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de publicação.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Processo nº 23538.000918/2017-42**

**PORTARIA DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO – PAS**

**PORTARIA nº 55, de 05 de março de 2018.**

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art.16 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

**RESOLVE:**

Art. 1º Prorrogar, por 45 (quarenta e cinco) dias, o prazo de conclusão dos trabalhos da comissão de Processo Administrativo Sancionador, designado pela Portaria nº 275, de 08 de novembro de 2017, publicada no Boletim de Serviço nº 150, de 09 de novembro de 2017, referente ao Processo nº 23538.000918/2017-42, ante as razões apresentadas no Memorando nº 039/2017, de 27 de fevereiro de 2018, a contar de 11/03/2018 até o dia 24/04/2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de publicação.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Processo nº 23538.000089/2018-89**

**PORTARIA DE SUSPENSÃO – PAS**

**PORTARIA nº 56, de 06 de março de 2018.**

O **SUPERINTENDENTE**, no uso da competência que lhe confere o art. 136 da Norma Operacional de Controle Disciplinar da Ebserh,

**RESOLVE:**

Art. 1º Suspender, temporariamente, o prazo de conclusão dos trabalhos da Comissão, designado pela Portaria nº 40, publicada no Boletim de Serviço nº 172, de 22 de fevereiro de 2018, referente ao Processo nº 23538.000089/2018-89, ante as razões apresentadas no Memorando nº 03/2018, de 06 de março de 2018.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de publicação.

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**

**Resolução nº 07, de 01 de março de 2018.**

O Colegiado Executivo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial EBSERH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, artigo 6º da lei 12550 de 15 de dezembro de 2011 e artigos 60, 61 e 62 do Regimento Interno da EBSERH, em reunião realizada em 23/02/2018, RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a divulgação da 4ª edição do Guia de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica revisado e atualizado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HUMAP-UFMS, na forma do anexo a esta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

**CLAUDIO CESAR DA SILVA**

**GUIA DE ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA**

**Protocolo Institucional**

**4ª Edição**

**2018-2019**

**ELABORAÇÃO:**

**SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)**

**Campo Grande, MS**

**2018-2019**

**4ª Edição**

**CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA**  
Superintendente

**DARIO CESAR BRUM ARGUELLO**  
Gerente Administrativo (em exercício)

**ANDRÉA DE SIQUEIRA CAMPOS LINDENBERG**  
Gerente de Atenção à Saúde

**MARIA DE FÁTIMA MEINBERG CHEADE**  
Gerente de Ensino e Pesquisa

**ANGELITA FERNANDES DRUZIAN**  
Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

**MINORU GERMAN HIGA JÚNIOR**  
PRESIDENTE CCIH/COORDENADOR SCIH (em exercício)

## **SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIH)**

**Minoru German Higa Junior<sup>1</sup>**  
**Maiquel da Silva Paz<sup>1</sup>**  
**Pricila Elizabete Procopiou<sup>2</sup>**  
**Ellen Souza Ribeiro<sup>2</sup>**  
**Liége Kapteinat Ramos<sup>2</sup>**  
**Marcia Cristina Rezende Okumoto<sup>2</sup>**  
**Mônia Alves Mendes de Souza<sup>2</sup>**  
**Vanessa Martins<sup>3</sup>**  
**Elza Nunes da Costa<sup>4</sup>**  
**Janefer Ribeiro<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Médicos Infectologistas

<sup>2</sup>Enfermeiras

<sup>3</sup>Técnica de Enfermagem

<sup>4</sup>Auxiliar de Enfermagem

<sup>5</sup>Apoio Administrativo

## **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM INFECTOLOGIA**

**Lorena Castoldi Tavares<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Médica Residente em Infectologia

## **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)**

**Av. Filinto Muller, 355. Vila Ipiranga. CEP 79080-190 Telefone: (067)3345-3200**

**Campo Grande, MS**

**E-mail: [ccih@nhu.ufms.br](mailto:ccih@nhu.ufms.br)**

## **GUIA DE PROFILAXIA ANTIMICROBIANA EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**

### **OBJETIVO**

---

O OBJETIVO É A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO. NÃO PREVINE OUTRAS INFECÇÕES. A EFICÁCIA É LIMITADA, PORTANTO NÃO SUBSTITUI OUTRAS MEDIDAS DA CIRURGIA SEGURA E NEM DIMINUI O RISCO EM CASOS DE QUEBRA DE TÉCNICA.

### **TEMPO DO INÍCIO DA INFUSÃO DO ANTIMICROBIANO PROFILÁTICO**

---

A PRIMEIRA DOSE DEVE SER ADMINISTRADA EM APROXIMADAMENTE 60 MINUTOS ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA,

EXCETO SE NECESSÁRIO O USO DA VANCOMICINA OU FLUORQUINOLONAS QUE DEVEM SER INICIADAS 120 MINUTOS ANTES.

### **DOSE NO INTRAOPERATÓRIO**

---

DEVE SER PRESCRITA DE ACORDO COM MEIA VIDA DO FÁRMACO QUANDO A CIRURGIA É PROLONGADA E EXCEDE DUAS MEIAS-VIDAS DO ANTIMICROBIANO ESCOLHIDO. EXEMPLO:

- SE MEIA VIDA MENOR QUE 1 HORA COMO NO CASO DA CEFALOTINA OU CEFOXITINA RECOMENDA-SE A ADMINISTRAÇÃO A CADA 2 HORAS.

- SE MEIA VIDA MAIOR QUE 1 HORA, COMO CEFAZOLINA E A CEFUROXIMA, RECOMENDA-SE ADMINISTRAR A CADA 4 HORAS.

ALÉM DE SER NECESSÁRIO CONSIDERAR O TEMPO CIRÚRGICO E MEIA VIDA DA DROGA, AVALIAR TAMBÉM A NECESSIDADE DE REPETIR A DOSE INICIAL (REPIQUE) EM CIRURGIAS EM GRANDES QUEIMADOS, SE PERDA SANGUÍNEA > 1500 ML OU > 20 ML/KG EM CRIANÇAS.

### **PÓS-OPERATÓRIO**

---

EM ALGUMAS CIRURGIAS, É INDICADO TAMBÉM NO PERÍODO PÓS OPERATÓRIO. QUANDO INDICADO, DEVE SER MANTIDA POR NO MÁXIMO 24 HORAS (TABELA ABAIXO) E EM CIRURGIAS CARDÍACAS, PODE SER PRESCRITO POR NO MÁXIMO 24 À 48 HORAS, INDEPENDENTE DA MANUTENÇÃO DE CATETER E DRENOS.

SE INDICAÇÃO APENAS DA DOSE INICIAL, AVALIAR NECESSIDADE NO INTRAOPERATÓRIO E NÃO PRESCREVER APÓS O TÉRMINO DA CIRURGIA. SE EVIDÊNCIA DE DOSE ÚNICA EFICAZ PREFERIR ESTA ÚLTIMA – DETALHES NAS TABELAS ABAIXO.

### **QUAL O ANTIMICROBINO DEVE SER ESCOLHIDO?**

---

O MENOS TÓXICO, O MAIS BARATO, O QUE INDUZA MENOR RESISTÊNCIA BACTERIANA, O QUE TENHA PENETRAÇÃO NO SÍTIO CIRÚRGICO E QUE TENHA ESPECTRO DE AÇÃO AOS MICRORGANISMOS MAIS PREVALENTES. VÁRIOS ANTIMICROBIANOS PODEM SER PRESCRITOS, PORÉM, É RECOMENDADO CADA INSTITUIÇÃO TER UM

PROTOCOLO REALIZADO COM A AVALIAÇÃO DESSES QUESITOS E SEU SEGUIMENTO.

### **QUANDO USAR VANCOMICINA**

---

PARA PACIENTES PREVIAMENTE COLONIZADOS POR MRSA, PACIENTES EM HEMODIÁLISE, PACIENTES PROVENIENTES DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANENCIA OU INTERNAÇÕES RECENTES.

### **INDICAÇÃO DA ANTIBIOTICOPROFILAXIA**

---

DEPENDE DA CLASSIFICAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA, SENDO JUSTIFICADA PARA A MAIORIA DOS PROCEDIMENTOS CONTAMINADOS OU POTENCIALMENTE CONTAMINADOS. USUALMENTE, NÃO RECOMENDADA À PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA LIMPA.

- **PROCEDIMENTOS LIMPOS:** SÃO OS QUE NÃO POSSUEM EVIDÊNCIA DE INFLAMAÇÃO NO LOCAL E SEM ABORDAGEM DO TRATO RESPIRATÓRIO, DIGESTIVO OU GENITURINÁRIO. NÃO HÁ QUEBRA DE TÉCNICA ASSÉPTICA. CONSIDERAM-SE LIMPAS AS CIRURGIAS REALIZADAS NA EPIDERME, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, SISTEMAS MUSCULOESQUELÉTICO. A PROBABILIDADE DE INFECÇÃO É BAIXA, EM TORNO DE 1-5%. GERALMENTE NÃO É NECESSÁRIA A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA, EXCETO NAS QUE POSSAM TER CONSEQUÊNCIAS GRAVES CASO OCORRAM, COMO NO CASO DE CIRURGIAS DE SUBSTITUIÇÃO ARTICULAR, DE ENXERTO, PRÓTESES, CRANIOTOMIA E CIRURGIAS CARDÍACAS.

- **PROCEDIMENTOS POTENCIALMENTE CONTAMINADOS:** QUANDO HÁ ABORDAGEM DAS VIAS RESPIRATÓRIAS, TRATO GASTROINTESTINAL, GENITURINÁRIO OU PRODUZIDO ACIDENTALMENTE COM ARMA BRANCA E COM TEMPO INFERIOR A 6 HORAS ENTRE O TRAUMA E O ATENDIMENTO. É ABORDADO TECIDO COLONIZADO POR FLORA MICROBIANA POUCO NUMEROSA, EM TECIDOS CAVITÁRIOS COM COMUNICAÇÃO COM O MEIO EXTERNO OU DE DIFÍCIL DESCONTAMINAÇÃO, NA AUSÊNCIA DE PROCESSO INFECCIOSO LOCAL. CONSIDERAM-SE POTENCIALMENTE CONTAMINADAS AS CIRURGIAS REALIZADAS NOS TRATOS GASTROINTESTINAL (EXCETO CÓLON), RESPIRATÓRIO SUPERIOR E INFERIOR, GENITURINÁRIO, CIRURGIAS OCULARES E DE VIAS BILIARES. A TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO É EM TORNO DE 3 A 11%.

- **PROCEDIMENTOS CONTAMINADOS:** SÃO OS QUE POSSUEM INFLAMAÇÃO AGUDA, COM COLEÇÕES PURULENTAS, OU COM CONTAMINAÇÃO VISÍVEL NA FERIDA, COMO GRANDE TRANSBORDAMENTO DE SUBSTÂNCIAS A PARTIR DE UMA VÍSCERA OCA OU LESÕES. SÃO AS REALIZADAS EM TECIDOS COLONIZADOS POR FLORA MICROBIANA ABUNDANTE, DE DIFÍCIL DESCONTAMINAÇÃO E AUSÊNCIA DE PROCESSO INFECCIOSO LOCAL. CONSIDERAM-SE CONTAMINADAS AS CIRURGIAS REALIZADAS NO

CÓLON, RETO E ÂNUS, EM TECIDO COM LESÕES CRUENTAS E CIRURGIAS DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO ABERTO. A TAXA DE INFECÇÃO SÍTIO CIRÚRGICO É EM TORNO DE 10 A 17%.

- **PROCEDIMENTOS INFECTADOS:** SÃO AS REALIZADAS EM QUALQUER TECIDO COM PROCESSO INFECCIOSO NO LOCAL. NESTE CASO É PRESCRITO ANTIBIÓTICO COM CUNHO TERAPÊUTICO E NÃO PROFILÁTICO.

### DEFINIÇÃO IMPORTANTE

- **PROFILAXIA ANTIMICROBIANA:** PACIENTE AINDA NÃO APRESENTA INFECÇÃO E O OBJETIVO É EVITAR. PRESCRITA 60 MINUTOS ANTES DA CIRURGIA, SE NECESSÁRIO NO INTRAOPERATÓRIO E NO PÓS OPERATÓRIO QUANDO INDICADA E NO MÁXIMO POR 24 HORAS.

- **TRATAMENTO:** PACIENTE DEVE SER TRATADO COM O ANTIMICROBIANO IDEAL PARA CADA CASO E, SE NECESSÁRIO, ABORDAGEM CIRÚRGICA ASSOCIADA. NÃO É NECESSÁRIO O USO ASSOCIADO DO ANTIMICROBIANO PROFILÁTICO. SE O PACIENTE ESTIVER EM TRATAMENTO ANTIMICROBIANO, NÃO É NECESSÁRIO FAZER A PROFILAXIA, MANTER A TERAPEUTICA PRESCRITA.

### DOSES DOS FÁRMACOS

Fármaco	Início/indução	Intraoperatório de acordo com a meia vida do fármaco	No pós operatório Se for indicado
Cefazolina	2 g EV; se >120 kg 3 g	4/4 horas	1 g 8/8 horas
Cefuroxima	1,5 g EV	750 mg 4/4 horas	750 mg 8/8 horas
Cefoxitina	2g EV; se obeso 3 g	1 g 2/2 horas	1 g 6/6 horas
Vancomicina Se < 90 kg	15 mg kg – máx. 2 g - 1 g EV	Não se aplica	Dose única ou 12/12 horas até 24 horas

<b>Se &gt; 90 kg</b>	- 1,5 g EV		
<b>Metronidazol</b>	500 mg EV	6/6 horas	500 mg 8/8 horas
<b>Clindamicina</b>	600-900 mg EV	6/6 horas	900 mg 8/8 horas
<b>Gentamicina</b>	5 mg/kg peso real Não se aplica Se > 20% do peso ideal: usar o peso ideal para o cálculo Se clearance < 20 ml ou dialítico - 2 mg/kg		
<b>Norfloxacino</b>	400 mg VO	Não se aplica	400 mg 12/12 h
<b>Ciprofloxacino</b>	500 mg VO ou 400 mg EV	Não se aplica	12/12 horas

UROLOGIA		ANTIMICROBIANO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
Cirurgias limpas: orquiectomia sem prótese, postectomia, vasectomia, varicoceletomia		indicado	Não	
	Biopsia transretal prostática	<b>Cefazolina</b>	Ciprofloxacino ou Sulfametoxazol - trimetoprim (800-160 mg) 12 horas antes da cirurgia e outra dose 2 horas antes. Se uso prévio de quinolona (< 3 meses), associar ceftriaxona.	Até 24 horas
- braquiterapia prostática transperineal	<b>Cefazolina</b>	Ciprofloxacino ou gentamicina	ou	Até 24 horas
Orquiectomia com colocação de prótese				
Prostatectomia aberta ou				

<p>transureteral ou ressecção bexiga</p>	
<p>Cirurgia endourológica ambulatorial – colocação ou troca de stent, ureteroscopia diagnóstica ou terapêutica</p>	<p><b>Cefazolina</b> Ciprofloxacino ou Dose única se uso recente, guiar (dose inicial) pela urocultura ou Sulfametoxazol - trimetoprim (800-160 mg) em dose única.</p>
<p>Cistoscopia, ureteroscopia e pielografia retrógrada simples de alto risco</p>	<p><b>Cefazolina</b> Ciprofloxacino ou Dose única (dose inicial) gentamicina</p>
<p>Estudos urodinâmicos de alto risco</p>	<p>Norfloxacino 400 mg via oral Até 24 horas</p>
<p>Litotripsia extracorpórea</p>	<p><b>Cefazolina</b> Ampicilina 2 g via Dose única oral ou (dose inicial) Gentamicina dose única</p>
<p>Nefrolitotomia percutânea –</p>	<p><b>Urocultura prévia ao procedimento</b> Manter o antimicrobiano até retirada da - negativa: nefrostomia.</p>

<p>Coletar cultura da urina da pelve renal e do cálculo em tubo estéril e com algumas gotas para não ressecar a amostra, porém, não imergir completamente.</p>	<p>cefazolina, ceftriaxona ou gentamicina</p> <p><b>Urocultura positiva previa ao procedimento:</b> Manter norfloxacino 400 mg por dia ou nitrofurantoina 100 mg por dia ou conforme cultura e antibiograma por 6 meses em pacientes livres de calculo ou com fragmento residual mínimo. Se candidatos a reoperação tardia manter sem antibiótico.</p>
<p>Nefrectomia</p>	<p><b>Cefazolina</b> Clindamicina Até 24 horas</p>
<p>Nefrectomia infectada – tratamento</p>	<p>Orientada pela urocultura ou ceftriaxona 1 g 12/12 horas 7 dias</p>
<p>Peniana ou outras próteses</p>	<p><b>Cefuroxima</b> Cefazolina + gentamicina Até 24 horas</p> <p>Clindamicina + gentamicina</p>
<p>Cirurgias com manipulação do intestino</p>	<p><b>Cefoxitina</b> Até 24 horas</p>

CARDIOLOGIA	ANTIMICROBIA NO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
<p>Transplante cardíaco, revascularização do miocárdio, esternotomia mediana, procedimento de inserção de dispositivo cardíaco ex.: implante de marcapasso ou troca de componente, colocação de dispositivo de assistência ventricular ou troca de componente - se por vídeo: indicação semelhante às cirurgias convencionais</p>	<p>Cefuroxima</p>	<p>Clindamicina ou Vancomicina</p>	<p>Se inserção de dispositivo cardíaco indica-se dose única</p> <p>Demais: 24horas. No máximo 48 horas</p>
<p>Sabidamente colonizados por MRSA, moradores de casa se cuidados, frequentadores de hemodiálise,</p>	<p>Cefuroxima + Vancomicina</p>		<p>24horas No máximo 48 horas</p>

hospitalização prolongada, recente antimicrobianos (<30 dias)	
---	--

VASCULAR	ANTIMICROBIA NO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
- Cirurgia arterial envolvendo próteses, aorta abdominal, incisão em região inguinal - Enxerto com veia autóloga sem lesão trófica infectada, enxertos com prótese vascular sem lesão trófica infectada  Embolectomia de alto risco: extensas, em membros inferiores, com alteração neurológica  Amputação gangrena seca Fistula Arteriovenosa com	Cefazolina	Vancomicina  ou  Clindamicina	Até 24 horas          Se fístula Arterio-venosa: dose única – dose inicial



de longa permanência - fístula arteriovenosa sem prótese	
--	--

CIRURGIA TORÁCICA	ANTIMICROBI ANO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
- Cirurgia redutora enfisema			
- Ressecção pulmonar: (Nodulesctomia , segmentectomia e Lobectomia)			
- Correção de pectus			
- Toracotomia			
- Cirurgia vídeotoracoscopia			
- Hérnia /eventração diafragmática		Clindamicin	
- Decorticação pulmonar		a	
- Pericardiectomia	Cefazolina		Máximo de 24 horas
- Pleuroscopia terapêutica		ou	
- Toracotomia para acesso a coluna		Vancomicin	
- Tromboendarterectomia pulmonar		a	
- Ressecção de condricte			
- Ressecção de estenose de traqueia			
- Ressecção de tumor pleural			

<p>toracectomia (tumor de parede)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correção de pectus</li> <li>- Tumor pleural</li> <li>- Tumor de parede</li> <li>- Toracoplastia</li> </ul> <p>Biópsia transtorácica de gânglio, de pleura, pulmonar a céu aberto ou tumores de parede, broncoscopia rígida e flexível, costectomia segmentar, drenagem pleural não empiema, traqueostomia, mediastinoscopia, mediastinotomia, pleuroscopia diagnóstica, toracocentese diagnóstica drenagem pleural não empiema, laringoscopia de suspensão, mediastinoscopia ou mediastinotomia, pleuroscopia diagnóstica, toracocentese diagnóstica, traqueostomia</p>	<p>NÃO RECOMENDADA</p>
--	------------------------

NEUROCIRURGIA	ANTIMICROBIANO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
Craniotomia, DVE,	Cefazolina	Cefuroxima	Dose única (dose

DVP, implantação bombaintratecal e Laminectomia e demais cirurgias	DLE, de		ou Clindamicina ou vancomicina	inicial)
Procedimentos de acesso transesfenoidal	de	Cefazolina		Máximo de 24 horas
Fístula líquórica e pneumoencefalo pós trauma – eficácia não estabelecida	e pós	Cefuroxima ou cefazolina	ou	5 dias Contraindicado uso continuado de antimicrobiano se fistula > 5-7 dias

ORTOPEDIA	ANTIMICROBIANO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
Cirurgia limpa de mão, joelho ou pé e artroscopia, sem envolvimento de próteses			NÃO RECOMENDADA
GERAL (Procedimento coluna espinal com ou sem implante, Reparação de	Cefazolina	ou Vancomicina	Máximo de 24 horas

fratura de quadril com ou sem prótese, Fixação interna, Implante articular, Laminectomia Procedimento discal		Clindamicina	
	Artroplastia primária	Cefuroxima	Máximo de 24 horas
Revisão de artroplastia	Cefuroxima	Manter 5 dias e a profilaxia – se reavaliação das drogas após resultado da cultura e aspecto intra-operatório.	Máximo de 24 horas de tratamento guiar de acordo com culturas coletadas

CIRURGIA GERAL	ANTIMICROBIA NO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
Esôfago: incisão mucosa	Cefoxitina		Máximo de 24 horas
Esôfago – oncológica	Cefazolina+ metronidazol		Máximo de 24 horas

<p><b>Procedimento que envolva lúmen do trato gastrointestinal, by-pass gástrico, pancreatoduodenectomia</b>  <b>- cirurgia bariátrica com ou sem manipulação de alça intestinal</b>  <b>- paciente de alto risco que farão cirurgia que não envolva lúmen gastrointestinal ex.: vagotomia seletiva, cirurgia antirefluxo</b></p>	<p>Cefazolina</p> <p>Clindamicina + gentamicina</p> <p>ou</p> <p>Vancomicina + gentamicina</p> <p>Dose única (dose inicial)</p>
<p><b>Trato biliar ou videolaparoscopia em pacientes de alto risco (alto risco: colangiografia intra operatória, vazamento de bile, conversão para aberta, pancreatite, colecistite aguda, icterícia, gravidez, imunossupressão, inserção de prótese)</b></p>	<p>Cefazolina</p> <p>Cefoxitina+ Gentamicina</p> <p>ou</p> <p>Máximo de 24 horas</p> <p>Clindamicina+ Gentamicina</p> <p>ou</p> <p>Vancomicina+ Gentamicina</p>
<p><b>Trato biliar – procedimento laparoscopia</b></p>	<p>SE BAIXO RISCO, NÃO RECOMENDADA</p>

<b>Pancreática sem abertura do trato gastrointestinal</b>	<b>NÃO RECOMENDADA</b>		
<b>Pancreática com abertura do trato gastrointesntinal</b>	Cefazolina		Máximo de 24 horas
<b><u>Hepatectomia</u> –</b>			
<b><u>Hepatocarcinoma ou meta hepática</u></b>	Cefazolina + metronidazol		Máximo de 24 horas
<b><u>Hepatectomia</u> –</b>			
<b><u>Colangiocarcinoma orientar pela cultura de bile pré-operatória</u></b>	Ceftriaxona+ metronidazol		TRATAMENTO
<b>Apendicectomia</b>			
<b>Se complicada ou perfurada, tratar como peritonite secundária</b>	Cefoxitina	Cefazolina + metronidazol ou Clindamicina +gentamicina	Dose única (dose inicial)
<b>Cirurgia de reparação de hérnia – HERNIOPLASTIA QUANTO HERNIORRAFIA</b>	Cefazolina	Clindamicina	Dose única (dose inicial)
<b>Pequenas cirurgias intestinais – sem obstrução TGI</b>	Cefazolina		Máximo de 24 horas

Pequenas cirurgias intestinais – com obstrução TGI	Cefazolina	Cefoxitina	Máximo de 24 horas
		Eritromicina + metronidazol	Dose única (dose inicial)
Cirurgia colorretal <u>PREPARO MECANICO: OPICIONAL</u> <u>Descontaminação oral com neomicina+ metronidazol 500 mg as 13, 14 e 23 horas da véspera da cirurgia</u>	Cefazolina+ metronidazol	Ampicilina + sulbactam	ou máximo 24 h – estudos sem diferença – ainda
		Clindamicina + gentamicina	não é consenso.
		Metronidazol + gentamicina	

GINECOLOGIA	ANTIMICROBIANO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
Laparoscopia (diagnóstica, esterilização tuba)			
Outros procedimentos transcervical como histeroscopia tanto diagnostica quanto cirúrgica			

<p><b>Inserção de dispositivo intrauterino</b></p> <p><b>Biopsia endometrial</b></p> <p><b>Parto vaginal</b></p>	<p><b>NÃO RECOMENDADA</b></p>	
<p><b>Cesária ou parto vaginal com uso de fórceps</b></p>	<p>Cefazolina</p>	<p>Clindamicina Dose única ou vancomicina (dose inicial) + gentamicina</p> <p>ou</p> <p>Metronidazol+ gentamicina</p>
<p><b>Histerectomia vaginal ou abdominal, laparoscopia, cirurgias uroginecológicas (uretrocistopexia), cistocele, retocele, inclusive as com colocação de telas ooforectomia</b></p>	<p>Cefazolina ou cefotaxima</p>	<p>Clindamicina Dose única ou vancomicina (dose inicial) + gentamicina</p>
<p><b>Histerectosalpingografia ou cromotubação</b></p>	<p>Doxiciclina 100 mg 12/12 horas por 5 dias</p>	<p>Obs. Está indicada para pacientes com histórico de doença inflamatória pélvica ou se o procedimento demonstra dilatação das trompas de falópio.</p> <p>Para pacientes sem tubas dilatadas a profilaxia não é recomendada.</p>
<p><b>Aborto cirúrgico - curetagem</b></p>	<p>Doxiciclina 100 mg antes do procedimento</p>	<p>e 200 mg após o procedimento</p>

<b>Mastecomia com dissecação nódulo linfático – ou CA</b>	ou Metronidazol 500 mg 12/12h por 5 dias		
	ou <b>Azitromicina</b> 1 g uma hora antes do procedimento em dose única		
	Cefazolina	Clindamicina ou vancomicina	Máximo de 24 horas

## OFTALMOLOGIA

### Procedimentos gerais

1- Examinar em lâmpada de fenda antes de encaminhar à sala de cirurgia para excluir pacientes com processo inflamatório/infeccioso.

2- pingar 1 gota de colírio de quinolona 60, 45, 30 e 15 minutos antes da cirurgia.

Realizar antissepsia:

- conjuntival: colírio de iodo-polvidine tópico 5%, 5 minutos antes da cirurgia.

- região peri-orbital: iodo-polvidine tópico 10%.

- pingar 1 gota de colírio de quinolona ao final da cirurgia.

- pingar 1 gora de colírio de quinolona 4x por dia durante 1 semana no pós operatório.

OTORRINOLARINGOLOGIA	ANTIMICROBIANO		DURAÇÃO
<p>Ouvido (limpas: estapedotomia)</p> <p>Potencialmente contaminadas: SEM COLESTEATOMA – mastoidectomia, timpanoplastia, timpanomasteidectomia</p> <p>Cirurgias endoscópicas de seios paranasais (sinusite crônicas, poliposes nasais) Ressecção externa de tumores naso-sinusais</p> <p>Septoplastia e rinoplastia</p> <p>Hemilaringectomia, laringectomia total, microcirurgias de laringe (pólipos, cistos e nódulos)</p> <p>Tireoplastias e cirurgias de arcabouço laríngeo</p> <p>Submandibulectomia parotidectomia</p>	<p>Cefazolina</p>	<p>Clindamicina ou vancomicina</p>	<p>Dose única (dose inicial)</p>
<p>Potencialmente contaminadas (OMC sem colesteatoma, timpanoplastias,</p>	<p>Cefazolina</p>	<p>Clindamicina</p>	<p>Dose única</p>

<p>timpanomastoidectomia, mastoidectomia)</p>	<p>ou (dose inicial) Vancomicina</p>
<p>Potencialmente contaminadas: OMC COM COLESTEATOMA – mastoidectomia, timpanoplastia, timpanomasteidectomia</p>	<p>Ciprofloxacino Clindamicina Dose única ou (dose inicial) Vancomicina</p>
<p>Ressecção de tumores de ângulo ponto-cerebelar, descompressão de saco endolinfático, descompressão de nervo facial, neurectomia vestibular, implante cóclear, ressecção de tumores glômicos</p>	<p>Cefuroxima Clindamicina Dose única ou (dose inicial) Vancomicina</p> <p>Se fístula, manter cefuroxima por 5 dias</p>
<p>cirurgia limpa (sem incisão de mucosa) - Procedimento endoscópico funcional rinosinusite</p> <p>Amigdalectomia e adenoamigdalectomia</p>	<p>Não indicado</p>
<p>Oncológica limpa</p>	<p>Cefazolina Máximo de 24 horas</p>

<b>Oncológica potencialmente contaminada</b>	Cefazolina	+	Máximo de 24
	Metronidazol	ou	horas
	Clindamicina		
<b>SE INFECTADA</b>	<b>TRATAMENTO</b>		

<b>CABEÇA E PESCOÇO</b>			
<b>Cirurgias limpas e sem incisão de mucosa.</b>			
<b>Procedimentos endoscópico funcional rinosinusite</b>	<b>NÃO RECOMENDADA</b>		
<b>Procedimentos limpos com uso de prótese, exceto tubo de timpanostomia ou lesão mucosa</b>	Cefazolina	ou	Vancomicina ou Dose única
	Cefuroxima		Clindamicina
<b>Oncológica limpa</b>	Cefazolina		Dose única
<b>Potencialmente contaminada ou oncológica potencialmente contaminada</b>	Cefazolina	+	Clindamicina ou Máximo de 24 horas
	metronidazol		Vancomicina

Se infectada = tratamento (clindamicina + ceftriaxone)	
---	--

**BUCOMAXILOFACIAL**

Cirurgias limpas e sem incisão de mucosa.	Não é recomendada		
Procedimentos limpos com uso de prótese	Cefazolina	Clindamicina	Dose única
Potencialmente contaminada com acesso intra-oral, extra-oral, enxerto ósseo	Cefazolina      Clindamicina      Dose única		
Oncológica limpa	Cefazolina	Clindamicina	Dose única
Oncológica potencialmente contaminada	Cefazolina + Clindamicina + metronidazol      24 horas		
Trauma cirúrgico cabeça-pescoço, trauma de crânio	Cefazolina	Clindamicina	Máximo de 24 horas

<p>fechado cirúrgico, trauma de crânio penetrante</p>			
<p>Fratura exposta tipo 1</p>	Cefazolina	Clindamicina	48 horas
<p>Fratura exposta tipos 2 e 3</p>	Clindamicina +gentamicina		<p><b>5 dias</b> REAVALIAR NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO OU TROCA DO ANTIMICROBIANO DE ACORDO COM CULTURA COLETADAS POR BIÓPSIA DO LOCAL</p>

TRAUMA	ANTIMICROBIANO	DURAÇÃO
<p>Trauma abdominal penetrante- com ou sem lesão de vísceras ocas inclusive cólon.</p>		
<p>Trauma abdominal fechado com indicação cirúrgica- com ou sem lesão de vísceras ocas inclusive cólon.</p>	Cefoxitina	Máximo de 24 horas
<p>Trauma tóraco-abdominal penetrante - com ou sem</p>		

lesão de vísceras ocas inclusive cólon.		
Lavagem peritoneal ou laparoscopia diagnóstica	Se não houver indicação cirúrgica não é recomendada	
Trauma torácico penetrante, trauma torácico fechado com dreno	Cefazolina	Máximo de 24 horas
Trauma torácico penetrante em esôfago com contaminação grosseira	Clindamicina + gentamicina	7 DIAS = TRATAMENTO
Fratura exposta Gustilo 1	Cefazolina	48 horas
Fratura exposta Gustilo 2 e 3	Clindamicina +gentamicina	5 dias REAVALIAR NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO OU TROCA DO ANTIMICROBIANO DE ACORDO COM CULTURA COLETADAS POR BIÓPSIA DO LOCAL
Lesão vascular	Cefazolina	Máximo de 24 horas
Trauma cirúrgico cabeça-pescoço, trauma de crânio fechado cirúrgico, trauma de crânio penetrante	Cefazolina	Máximo de 24 horas

<p>Trauma de crânio com fistula líquórica e pneumoencéfalo pós-trauma- neste caso a eficácia não é estabelecida</p>	<p>Cefuroxima ou cefazolina</p> <p>Manter por 5 dias</p>
---	--

PLÁSTICA	ANTIMICROBIANO	SEGUNDA OPÇÃO	DURAÇÃO
<p>Limpo (opcional)</p> <p>-Estéticas: abdominoplastia, dermolipectomia, lipoaspiração, mamoplastia redutora, otoplastia, ritidoplastia</p> <p>- Reparadora: craniofacial (congênita ou trauma), microcirurgia, reconstrução mama</p> <p>- Se limpo e prótese ou potencialmente contaminada</p> <p>- Cirurgia de mãos: bridas e sindactilia (opcional)</p>	<p>Cefazolina</p>	<p>Clindamicina</p>	<p>Dose única (dose inicial)</p> <p>Se necessário no intraoperatório</p>
<p>Coletar swab no planejamento operatório. A</p>			

<b>Queimado: enxerto e retalho</b>	antibioticoprofilaxia deverá ser feita de acordo com os resultados de cultura e teste de sensibilidade aos antimicrobianos - manter por 24 horas
------------------------------------	--

<b>PROCEDIMENTOS PERCUTÂNEOS</b>	<b>antimicrobiano</b>	<b>Segunda escolha</b>	<b>Duração</b>
<b>Angioplastia, angiografia, trombólise, arterial, inserção de stent</b>	Cefazolina	Vancomicina ou clindamicina	Dose única (dose inicial)
<b>Inserção de enxerto</b>	Cefazolina	Clindamicina	Dose única (dose inicial)
<b>Tratamento de insuficiência venosa superficial</b>	Sem indicação		
<b>Inserção de filtro de veia cava inferior</b>	Sem indicação		
<b>Cateter venoso central tunelizado</b>	cefazolina	Vancomicina	Dose única (dose inicial)
<b>- se imunossuprimidos, antes de quimioterapia, histórico de infecção do sítio de cateter</b>			

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berríos-Torres, S, I. et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017.

Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Surg Infect (Larchmt)* 2013; 14:73.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à assistência à saúde. – Brasília: ANVISA, 2017.

Deverick J A, Sexton, D, J. Antimicrobial prophylaxis for prevention of surgical site infection in adults. 2017. Disponível em: <  
[https://www.uptodate.com/contents/antimicrobial-prophylaxis-for-prevention-of-surgical-site-infection-in-adults/print?search=antibiotico%20profilaxia&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/antimicrobial-prophylaxis-for-prevention-of-surgical-site-infection-in-adults/print?search=antibiotico%20profilaxia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2). Acesso em: 03 jan. 2018.

European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review and evidence-based guidance on perioperative antibiotic prophylaxis. Stockholm: ECDC; 2013.

Guia de utilização de anti-infecciosos e recomendações para a prevenção de infecções hospitalares. Grupo e Subcomissões de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP. São Paulo, 2015-2017.

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control*. 1999;27(2):97-132.

Manual Farmacêutico. Hospital Albert Einstein. Acesso disponível em:<<https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Apresentacao-Manual.aspx> Edwards JR, Peterson KD, Mu Y, et al. National Health care Safety Network (NHSN) report: data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. *Am J Infect Control* 2009; 37:783. Visualizado em 05 de junho de 2017.

**Resolução nº 08, de 01 de março de 2018.**

O Presidente do Colegiado Executivo do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conforme a Lei n. 12.550 de 15 de dezembro de 2011, artigo 6º do Regimento Interno da EBSERH, artigos 46 e 47, conforme reunião do Colegiado Executivo realizada no dia 23 de fevereiro de 2018

**CONSIDERANDO** a Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino;

**Resolve:**

**Art 1º** – Aprovar os projetos de pesquisa abaixo mencionados através do Memorando n. 25/2018 GEP/HUMAP-UFMS.

**Protocolo GEP 006/2018**

**Título do Projeto:** Uso de anfotericina B lipossomal no tratamento de crianças com leishmaniose visceral

**Pesquisador:** Alisson Alves de Farias

**Orientador:** Yvone Maia Brustoloni

**Período:** 11/2017 a 02/2018

**Protocolo GEP 007/2018**

**Título do Projeto:** Análise do impacto de uma ação de educação permanente acerca do uso de oxigênio em um Hospital Universitário

**Pesquisador:** Jéssica Leidiane Marquiza

**Orientador:** Alessandra Fernandes Druzian

**Período:** 02/2018 a 06/2018

**Protocolo GEP 008/2018**

**Título do Projeto:** Pensamentos obsessivos ou delirantes: um relato sobre dificuldades diagnósticas

**Pesquisador:** Pedro Augusto Ignácio Silva

**Orientador:** Danusa Céspedes Guizzo

**Período:** 01/06/2017 a 23/02/2018

Protocolo GEP **010/2018**

**Título do Projeto:** Análise do risco nutricional em pacientes internados no CTI em um Hospital Universitário

**Pesquisador:** Luciene de Oliveira

**Orientador:** Karine de Cássia Freitas

**Período:** 01/02/2018 a 01/12/2018

Protocolo GEP **011/2018**

**Título do Projeto:** Estudo clínico-epidemiológico de leishmaniose visceral em adultos atendidos no HUMAP - UFMS

**Pesquisador:** Anamaria Mello Miranda Paniago

**Período:** 01/11/2018 a 31/12/2026

Protocolo GEP **012/2018**

**Título do Projeto:** Cuidados paliativos: concepções da equipe multiprofissional de um hospital universitário

**Pesquisador:** Jéssica Oliveira Brandão

**Orientador:** Ramon Moraes Penha

**Período:** 02/2018 a 05/2018

Protocolo GEP **013/2018**

**Título do Projeto:** Perfil epidemiológico de indivíduos psicóticos em uso de clozapina

**Pesquisador:** Marco Aurélio da Matta Pancotti

**Orientador:** Kleber Francisco Meneghel Vargas

**Período:** 04/2017 a 06/2017

Protocolo GEP **014/2018**

**Título do Projeto:** Fatores de risco associados à mortalidade em pacientes em LES juvenil no HUMAP – UFMS.

**Pesquisador:** Laura Loureiro de Souza Rosa

**Orientador:** Erica Naomi Naka Matos

**Período:** 11/2017 a 06/2018

Protocolo GEP **018/2018**

**Título do Projeto:** Cool-Cap de transporte: uma alternativa no tratamento da encefalopatia crônica infantil

**Pesquisador:** Maria José Martins Maldonado

**Orientador:** Durval Batista Palhares

**Período:** 03/2018 a 12/2019

Protocolo GEP **019/2018**

**Título do Projeto:** Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes críticos

**Pesquisador:** Carolina Cabral Zampieri Gonçalves

**Orientador:** Fernanda Zanoni Cômulo

**Período:** 01/03/2018 a 31/08/2018

Protocolo GEP **020/2018**

**Título do Projeto:** PROJETO MEDALHA

**Pesquisador:** Paulo de Tarso Muller

**Período:** 20/01/2018 a 10/11/2023

Protocolo GEP **021/2018**

**Título do Projeto:** Relação entre distúrbio diastólico do VE e função pulmonar na DPOC: uma revisão sistemática

**Pesquisador:** Vitória Klein Marcondes

**Orientador:** Paulo de Tarso Muller

**Período:** NSA – Revisão de Literatura

Protocolo GEP **022/2018**

**Título do Projeto:** Observação de prevenção de pneumonia associada à VM em uma UTI

**Pesquisador:** Renata Lanzoni de Oliveira

**Orientador:** Ellen C. Gaetti Jardim

**Período:** 02/2018 a 09/2018

**Art 2º** – Esta resolução entra em vigor a partir da data de publicação.

CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA



**PORTARIAS DA DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS**

**PORTARIA Nº 14 de 28 de fevereiro de 2018.**

A chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pelo artigo 1º da Portaria nº 01/2014, do Superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, datado de 05 de maio publicado no Boletim de Serviço nº 01 de 12 de maio de 2014;

**RESOLVE:**

Art. 1º Designar Greyce Danielle Nomerg, matrícula SIAPE nº 2254244, substituto do cargo de Chefe da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, nas ausências e impedimentos legais do titular.

Art. 2º Tornar nula a Portaria nº 10 maio de 2017.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

**Raquel Ferreira de Moura**  
Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas  
HUMAP-UFMS

**PORTARIA Nº 15 de 28 de fevereiro de 2018.**

A chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pelo artigo 1º da Portaria nº 01/2014, do Superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, datado de 05 de maio publicado no Boletim de Serviço nº 01 de 12 de maio de 2014;

**RESOLVE:**

Art. 1º Designar Gabriel Doreto Rodrigues, matrícula SIAPE nº 2188682, substituto do cargo de Chefe da Unidade do Sistema Cardiovascular do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, nas ausências e impedimentos legais do titular.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

**Raquel Ferreira de Moura**

Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas

HUMAP-UFMS

**PORTARIA Nº 16 de 28 de fevereiro de 2018.**

A chefe da Divisão de Gestão de Pessoas, no uso da subdelegação de competência que lhe foi conferida pelo artigo 1º da Portaria nº 01/2014, do Superintendente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, datado de 05 de maio publicado no Boletim de Serviço nº 01 de 12 de maio de 2014;

**RESOLVE:**

Art. 1º Designar Fernando Aguilar Lopes, matrícula SIAPE nº 1458980, substituto do cargo de Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, nas ausências e impedimentos legais do titular.

Art. 2º Tornar nula a Portaria nº 26 de 2017.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

**Raquel Ferreira de Moura**  
Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas  
HUMAP-UFMS