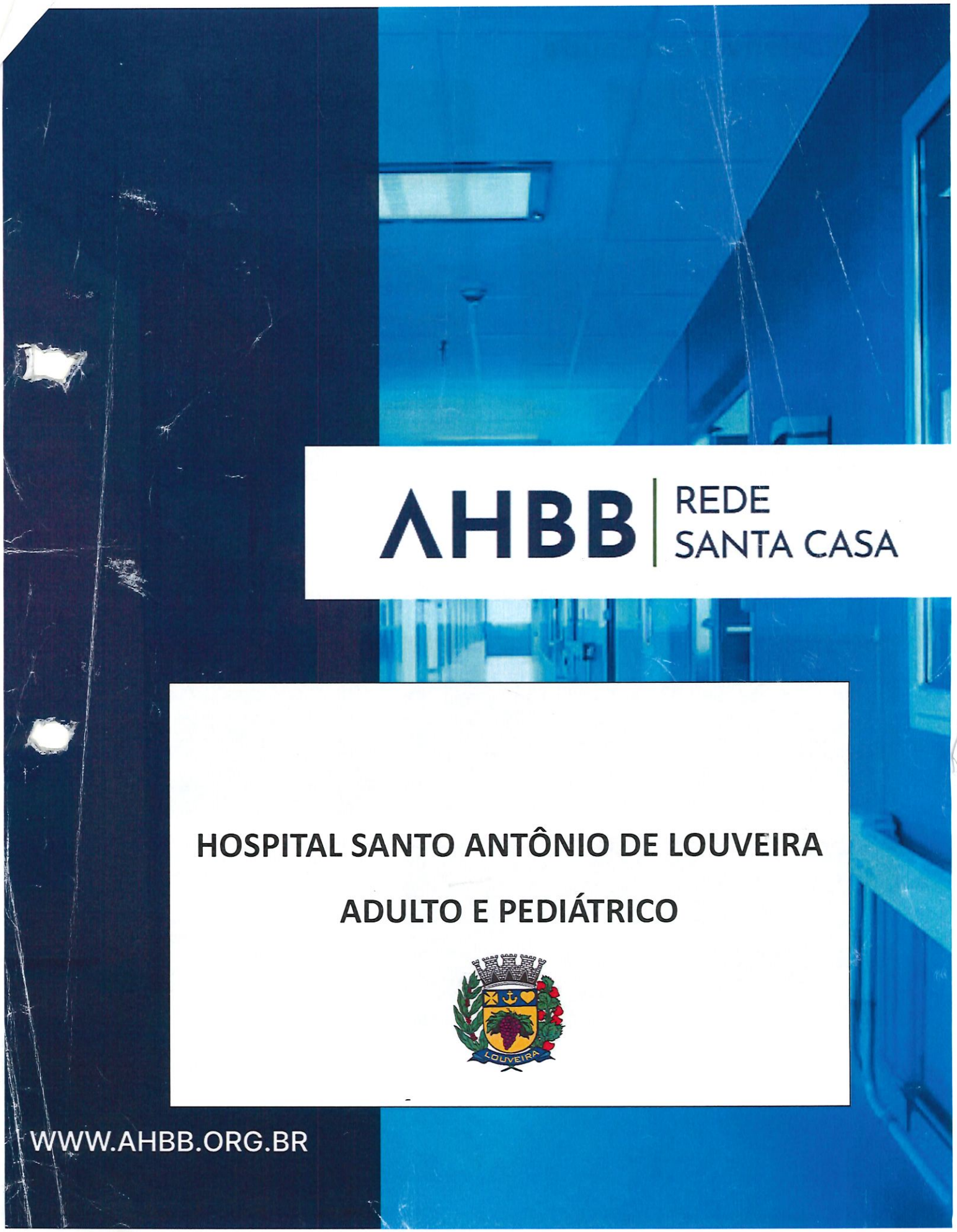


AHBB | REDE SANTA CASA

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE LOUVEIRA

ADULTO E PEDIÁTRICO

WWW.AHBB.ORG.BR

Excelência em Saúde

Cuidar de quem cuida
desde 1969

A **AHBB|Rede Santa Casa** é uma associação genuína e tradicional, composta por uma rede de **Hospitais Filantrópicos** e **Santas Casas** que desempenham um papel essencial no sistema de saúde brasileiro.

A história e a atuação da **AHBB|Rede Santa Casa** refletem a essência do setor filantrópico: um compromisso inabalável com a saúde e o bem-estar da sociedade, sustentado pela generosidade das comunidades mantenedoras e pela busca constante de excelência na assistência hospitalar.
Muito além de uma organização Social de Saúde. Os hospitais filantrópicos são os pilares da assistência hospitalar no Brasil.

Áreas de Atuação
Tecnologia, administração e eficiência

Gestão Hospitalar

Conduz a administração eficiente dos recursos, processos e serviços do hospital para garantir o atendimento de qualidade aos pacientes.

Gestão de Saúde Primária

Focaliza na prevenção, diagnóstico inicial e no gerenciamento de doenças comuns e crônicas.

Gestão de Saúde Secundária

Monitora a prestação de cuidados especializados e nos tratamentos de maior complexidade.

Gestão de Ensino

Supervisiona e administra programas educacionais, garantindo que os profissionais de saúde recebam treinamento contínuo para melhorar a qualidade dos cuidados.

Gerenciamento de Equipes de Saúde

Coordena a liderança eficaz de profissionais de saúde para garantir sua colaboração, eficiência e qualidade no atendimento aos pacientes.

A **AHBB|Rede Santa Casa** tem por objetivo garantir a eficiência dos serviços de saúde prestados à população.

A instituição traz uma história de importantes avanços na gestão em saúde, preparada para um presente e um futuro em que os desafios são muitos, e a vontade e a capacidade de vencê-los é ainda maior.

AHBB | REDE SANTA CASA

381

Recuperação e Gestão de Hospitais Filantrópicos

A AHBB|Rede Santa Casa implanta uma administração estratégica com o objetivo de:

- **Garantir a sustentabilidade financeira e operacional**
- **Otimizar recursos**
- **Melhorar a qualidade dos serviços**
- **Assegurar o cumprimento de suas missões sociais**

Onde estamos atuando

Unidade

Hospital São Lucas - Garça/SP

Projetos desenvolvidos

Fundado em 1950, e inicialmente administrado por irmãs franciscanas, posteriormente foi gerido por interventores da irmandade, promovendo atendimento filantrópico antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

Em dezembro de 2018, a AHBB | Rede Santa Casa assumiu a gestão administrativa e operacional da entidade, revitalizando as instalações e passando a oferecer serviços na área de gestão hospitalar e ambulatorial.

Em 2020, foi construída a primeira UTI Geral tipo II, com 10 leitos.

Atualmente, gerimos mais de 90 leitos de internação na unidade, abrangendo as especialidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Berçário, Pediatria e UTI Geral.

Além da gestão hospitalar, a AHBB | Rede Santa Casa também administra 9 unidades de saúde de atenção secundária (média complexidade) no município de Garça-SP.

Serviços oferecidos:

- Pronto Atendimento
- Ortopedia
- Diagnóstico por Imagem
- Mamografia
- Banco de Sangue

AHBB | REDE SANTA CASA

Onde estamos atuando

Unidade	Projetos desenvolvidos

Posto de Atendimento Imediato "Dr. José Zenedin"
Santa Cruz das Palmeiras/SP

O Posto de Atendimento Imediato (PAI) está localizado no Jardim São Carlos, ao lado da APAE, oferecendo fácil acesso à população.

Projetado para garantir um atendimento eficiente e humanizado, o espaço conta com uma estrutura moderna, ampla e confortável. Entre os ambientes disponíveis, destacam-se:

Atendimento de urgência e emergência

Salas especializadas:
Urgência e emergência, observação masculina e feminina, curativo, inalação, triagem e aplicação de medicamentos

Diagnóstico e exames:
Radiologia, tomografia, eletrocardiografia e ultrassom

Infraestrutura completa:
Três consultórios médicos, farmácia, recepção, quarto individual, apartamento para plantonistas, setor administrativo e central de ambulâncias

Com essa estrutura, o Posto de Atendimento Imediato reforça o compromisso de oferecer um serviço de saúde acessível e de qualidade para toda a população.

Onde estamos atuando

Unidade	Projetos desenvolvidos

Sistema de Média Complexidade
(Unidades de Assistência Secundária
à Saúde) Garça/SP

Em 2018, a AHBB|Rede Santa Casa assumiu junto à Secretaria Municipal de Saúde de Garça/SP a administração da saúde em nível secundário (média complexidade), implementando o plano operacional para gerenciamento no município.

Gerindo 9 unidades que compõem a média complexidade da cidade, a AHBB|Rede Santa Casa segue reforçando o impacto que uma gestão ética e comprometida com a saúde da população tem, e proporcionando qualidade de atendimento e eficiência dos serviços.

Serviços oferecidos:

- UPA 24 horas
- Centro de Especialidades Médicas (CEM)
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)
- Banco de Leite Humano
- CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)
- CAPS Innovare
- Centro de Reabilitação

AHBB | REDE SANTA CASA

Onde estamos atuando

Unidade	Projetos desenvolvidos

Hospital Padre Bernardo - Bilac/SP

Fundado em 1956, e conveniado ao Sistema Único de Saúde desde seu início, oferece assistência médico-hospitalar ao município e toda a microrregião: Piacatu, Gabriel Monteiro, Santópolis e Aguapeí.

A AHBB|Rede Santa Casa assumiu a gestão do hospital em 2015, modernizando sua governança e propósito, com um time comprometido com o atendimento ao público, e com aptidão para cuidar de pessoas, aprimorando a gestão e áreas de atuação na saúde, sempre com muita transparência.

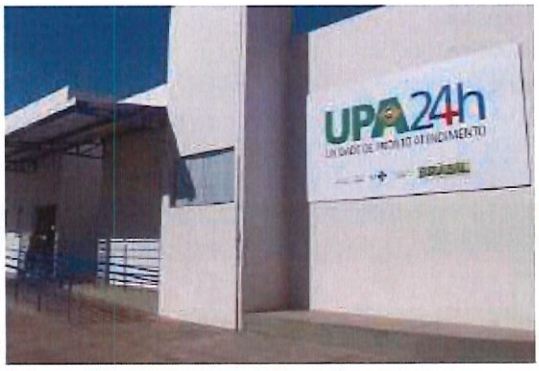
Disponibiliza 16 leitos em clínica médica, 10 em clínica cirúrgica, 4 em pediatra, 3 em maternidade e obstetrícia clinica, 3 berçários, e 1 leito de convênio/particular.

Serviços oferecidos:

- Pronto Atendimento
- Exames diagnósticos
- Exames laboratoriais
- Exames cardíacos (ECG e cardiotocografia)
- Atendimentos especializados: fisioterapia, psicologia, nutrição e farmácia.

Onde estamos atuando

Unidade	Projetos desenvolvidos



UPA Araguari - Araguari/MG

A UPA (Unidade de Pronto Atendimento) de Araguari é um serviço de saúde essencial para a população local, oferecendo atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, para casos de urgência e emergência.

A unidade conta com uma estrutura moderna e equipada para atender diversas especialidades, como clínica médica, pediatria, ortopedia e cardiologia

Além disso, possui salas de atendimento equipadas, sala de emergência, sala de observação e laboratório para realização de exames.

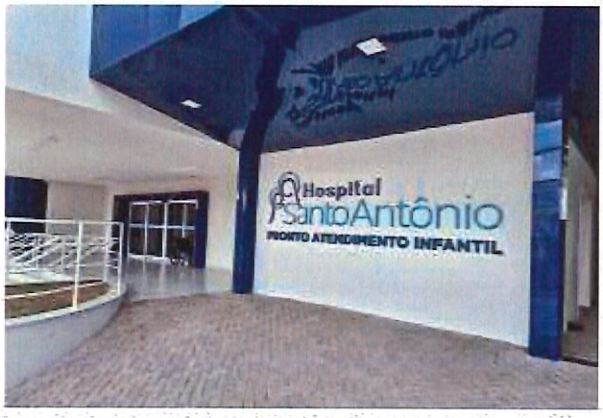
A UPA de Araguari conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde altamente qualificados, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais.

Serviços oferecidos:

- Atendimento de urgência e emergência
- Consultas médicas
- Exames laboratoriais
- Exames de imagem (raio-x, ultrassonografia)
- Curativos
- Aplicação de medicamentos
- Internação de curta duração

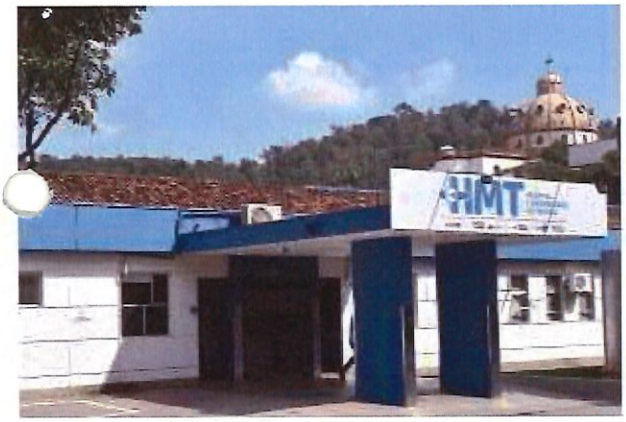
AHBB | REDE SANTA CASA

Onde estamos atuando

Unidade	Projetos desenvolvidos
Centro Especializado em Reabilitação III CER Itápolis/SP	Presta Assistência à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente, para as linhas de cuidado assistenciais de enfermagem: • Fisioterapia, • Fonoaudiologia, • Psicologia, • Nutricionista, • Serviço social Terapia ocupacional no âmbito da reabilitação, vinculados a: • Neuropediatria • Ortopedia • Otorrinolaringologia
Unidade Mista de Taboão da Serra /SP	Presta Assistência à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente, para as linhas de cuidado assistenciais de Urgência e Emergência (internação/observação). Especialidades: • Ginecologia e Obstetrícia • Trauma-ortopedia • Semi Intensiva • Clínica Médica • Psiquiatria
 Hospital de Santo Antônio de Louveiro - Louveira/SP	O Hospital tem funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, contemplando a demanda assistencial da unidade, nas diversas especialidades assistenciais: • Urgências • Emergências • Clínica • Pediatria

AHBB | REDE SANTA CASA

395



Hospital de Timóteo - Timóteo/MG

Projetos desenvolvidos

Localizado em Timóteo, Minas Gerais, foi inaugurado em 1952 pela Acesita S/A para atender seus funcionários e, em 1992, foi cedido em comodato à Sociedade Beneficente São Camilo.
Conta com 83 leitos ativos, sendo 55 deles reservados ao SUS, 08 de UTI adulto e 10 de UTI pediátrico.

- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Clínica Pediátrica
- Clínica Ortopédica
- Clínica Obstétrica

Pronto Atendimento São Dimas - Amparo/SP

Projetos desenvolvidos

Esta unidade foi instalada onde anteriormente havia uma escola, que foi totalmente reestruturada para atender uma população de cerca de 27 mil pessoas.
A unidade funciona 24 horas por dia, e está equipada para atender casos de urgência e emergência.

- Sala de emergência
- Raio-X
- Laboratório
- Farmácia popular
- Atendimento odontológico
- Ambulância 24 horas

AHBB | REDE SANTA CASA

Atuações concluídas

Hospital Municipal de Cubatão
Cubatão/SP

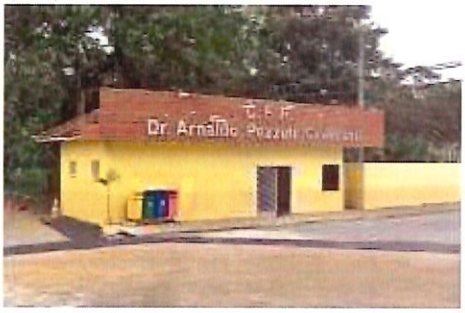
IMP GE-S C-19 CTZ

Santa Casa se Misericórdia "Anna Cintra"
Amparo/SP

IMP GE-H GE-S C-CE CTZ

Unidade de Apoio Hospitalar
"Hospital São José" - São Paulo/SP

IMP GE-S UTI C-19 CTZ



CER Dr. Arnaldo Pezzuti Cavalcanti -
Mogi das Cruzes/SP

IMP GE-S UTI C-19 CTZ

Centro de Referência em Covid-19 de
Penápolis - Penápolis/SP

REV IMP HO-M UCIS C-19 CTZ

LEGENDA

- IMPLANTAÇÃO
- REVITALIZAÇÃO
- HO-M
- UTI
- UCIS
- COVID-19
- GESTÃO HOSPITALAR
- GESTÃO DE SAÚDE
- GESTÃO MÉDICA
- CONTRATO DE GE
- CONCLUÍDO

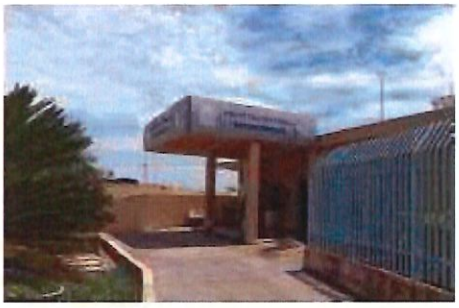
AHBB | REDE SANTA CASA

394

Atuações concluídas

Complexo Hospitalar do Juquery - Franco da Rocha/SP

Hospital de Campanha do Estádio Nacional «Mané Garrincha» - Brasília/DF



Hospital Estadual "Dr. Osvaldo Brandi Faria" - Mirandópolis/SP

Hospital Geral "Prefeito Miguel Martin Gualda" - Promissão/SP

Hospital Geral de Taipas "Kátia de Souza Rodrigues" - São Paulo/SP

LEGENDA

- IMPLANTAÇÃO
- REVITALIZAÇÃO
- HO-M
- UTI
- UCIS
- COVID-19
- GESTÃO HOSPITALAR
- GESTÃO DE SAÚDE
- GESTÃO MÉDICA
- CONTRATO DE GESTÃO
- CONCLUÍDO

AHBB | REDE SANTA CASA

Atuações concluídas

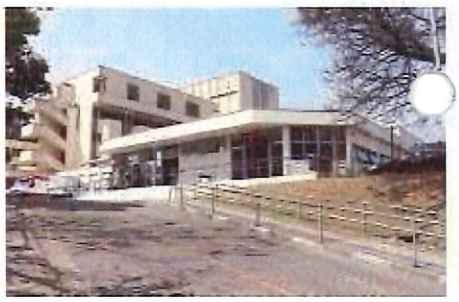
GESTÃO EM SAÚDE: CUIDAR DE QUEM CUIDA

Hospital Maternidade Estadual de Caieiras - Caieiras/SP

MED CTZ

Hospital Maternidade "Leonor Mendes de Barros" - São Paulo/SP

IMP GE-S UTI CTZ



PS e Hospital Geral de Vila Penteado "José Pangella" São Paulo/SP

IMP GE-S UTI MED C-19 CTZ

PS e Hospital Regional "Dr. Osíris F. Coelho" Ferraz de Vasconcelos/SP

GE-S MED CTZ

Pronto Socorro e Santa Casa de Misericórdia de Penápolis - Penápolis/SP

REV IMP GE-H GE-S UTI C-19 CTZ

LEGENDA

- IMPLANTAÇÃO
- REVITALIZAÇÃO
- HO-M
- UTI
- UCIS
- COVID-19
- GESTÃO HOSPITALAR
- GESTÃO DE SAÚDE
- GESTÃO MÉDICA
- CONTRATO DE GESTÃ
- CONCLUÍDO

AHBB | REDE SANTA CASA

Certificação, Títulos e Parcerias

Selo UTI Top Performer
2022
Epimed - AMIB

Hospitais Saudáveis
2021
RGHVS

Selo UTI Top Eficiente
2020
Epimed - AMIB

Selo UTI Top Performer
2020
Epimed - AMIB

Selo ITUs Brasileiras
2019
Epimed - AMIB

Selo UTI Top Performer
2017
Epimed - AMIB

Certificado CEBAS
2015
Ministério da Saúde Brasileiro

ifs INSTITUTO DE FOMENTO À SAÚDE

AHBB | REDE SANTA CASA

Dados Cadastrais

Entidade Proponente			
Órgão / Entidade			**CNPJ**
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02
Endereço: Rua Dr. Orlando T Santos, 50, Willians			
Cidade	**UF**	**CEP**	**Telefone:**
Garça	SP	17402-064	(16) 3374-8438
E-mail Institucional: projetos@ahbb.org.br			
Representante Legal da Proponente			
Nome do Representante Legal			**Cargo**
João Pedro Monteiro Pinotti Affonso			Presidente
RG/CI	**Órgão Expedidor**	**CPF**	
42.818.243-4	SSP/SP	362.328.398-38	
Endereço Residencial			
Alameda dos Pessegueiros,121.			
Cidade		**UF**	**CEP**
São Carlos		SP	13.561-385
E-mail Pessoal			**Telefone**
jpinotti@ahbb.org.br			(14)99655-3875
Responsável Técnico do Projeto			
Nome do Responsável Técnico do Projeto			**Cargo/Função**
Pedro Guilherme Pires Andrade Cruz			Diretor de Projetos
RG/CI	**Órgão Expedidor**	**CPF**	
46.207.765-2	SSP/SP	400.893.648-30	
Endereço Residencial (rua, bairro, nº etc.)			
Avenida General Osório, nº 1.430 - Trujillo			
Cidade: Sorocaba		**UF:** SP	**CEP:** 18.060-550
E-mail Pessoal			**Telefone**
projetos@pedroandradecruz.com.br			(11) 9-5039-3009

AHBB
REDE SANTA CASA
HOSPITAL
PADRE BENTO

História da AHBB|REDE SANTA CASA

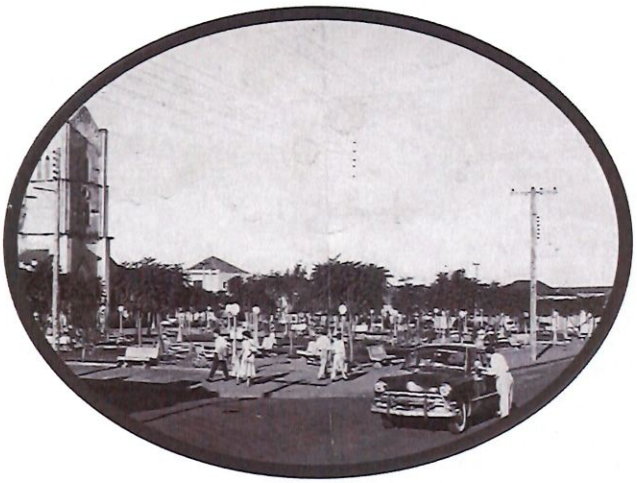


Figura 1 - Fundação do Hospital Municipal de Bilac, SP

Figura 2 Hospital de Garça em 1950

História da AHBB – Compromisso que atravessa gerações

Fundada em 9 de outubro de 1956, a Associação Hospitalar Beneficente do Brasil – AHBB nasceu no município de Bilac, interior do Estado de São Paulo, como uma expressão concreta de solidariedade e compromisso com a vida e com o bem comum.

Idealizada e liderada pelo Padre Bernardo Bernardus Braakius, a AHBB foi instituída como uma associação civil de natureza filantrópica, com a missão de garantir à população o acesso a uma saúde digna, humana e de qualidade.

Sua história começou com a responsabilidade de manter o Hospital Municipal de Bilac, fortalecendo a rede pública local e regional com uma gestão baseada na ética, na transparência e na eficiência.

A entidade rapidamente se tornou referência no cuidado hospitalar, desenvolvendo projetos que aliam assistência qualificada à sensibilidade social.

Ao longo das décadas, a AHBB consolidou um modelo de gestão comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliou sua atuação para outros municípios.

Um dos marcos dessa expansão foi a incorporação do Hospital São Lucas, no município de Garça/SP.

A partir da sua atuação em Garça, a AHBB reafirmou seu compromisso com a saúde pública ao assumir a gestão de uma unidade hospitalar estratégica para toda a região, promovendo modernização na infraestrutura, qualificação profissional e humanização dos atendimentos.

A experiência exitosa em Garça fortaleceu ainda mais a reputação da AHBB como organização social de saúde, capaz de articular soluções inovadoras em diferentes contextos e realidades locais.

Hoje, a AHBB segue trilhando sua missão com excelência, atuando como elo entre a sociedade civil e o poder público, e reafirmando diariamente seu papel como agente transformador na construção de um SUS cada vez mais forte, acessível e resolutivo.

AHBB | Rede Santa Casa: Tradição, Solidariedade e Sustentação do SUS

Origens e Relevância das Santas Casas de Misericórdia no Sistema de Saúde

A primeira Santa Casa de Misericórdia foi fundada em 1498, em Lisboa, por iniciativa da Rainha D. Leonor de Lencastre, no contexto da monarquia portuguesa. A instituição foi criada com o objetivo de prestar assistência aos enfermos, órfãos, prisioneiros, viúvas e demais indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

O termo "misericórdia" deriva das palavras latinas *misere* e *cordis*, significando, literalmente, "doar o coração ao outro".

O surgimento das Misericórdias se insere em um cenário de profundas transformações sociopolíticas e econômicas, marcado pelas grandes navegações, pela precariedade das embarcações e dos recursos médicos disponíveis à época, além da disseminação de doenças contagiosas, epidemias e a escassez de

alimentos. Esse contexto estimulou o desenvolvimento de práticas filantrópicas e solidárias voltadas à proteção dos mais necessitados.

A partir da fundação da primeira instituição em Lisboa, o modelo das Santas Casas de Misericórdia foi sendo replicado em outras localidades e colônias portuguesas, espalhando-se por diversas regiões da Europa, África, Ásia e, posteriormente, América. No Brasil, a primeira Santa Casa de Misericórdia foi criada em 1543, na cidade de Santos (SP), por iniciativa dos Jesuítas. Outras unidades foram fundadas ainda no período colonial, como as de Salvador (1549), Rio de Janeiro (1567), São Paulo (1599), João Pessoa (1602), Belém do Pará (1619) e São Luís do Maranhão (1657).

A "Confraria de Nossa Senhora da Misericórdia", mantenedora da primeira Santa Casa em Lisboa, é reconhecida como uma das primeiras organizações não governamentais (ONGs) registradas no mundo, atuando com base em princípios religiosos e humanitários, tendo como finalidade a assistência social espontânea e voluntária.

> As instituições filantrópicas representam hoje cerca de 54% dos atendimentos do SUS e respondem por aproximadamente 70% dos procedimentos de alta complexidade realizados no país

Inspiradas por esse legado, diversas entidades beneficentes foram criadas no Brasil, com vínculos religiosos ou comunitários, a exemplo das Beneficências Portuguesas, Hospitais Evangélicos, Espíritas e instituições mantidas por comunidades de origem sírio-libanesa, judaica, japonesa, entre outras, inclusive a AHBB.

Hoje, o país conta com mais de duas mil e cem unidades de saúde filantrópicas, organizadas sob a forma de hospitais sem fins lucrativos.

Segundo a Confederação Brasileira das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, essas entidades, em diversos contextos, precederam a atuação estatal na oferta de serviços de saúde e assistência social, sendo também responsáveis pela criação dos primeiros cursos de Medicina e Enfermagem no Brasil – notadamente nas cidades de Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória e Porto Alegre.

Atualmente, as Santas Casas e os Hospitais Filantrópicos desempenham papel estratégico no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênios e contratos de gestão com os entes federativos.

Juntas, essas instituições respondem por aproximadamente 54% dos atendimentos realizados no SUS e por cerca de 70% dos procedimentos de alta complexidade, incluindo oncologia, neurologia, cardiologia e transplantes, consolidando-se como pilares fundamentais da assistência hospitalar pública no país.

AHBB | Rede Santa Casa: Presente na História, comprometida com o Futuro

A **AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**, por meio da **Rede Santa Casa**, integra um legado centenário de solidariedade e cuidado à saúde da população brasileira. Inspirada no modelo tradicional das Santas Casas de Misericórdia, a instituição se consolidou como uma entidade filantrópica genuína, comprometida com a oferta de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, sobretudo à população mais vulnerável.

A trajetória da AHBB está intrinsecamente ligada à história da filantropia no Brasil. Ao longo dos anos, a instituição ampliou sua atuação, estruturando-se como uma rede de hospitais filantrópicos e Santas Casas que, hoje, exercem papel fundamental no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio de contratos de gestão como Organização Social de Saúde (OSS) e convênios firmados com entes públicos, a AHBB viabiliza o acesso da população aos serviços de saúde, atuando em diversas regiões do país.

As instituições filantrópicas, incluindo aquelas vinculadas à AHBB | Rede Santa Casa, são responsáveis por cerca de **54% dos atendimentos realizados no SUS** e aproximadamente **70% dos procedimentos de alta complexidade**, como oncologia, cardiologia, neurologia e transplantes. Esse desempenho expressivo reafirma o protagonismo da rede filantrópica na assistência hospitalar e evidencia sua relevância como parceira estratégica do setor público.

Mais do que prestadora de serviços, a AHBB representa uma rede comprometida com a humanização do atendimento, com a qualificação da gestão hospitalar e com a preservação dos valores fundadores das Santas Casas: caridade, solidariedade e compromisso social.

Ao mesmo tempo em que honra a tradição histórica das Misericórdias portuguesas e das primeiras Santas Casas brasileiras, a AHBB se reinventa diante dos desafios contemporâneos da saúde pública, promovendo inovação, eficiência e responsabilidade social em sua atuação.

Com base nos princípios de filantropia e no modelo tradicional das Santas Casas, a AHBB evoluiu ao longo dos anos, tornando-se uma **Rede de Santas Casas**.

Essa transformação permitiu a ampliação de sua atuação na gestão de diversas unidades de saúde, seja por meio de contratos de gestão como Organização Social de Saúde (OSS), seja através de convênios firmados como entidade filantrópica.

SUMÁRIO

AHBB | REDE SANTA CASA

408

1. Sobre Nós 02

1.1 Áreas de atuação 02
1.2 Onde estamos atuando 03
1.3 Atuação concluídas 08
1.4 Certificações, Títulos e Parcerias 11
1.5 Dados Cadastrais 12

2. História da AHBB|REDE SANTA CASA 14

3. AHBB | Rede Santa Casa: Tradição, Solidariedade e Sustentação do SUS 16

4. 2. Qualidade Técnica 41

2.1 Gestão de Processos 41

2.1.1 Proposta de funcionamento das Comissões/Núcleos/Comitês 41

2.1.2 Proposta de Monitoramento e divulgação do alcance dos indicadores quantitativos e Qualitativos do Contrato de Gestão. 139

2.1.3 Proposta de funcionamento do Desempenho e as ações corretivas para resultados mensais sejam alcançados 144

2.1.4 Proposta de Funcionamento das SADT 150

2.1.5 Funcionamento do Fluxo operacional em Urgência e Emergência 156

2.1.6 Funcionamento do Fluxo operacional Urgência e Emergência em Odontologia 174

2.2 Gestão Tecnológica 176

2.2.1 Proposta de Manutenção Predial/ Equipamentos 176

2.2.2 Proposta de implantação de certificado de qualidade 184

2.2.3 Apresentação das Normas e Rotinas para o Serviço Médico e de Enfermagem 191

2.2.4 Apresentação da estrutura do Serviço de Assistência Social 913

2.2.5 Apresentação Proposta do Serviço de Nutrição 917

2.2.6 Serviço de Transporte Interhospitalar 926

2.2.7 Apresentação das Normas e Sistemas de Gestão do Serviço de Farmácia 927

2.2.8 Apresentação das Normas e Sistemas de Gestão do Serviço de Farmácia Dispensário SUS 945

2.2.9 Apresentação da Proposto de Unidade de Arquivo de Prontuários 949

2.2.10 Apresentação da Proposta do Serviço de Lavanderia Hospitalar 952

2.2.11 Apresentação das Normas e Sistema de Gestão do Serviço de Laboratório..... 963

2.2.12 Apresentação das Normas dos Serviços de Recepção, Faturamento e Arquivamento 973

2.2.13 Apresentação das normas e rotinas para contratação de serviços de terceiros.....1007

2.2.14 Apresentação do Gerenciamento de Resíduos..... 1026

2.3 Gestão de Pessoas 1033

2.3.1 Apresentação das Normas e Rotinas da Seleção, Avaliação e Acompanhamento de Pessoal..... 1033

2.3.2 Apresentação do Programa de Educação Continuada 1041

PLANO DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA – ADULTO E PEDIÁTRICO DO MUNICÍPIO DE LOUVEIRA/SP.

CONTRATO DE GESTÃO NO 01/2024 1º Termo Aditivo

TÍTULO

PLANO DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA – ADULTO E PEDIÁTRICO DO MUNICÍPIO DE LOUVEIRA/SP, POR MEIO DE CONTRATO DE GESTÃO, DE ACORDO COM A Lei 14.133/2021, a Lei Municipal nº 2.428/2015 e Decreto nº 4324/2015 e suas alterações – CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2024 – CONTRATO DE GESTÃO Nº 001/2024 – 1º TERMO ADITIVO

INTRODUÇÃO

Os gestores públicos da atualidade enfrentam grandes desafios para proporcionar serviços públicos de qualidade para as populações cada vez mais conscientes e exigentes vivendo em um mundo globalizado e de grande evolução tecnológica, dependendo cada vez mais da especialização dos atores envolvidos no processo de prestação de serviços, haja vista que a cada dia há maior complexidade nos empreendimentos, ultrapassando as condições operacionais dos serviços públicos e a exigência de qualificação.

Um planejamento bem estruturado e com o auxílio de entidades privadas, as políticas públicas concentraram maior favorecimento à população, provocando um remodelamento estratégico, passando de prestador de serviço para gestor das ações e atividades. Nesta condição a estratégia que vem sendo bem-sucedida e resolutiva é a parceria com setor privado por meio de contratação de entidade de direito privado, qualificada como Organização Social para execução dos serviços de Saúde, objetivando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da Gestão do HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - ADULTO E PEDIÁTRICO do Município de Louveira, cuja parceria será normatizada por Contrato de Gestão.

A Prefeitura Municipal de Louveira/SP, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, com a intenção de atender com mais efetividade a população de Louveira, busca a estratégia de qualificar entidade filantrópica em Organização Social para objetivar maior efetividade no atendimento das políticas públicas à população do município.

Deste modo, a AHBB – ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL apresenta a presente Proposta Técnica/ Plano de Trabalho do **CHAMAMENTO PÚBLICO nº 002/2024**

Processo Administrativo nº 071/2024, CONTRATO DE GESTÃO N° 001/2024, 1º Termo adiitibo objetivando fundamentar e instruir a base técnica do processo de renovação.

Objeto

Gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços para HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA - ADULTO E PEDIÁTRICO.

Objetivos Específicos

- Prestar assistência gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e conforme o Plano de Trabalho;
- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Programar e manter dispositivos e ferramentas da Política Nacional de Humanização do SUS em todos os processos dos atendimentos hospitalares, buscando sempre atingir maior resolutividade nos serviços ofertados aos usuários do SUS, propostas pelo Ministério da Saúde;
- Implantar modelo de gestão, buscando melhorias nos processos promovendo eficiência no âmbito Assistencial, de Recursos Humanos, Administrativos, financeiros e Tecnológicos;
- Adotar mecanismos de gestão da clínica pautados na integralidade do cuidado e na humanização da assistência;
- Operacionalizar atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar aos usuários do Hospital Santo Antônio de Louveira garantindo o cumprimento dos fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde SMS, em atenção aos princípios do SUS;
- Promover em conjunto com a SMS, programas e ações de saúde para prevenção e controle de enfermidades vinculadas à saúde, conforme normas, critérios e diretrizes estabelecidas;
- O modelo gerencial adotado obedece aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde–SUS, seguindo as orientações das políticas públicas voltadas à regionalização e hierarquização da saúde no estado de São Paulo.

913

Fundamentação Legal

Lei Federal nº 9.637 /1998, Lei 8.666/93, a Lei Municipal nº 2.428/2015 e Decreto nº 4324/2015 e suas alterações, e demais normas do Sistema Único de Saúde

Normas as quais a OSS deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações:

- Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei 8.142/90 – Define Formas de Financiamento e Controle Social do SUS;
- PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – define critérios e parâmetros de caráter qualitativos;
- Lei 9.431/97 – Versa sobre a obrigatoriedade de manutenção de PCIH e constituição de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH nas Unidades Hospitalares;
- PT MS/GM 2.616 de 12 de maio de 1998 – Estabelece as diretrizes e normas para prevenção e controle das infecções hospitalares, inclusive criação e organização da CCIH e manutenção de Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares;
- PT MS/GM 67 de 21/02/1985 – Define uso e condições sobre o uso de saneantes e domissanitários (esta sofreu várias alterações e inclusões através das Portarias: Nº01/DISAD-27/06/85; Nº 607-23/08/85; Nº15/MS/SVS-23/08/88; Nº05–13/11/89; Nº122–29/11/93; Nº453/SNVS/DTN–11/09/96; Nº.843/MS/SVS–26/10/98);
- RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Substitui a Portaria 1884 de 11/11/1994 – Estabelece normas destinadas ao exame e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; Inclui as alterações contidas nas Resoluções
- RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº189 de 18/07/2003 publicada no DOU de 21/07/2003
- PT MS/GM3.432 de 12 de agosto de 1998 – Estabelece critérios para a classificação e credenciamento de Unidades de Tratamento Intensivo;
- PT MS/GM1.863 de 29 de setembro de 2003 – Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- PT MS/GM 1.864 de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192;
- PT MS/GM 2.048 de 05 de novembro de 2002 – Aprova o regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

- PT MS/GM1.559 de 1º de agosto de 2008 –Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS;
- PT MS/GM 2.529 de 23 de novembro de 2004 - Institui o subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- PT MS/GM 453 – 01/06/1998 - Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-X diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências;
- PT MS/GM Nº 881 DE 19 de junho de 2001 - Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH;
- PT MS/SAS Nº202 de 19 de junho de 2001 – Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde;
- PT MS/GM 1820 de 13 de agosto de 2009 – Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde;
- PT MS/GM Nº 1.378, DE 09/07/2013 - Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- PT MS/GM Nº 183, de 30/01/2014 - Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde;
- PT MS/GM Nº 264, de 17/02/2020 - Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;
- PT MS/GM Nº 1693, de 23/07/2021 - que institui no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH).
- PT MS/GM Nº10, de 03/01/2017 – que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- E outras pertinentes aos perfis das unidades, objetos deste Termo de Referência.

LEIS, NORMAS, PORTARIAS, RESOLUÇÕES E INSTRUÇÕES NORMATIVAS que também deverão ser seguidas pela OSS, observando suas atualizações:

- NR Nº 01 – MTE: Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Operacionais;
- NR Nº 04 – MTE: SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- NR Nº05 – MTE: CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- NR Nº06 – MTE: EPI – Equipamentos de Proteção Individual;
- NR Nº07– MTE: PCMSO – Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- NR Nº09 – MTE: PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- NR Nº15 – MTE: Atividades e Operações Insalubres;
- NR Nº17 – MTE: Ergonomia;
- NR Nº23 – MTE: Proteção contra Incêndio;
- NR Nº26 – MTE: Sinalização de Segurança;
- NR Nº32 – MTE: Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde;
- Resoluções CONAMA nº 283/01 e 358/05 e RDC ANVISA 306/04: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Portaria MS/GM, de 28/08/1998: PMOC – Plano de manutenção, Operação e Controle;
- NBR ISO/IEC 17027, de 27 de dezembro de 2005 – Requisitos Gerais para a Competência em Realizar Ensaios e/ou Calibrações, incluindo amostragem;
- NBR ISO/IEC 60.601, de 25 de outubro de 2010 – Requisitos Gerais para Segurança Básica e Desempenho dos Equipamentos Médicos;
- Lei nº 9.732, de 11/12/98; Lei nº 8.213/91: LTCAT - Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho;
- Instrução Normativa IN-INSS/DC nº 96/2003: PPP– Perfil Profissiográfico Profissional;
- RDC nº 330 – ANVISA, de 20 de dezembro de 2019 – Estabelece os Requisitos Sanitários para a Organização e o Funcionamento de Serviços de Radiologia Diagnóstica ou Intervencionista e Regulamenta o Controle das Exposições Médicas, Ocupacionais e do Público decorrentes do Uso de Tecnologias Radiológicas Diagnósticas ou Intervencionistas;
- RDC – 509 - ANVISA, de 27 de maio de 2021- Escopo de Gestão de Engenharia Clínica e NBR15.943/2011ABNT: PGT: Plano de Gerenciamento das Tecnologias e;
- RDC nº185 ANVISA, de 22 de outubro de 2001 - Classificação de Risco dos Produtos Médicos;
- Instrução Normativa nº001/2020, Tribunal de Contas do Estado de São Paulo –TCE.
- E outras pertinentes aos perfis das unidades, objetos deste Plano de Trabalho.

Obrigações da Organização Social

- A **CONTRATADA** deverá se pautar por resultados qualitativos e quantitativos, previamente acordados, cabendo ao **CONTRATANTE,** o acompanhamento dos indicadores definidos no Contrato de Gestão.
- A **CONTRATADA** deverá garantir, em exercício do Contrato de Gestão, quadro de recursos humanos qualificados e em número suficiente para todos os setores, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes á espécie, estando definida como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa em seu dimensionamento de pessoal, observando a Portaria 10 de 2017, conforme dimensionamento da equipe técnica-assistencial, devendo cumprir todas as políticas municipais, federais e estaduais, sendo de responsabilidade da contratada todo o quantitativo necessário a ser disponibilizado pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL, devendo dimensionar a equipe a ser contratada, considerando todas as atividades previstas.
- A **CONTRATADA** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados. Obedecer às Normas do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais, responsabilizando-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributarias e as demais previstas na legislação específica;
- A **CONTRATADA** deverá garantir a realização de Processo Seletivo para a contratação de Recursos Humanos.
- A **CONTRATADA** deve dispor de controle digital de frequência, para controle de seus respectivos funcionários com vínculos CLT; respeitando a Portaria 671 do Mistério do Trabalho e Previdência – MTP
- A **CONTRATADA** será responsável por arcar com TODAS as contas de consumo e utilidade pública (tais como: telefonia, internet e outras caracterizadas como consumo, impostos ou taxas pertencentes ao imóvel, exceto água);
- A **CONTRATADA** deverá garantir insumos médicos - hospitalares, materiais médicos - hospitalares, medicamentos, materiais de esterilização, laboratoriais;
- A **CONTRATADA** deverá garantir a locação de tanques, cilindros e afins para o devido fornecimento dos gases medicinais;
- A **CONTRATADA** deverá garantir o grupo gerador e respectivas manutenções preventivas e corretivas e fornecimento de insumos para sua operacionalização;

417

- A **CONTRATADA** deverá realizar cotações através de plataformas eletrônicas e/ou através de Editais para realizar suas aquisições e/ou contratações, previstas neste Termo;
- A **CONTRATADA** deverá garantir e manter em perfeito estado de asseio e limpeza e conservação as áreas de trabalho, as instalações e os materiais utilizados na prestação do serviço, empregando-se preparações e produtos que atendem às normas técnicas de saúde vigentes; fornecimento de todo os materiais de limpeza, assepsia, conservação e afins;
- A **CONTRATADA** deverá garantir os acessórios de descartáveis, lixeiras e insumos de descartáveis de uso coletivo;
- A **CONTRATADA** deverá garantir o apoio técnico e logístico no que tange a cadeia de suprimentos, almoxarifados e estoques em gerais;
- A **CONTRATADA** deverá garantir o abastecimento interno, exceto a farmácia de Dipensação SUS e devidamente controlado da farmácia central e Dispensação SUS;
- A **CONTRATADA** deverá garantir assistência nutricional e fornecimento de alimentação (desjejum, almoço, lanche e jantar) aos seus clientes/pacientes e acompanhantes, incluindo fórmulas infantis, dietas enterais e parenterais;
- A **CONTRATADA** deverá garantir a higienização e limpeza das caixas d'água, bebedouros e respectivamente potabilidade da água, e seus respectivos certificados, atendendo a toda legislação vigente;
- A **CONTRATADA** deverá garantir a dedetização, desratização, controles de pragas e afins, com seus respectivos certificados, atendendo a toda legislação vigente;
- A **CONTRATADA** deverá garantir o fornecimento de todo o enxoval hospitalar e roupas hospitalares (lençóis, cobertores, campos, aventais, roupas privativas, camisolas entre outros), além de toda higienização e conservação dos respectivos, garantir também o pleno funcionamento da rouparia (distribuição nos setores e coleta das roupas utilizadas);
- A **CONTRATADA** deverá garantir o aporte e fornecimento dos equipamentos médicos assistenciais não contemplados na lista de aquisições, de acordo com a Portaria, Aquisições e Investimentos, pertencentes neste;
- A **CONTRATADA** deverá garantir equipamentos e insumos de informática em quantidades mínimas necessárias, para operacionalizar a unidade hospitalar e seus respectivos setores, da unidade hospitalar;
- A **CONTRATADA** deverá garantir o apoio técnico e operacional e manutenções preventivas e corretivas no que se refere a parte tecnológica da unidade;

- A **CONTRATADA** deverá garantir o serviço necessário para realização de exames radiológicos;

Necessidade da contratação de equipe de técnicos de radiologia para execução dos exames radiológicos

- A **CONTRATADA** deverá garantir que os exames de imagem (raio-X) sejam disponibilizados de forma informatizada a todos os profissionais e setores internos e que a imagem seja disponibilizada aos clientes/pacientes de forma digital quando solicitado.
- A **CONTRATADA** deverá garantir a manutenção preventiva, corretiva e higienização de todos os aparelhos de ar-condicionado, pertencentes a unidade em pleno funcionamento, além das substituições dos filtros "HEPA" em ambientes classificados como de alta criticidade infecciosas, conforme previsto nas legislações vigentes;
- A **CONTRATADA** deverá garantir o fornecimento de todos os impressos gráficos e demais materiais e insumos de papelaria em geral;
- A **CONTRATADA** deverá manter seus funcionários e os colaboradores cedidos, devidamente uniformizados, com crachá de identificação, além de provê-los com os Equipamentos de Proteção Individual EPI's e Equipamentos de Proteção Coletiva EPC's;
- A **CONTRATADA** deverá garantir veículo adequado, com condutor, conforme legislação vigente para realização de logística e logística reversa, destinada a locomoção de material biológico, de forma ininterrupta por 24 horas, sete dias da semana incluindo domingos e feriados.
- A **CONTRATADA** deverá garantir a implantação e permanência dos programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) para seus colaboradores, com avaliação anual como o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). contendo no mínimo, os itens constantes das normas regulamentadoras n° 7 e 9, respectivamente, da Portaria n°3.214/78 do Ministério do Trabalho e Previdência Social.
- A **CONTRATADA** deverá garantir a perfeita guarda e arquivo de todos os documentos físicos ou digitais oficiais de todos os atendimentos, procedimentos e afins da unidade;
- A **CONTRATADA** deverá promover a todos os profissionais envolvidos na execução dos serviços ora contratados, educação continuada, treinamentos e capacitações, a fim de realizar atualizações e melhor eficiência na prestação dos serviços públicos, de forma mensal, conforme pré-estabelecido em Plano de Educação Permanente, elaborado pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL e previamente aprovado pela SMS;
- A **CONTRATADA** deverá desenvolver e implantar os Procedimentos Operacionais Padrão

919

- POPS clínicos e administrativos em todos os departamentos, visando a otimização da gestão, sob sua responsabilidade de acordo com as legislações vigentes, capacitar os funcionários para que todos tenham plena ciência das rotinas estabelecidas pelos POP's, sua revisão e atualização deve ser periódica;
- Os protocolos assistenciais e de atendimentos deverão ser confeccionados pela equipe assistencial e assinados pelo Diretor Técnico. Os protocolos deverão abordar os processos envolvidos na assistência, contemplando os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos;
- A **CONTRATADA** deverá possuir procedimentos e normas especificas para a gestão de suprimentos, tecnologia da informação, LGPD e ativos fixos;
- A **CONTRATADA** deverá garantir e possuir Responsável Técnico–RT (médico, enfermagem, farmacêutico, nutricionista), com registro juntamente aos respectivos conselhos profissionais, conforme preconizam as legislações vigentes;
- A **CONTRATADA** deverá utilizar sua logomarca e o Brasão do Município de Louveira e do SUS, em todos os documentos emitidos;
- A **CONTRATADA** deverá implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação com pulseira identificadora/classificatória do paciente de imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos â saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- A **CONTRATADA** deverá garantir processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação com pulseira identificadora/classificatória do paciente de imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento
- A **CONTRATADA** deverá utilizar Prontuário Eletrônico para todos os pacientes, igual ou compatível ao sistema utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde contendo as informações completas do paciente e de seu quadro clínico e sua evolução, prescrição, pareceres, intervenções e resultados de exames diagnósticos, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.
- A **CONTRATADA** deverá dispor de serviços de informática com sistema integrado para gestão hospitalar que contemple, minimamente, marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), sistema de custos, compras, prontuário do paciente (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº.1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais. O sistema instalado deve permitir seu

acesso, via Internet (WEB), pelo Órgão Supervisor, bem como, propiciar a produção dos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à **CONTRATADA** a manutenção da rede de informática, emigração total dos dados de todos os sistemas legados utilizados até a presente data com análise e higienização dos dados. (sistemas atuais possuem as linguagens mysql 3.23, Delphi 5, postgresql e SQLserver)

- A **CONTRATADA** deverá manter dois links de internet de operadoras diferentes, para redundância no acesso ao Sistema.
- A **CONTRATADA** deverá manter o funcionamento ativo e atualizado no que tange ao PABX;
- A **CONTRATADA** deverá desenvolver Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE.;
- A **CONTRATADA** deverá respeitar a legislação ambiental pertinente e evidenciar todas as necessidades documentais exigidas pelas normas legais, para a devida regularização de todas as pendências;
- A **CONTRATADA** será responsável pelos serviços de manutenção geral que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, e calibrações, zelando assim, pelo bom funcionamento e desempenho dos equipamentos, inclusive dos equipamentos pertencentes ao SADT, sendo de responsabilidade da CONTRATADA o fornecimento dos insumos para a realização das manutenções.
- A **CONTRATADA** deverá garantir a segurança do processo do guarda corpo temporário até a liberação do corpo, para os serviços funerários;
- A **CONTRATADA** deverá garantir acompanhante aos usuários de acordo com a legislação vigente, com direito a alojamento e alimentação;
- A **CONTRATADA** deverá dispor de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes da Portaria GM n° 2.529 de 23/11/2004, e da Portaria GM/MS Nº 1.693 de 23.07.2021, que institui no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH).

A **CONTRATADA** deverá constituir legalmente e manter ativas as Comissões:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

- A **CONTRATADA** deverá constituir e manter recursos humanos para relacionamento com a clientela:

Ouvidoria Municipal – demanda referenciada;

Serviço de Atendimento ao Usuário;

- A **CONTRATADA** deverá apoiar nas práticas de atividades curriculares como programas de formação, planos de estágios, entre outros, na área da saúde das Instituições de Ensino Superior e Ensino Médio, entre entes públicos e privados que estejam formalmente conveniados com a SMS ou estejam inseridos no campo de estudo e pesquisa em saúde, para desenvolvimento de estágios curriculares, através de contratos devidamente formalizados entre a **CONTRATADA** e a Instituição de Ensino e especificamente discriminadas as responsabilidades de ambas as partes.

ATRIBUIÇÕES DA CONTRATADA – SERVIÇOS DE APOIO

- Farmácia para atendimento interno (24 horas);
- Farmácia para atendimento de usuários SUS (24 horas);
- Recepção 24 horas;
- Serviços de laboratório 24 horas;
- Segurança desarmada/Controladores de acesso 24 horas;
- Limpeza, higienização e conservação 24horas;
- Transporte de material biológico, devidamente adequado conforme normas técnicas e de segurança;
- Serviço de lavanderia e rouparia;
- Central de materiais e esterilização (CME);

- Manutenção predial (24 horas para chamados de emergência);
- Manutenção preventiva, preditiva e calibrações de equipamentos hospitalares (24 horas para chamados de emergência);
- Serviço de Nutrição e Dietética;
- Serviço de apoio e suporte ao usuário em relação ao sistema de informação utilizado no hospital - 24 horas;

Horário de Funcionamento

O Hospital deverá funcionar nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, com quadro de profissionais de saúde e de apoio capaz de manter e contemplar durante todo o período de funcionamento, toda a demanda assistencial e administrativa da unidade, nas diversas especialidades assistenciais de suporte a urgência e emergência clínica e pediátrica. Além disso, deve o corpo clínico, assistencial e de apoio ser adequado ao nível de complexidade da instituição e dos serviços descritos.

METAS

ATENDIMENTO ADULTO – CONSULTAS		
Especialidades *in loco*: Clínico Geral, Emergência.		
Descrição	**Meta atendimento mensal**	**Meta atendimento anual**
Atendimentos médicos	6.750	81.000
Total Geral	**6.750**	**81.000**

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM HOSPITAL SANTO ANTONIO DE LOUVEIRA

Inalação;

Retirada de Ponto;

Curativo;

Coleta de Material p/ Laboratório;

Teste para Diabetes;

Aferição de Pressão Arterial;

Administração de Medicamentos;

Suturas;

Coleta de exames;

Entre outros.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM		
Considerações: Atendimentos Internos Adulto		
Descrição	**Meta mensal**	**Meta anual**
Procedimentos enfermagem	6.750	81.000
Total Geral	**6.750**	**81.000**

E demais procedimentos que forem necessários para o pleno funcionamento do serviço.

SADT–INTERNO

SERVIÇO DE APOIO À DIAGNOSE E TERAPIA		
SADT: Atendimento para pacientes Adulto		
Descrição	**Meta mensal**	**Meta anual**
Raixzo X sem contraste	1.000	12.000
Exames laboratoriais	2.260	27.120
Total Geral	**3.260**	**39.120**

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO QUALITATIVO

Os indicadores são medidos-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões dos processos estabelecidos assim como dos resultados das ações realizadas.

A seleção dos indicadores apresentados na Matriz de Indicadores de Qualidade buscou incentivar intervenções da **CONTRATADA** que visem à qualidade nos processos de trabalho das unidades de saúde objeto do Contrato de Gestão.

Esses indicadores são acompanhados, avaliados e compartilhados com a Secretaria de Saúde mensalmente, os respectivos indicadores poderão e deverão ser atualizados e/ou modificados de acordo com as avaliações e o desenvolvimento das ações do contrato.

Objetivo	Indicador	Fórmula/documentos	Fonte	Periodicidade		Meta a atingir
Visa avaliar a implantação efetiva do serviço de Atendimento ao usuário e seu funcionamento	Constituição do Serviço de Atendimento ao Usuário-SAU	Documento contendo o nome e função dos componentes, rotinas e modelo do relatório de atividades padronizado.	Entidade Parceira	Mensal		**100%**
	Funcionamento do Serviço de Atendimento ao Usuário-SAU	Relatório de Atividades		Mensal		**100%**
Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros de atendimento	Implantação da Comissão de Prontuários	Ata de Nomeação e implantação da Comissão	Entidade Parceira	Mensal		**100%**
	Acompanhamento Mensal da Comissão	Ata de Reunião		Mensal		**100%**
	Implantação da Comissão de óbitos	Ata de Nomeação e implantação da Comissão		Mensal		**100%**
	Acompanhamento Mensal da Comissão	Ata de Reunião	Entidade Parceira	Mensal		**100%**
Acompanhamento dos registros dos dados dos profissionais que prestam serviço nas unidades de saúde em que estão sob responsabilidade direta da Entidade Parceira.	Cadastro de Profissionais de saúde no CNES	Cadastro atualizado dos profissionais em atividade nas Unidades de saúde-CNES	Entidade Parceira	Mensal		**100%**

925

Acompanhar as atividades dos serviços de saúde contratados.	Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco	Plano de Acolhimento com Classificação de Risco implantado	Entidade Parceira	Mensal		**100%**
	Acompanhamento da Classificação por cor	Relatório de Atividades	Entidade Parceira	Mensal		**100%**
Acompanhar a Efetividade na execução financeira e administrativa	Relatórios assistenciais e financeiros entregues padrão e no prazo.	Relatórios assistenciais e financeiros entregues no padrão definido pela SMS até o 20º dia útil do mês.	Entidade Parceira	Mensal		**100%**

ATENDIMENTO PEDIÁTRICO	
Grupo 01 – Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	**META ASSISTENCIAL MENSAL**
Diagnóstico por Laboratório	**2.260**
Diagnóstico por Radiologia	**1.000**
TOTAL	**3.260**
Grupo 02 – Consultas/Atendimentos	**META ASSISTENCIAL MENSAL**
Atendimento de Urgência e Emergência	**6.750**
Atendimento de Urgência por profissional da enfermagem	**6.750**
TOTAL	**13.500**

Quadro de Metas Físicas e Indicadores Pactuados:

Nº	METAMENSAL	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1	Atendimentos Médicos/mês.	Alcançar, no trimestre 85% ou mais da meta de atendimentos em cada unidade.	**20**
2	Manter o dimensionamento equipe mínima de funcionários CLT	85%ou mais da equipe mínima de Funcionários CLT/mês, previsto neste Plano Operativo.	**10**
3	Exames de radiologia e cardiologia ambulatorial	85% ou mais da meta exames/mês e cumprir o dimensionamento mínimo da equipe, previsto neste Plano Operativo.	**10**
4	Cobertura serviço social	Apresentar relatório quadrimestral de Produção bem como comprovação de frequência dos profissionais	**10**
5	Composição equipe mínima de plantonistas dos Pronto Atendimentos	Apresentar escala médica	**10**
6	Atendimentos Médicos de Especialidades/mês.	Apresentar relatório de atendimento	**20**
7	Composição equipe mínima de Plantonistas dos Serviço	Apresentar escala médica	**10**
8	Metas Qualitativas	Apresentar relatórios, conforme roteiro Abaixo descrito	**10**
	TOTAL DE PONTOS		**100**

Metas Qualitativas

A obtenção da pontuação de metas qualitativas seguirá a seguinte metodologia:

Para cada item do Quadro de Metas e Indicadores Qualitativos Pactuados, será atribuído um valor de zero a 10 pontos, a partir da pontuação obtida, se define o percentual de cumprimento das metas, conforme quadro abaixo:

Caso o prestador não atinja pelo menos 50% das metas qualitativas pactuadas, por 2 (dois) quadrimestres ou por 3 (três) quadrimestres alternados, durante todo o período de vigência do contrato, ele não será renovado automaticamente, obrigando a administração municipal a iniciar um novo processo de seleção para contratação de uma nova entidade.

Quadro de Metas e Indicadores Qualitativos Pactuados:

N	META MENSAL	INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1	**Participação na Comissão de Revisão de Óbitos (Coordenada pela VISA Municipal)**	Apresentação mensal de relatório à Comissão de Revisão de óbitos para análise dos óbitos ocorridos por faixa etária e medidas adotadas; Notificação dos óbitos maternos, fetais e infantis identificando: nome da mãe, da criança, endereço e idade;	1
2	**Comissão de Revisão de Prontuários**	Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros Apresentação das atas das reuniões mensais realizadas.	**1**
3	**Comissão de Infecção Hospitalar**	Enviar relatório trimestral produzido pela comissão de vigilância em saúde com informação das medidas corretivas adotadas levando-se em conta as fichas de procedimentos emitidas pela VISA local após inspeção sanitária. Apresentar atas de reuniões mensais realizadas	**1**

4	**Comissão de Ética Médica e de Enfermagem**	Apresentar relatório trimestral elaborado pelas comissões de ética médica e de enfermagem bem como as atas das reuniões Mensais realizadas	**1**
5	**Políticas de Humanização do SUS**	Apresentar relatório trimestral, indicando o percentual de implementação do projeto de humanização na unidade, contendo ações e atividades realizadas no sentido de implementar a Política de Humanização no SUS aprovada pelo Ministério da Saúde.	**1**
6	**Política Nacional de Medicamentos**	Apresentar relatório trimestral com ações e atividades realizadas no sentido de implementar a Política Nacional de Medicamentos	**1**
7	**Saúde do Trabalhador**	Apresentar relatório trimestral com levantamento de absenteísmo, incidência e prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, acidentes com perfuro cortantes e com exposição a material biológico em funcionários do serviço.	**1**
8	**Qualidade da Informação**	Apresentar quatro comprovantes mensais de envios à UAC das atualizações do SCNES e da produção SIA e SIH. Apresentar Relatório Trimestral da situação do patrimônio da unidade. Apresentar comprovantes de atualização perante a VISA local quando for o caso. Notificar oportunamente as doenças de Notificação compulsória conforme prazos estabelecidos pelo MS.	**1**

A critério da Diretoria e da própria Comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

III. ELEIÇÕES:

São organizadas por uma Comissão Eleitoral Autônoma, garantindo transparência a todo o processo.

Como representante legítima da classe profissional, a CEM é eleita por meio de voto direto de todos os médicos que fazem parte do corpo clínico, independentemente do tipo de vínculo.

O período de atuação da CEM corresponderá a 24 meses.

IV. IMPEDIMENTOS

Não poderão participar como candidatos a membros da CEM os médicos que exercerem cargos de direção, como Coordenador Clínico, Diretor Executivo e Diretor Técnico. Quando investidos dessas funções após terem sido eleitos, deverão se afastar. Nesse caso o membro efetivo será substituído pelo suplente.

Se por qualquer motivo o participante da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico da Instituição, seu mandato cessará automaticamente.

V. SEDE

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

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

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

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou secretario, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Coordenador Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Diretoria Clínica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação.

VII. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Ética Médica

Opinião

Educação

Fiscalização

Sindicâncias

Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

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

Desenvolver atividades de caráter técnico científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;

Assegurar a credibilidade aos médicos, melhorar a imagem da Instituição e aprimorar a relação médico/paciente.

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

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

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

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

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

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

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

São atribuições e competências da secretária da Comissão

a) Organizar a ordem do dia;

931

9	**Política de Recursos Humanos**	Apresentar relatório trimestral com listas de presença das integrações institucionais, bem como protocolo de recebimento de 100% dos novos colaboradores da Cartilha do Colaborador.	**1**
10	**Política de Educação Permanente/Continuada**	Apresentar relatório trimestral com listas de presença e resumos dos temas dos cursos, treinamentos, capacitações e encontros de Educação Permanente realizadas em cada mês do trimestre.	**1**
	TOTAL DE PONTOS		**10**

2. Qualidade Técnica

2.1 Gestão de Processos

2.1.1 Proposta de funcionamento das Comissões/Núcleos/Comitês.

Comissão de Ética Médica

Em cumprimento à RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002, alterada parcialmente pela Resolução CFM nº 1.812/2007, a AHBB estabelecerá a implantação da Comissão de Ética Médica (CEM) com função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:

FORMAÇÃO	PERFIL DO COMPONENTE	QTD
Presidente	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	01
Secretário	Profissional que atue no Hospital, eleito para a Comissão e para o cargo.	01
Membros Efetivos	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	03
Membros Suplentes	Profissional com formação em medicina, eleito pelo corpo clínico do Hospital	03

COMPOSIÇÃO

Será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes e será instalada obedecendo ao critério de proporcionalidade definido pelo porte do serviço: 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

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

Conforme alterado pela Resolução CFM n. 1.812/07, o mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Conteúdo

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;
- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

933

- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.
- A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina.
- A convocação da eleição será feita pelo Coordenador clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.
- A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

METAS E OBJETIVOS DA COMISSÃO

- Elaboração de Cronograma das reuniões mensais;
- Elaboração de relatórios a direção;
- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Educação Continuada – criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;
- Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- Proceder à sindicância a pedidos de interessados, médicos, Conselho ou por iniciativa própria, visando diminuir conflitos e dúvidas existentes na Instituição;

- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Medicina na Instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe médica;
- Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde referente aos conflitos éticos;
- Divulgar a magnitude e a importância do código de ética e seus respectivos indicadores;
- Cronograma de Atividades Anual
- Reuniões Mensais

Frequência das reuniões

- Reunião da comissão organizadora da eleição semanalmente até a ocorrência do pleito. Em seguida, de acordo com a demanda dos serviços

Controle pela Direção Médica

Acompanhamento

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

I. FINALIDADE

Criadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1970 e estabelecidas formalmente por meio de resolução em 1985, as Comissões de Ética Médica (CEMs) correspondem ao "braço" dos Conselhos Regionais dentro das instituições. Cabe a CEM as funções de opinar e educar sobre as questões referentes ao correto desempenho ético da profissão (junto ao corpo clínico, direção e usuários), fiscalizar as condições de trabalho médico e o atendimento prestado e promoção de sindicâncias voltadas a situações específicas nos hospitais.

II. COMPOSIÇÃO

A CEM é composta por um presidente e um secretário no total de dez membros médicos, sendo cinco titulares e cinco suplentes, cujo número é proporcional à quantidade de médicos que atuam no Corpo Clínico da Instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretária;

VIII DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEM, em conjunto com o Coordenador Clínico da Instituição.

Comissão de Ética de Enfermagem

DEFINIÇÃO

É um órgão supervisor da ética profissional na Instituição, representando os Conselhos Regional e Federal de Enfermagem, com a finalidade de: educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética Profissional de Enfermagem.

REGULAMENTAÇÃO

Lei nº. 5.905 / 1973 do COREN

Resolução nº. 172 / 1994

PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:

FORMAÇÃO	PERFIL DO COMPONENTE	QTD
Presidente	Profissional com graduado em Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Secretário	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.	01
Membros Efetivos	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital	05
Membros Suplentes	Profissional da área de Enfermagem eleito por votação direta pelo corpo de enfermagem do hospital	05

VIGÊNCIA

12 meses permitindo reeleição

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;

Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

INDICADORES

Total de Enfermeiros com Inscrição no COREN

Total de Técnicos / Total de Auxiliares

Total de funcionários capacitados

Total de processos Éticos analisados

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

O presidente da Comissão, assim como todos os membros, será nomeado por Portaria Interna pela Direção. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Deverão ocorrer Reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definido e realizado mensalmente.

Cronograma de Atividades Educativas e Epidemiológica Anual.

Ata das reuniões, bem como Relatório com plano de ação, indicadores e metas:

Mensal – a ser entregue a coordenação local (gerência de risco)

Cronograma de reuniões ordinárias anual

Regimento Interno

METAS E OBJETIVOS DA COMISSÃO PARA O PRIMEIRO ANO DE CONTRATO

Nomeação pela Gerência de Enfermagem dos membros da Comissão, após identificar, entre os profissionais, indivíduos com perfil;

Validação do COREN – SP da Comissão;

Validação do Regimento Interno pela Comissão;

Elaboração de relatório mensal;

Educação Permanente: Criar um sistema que garanta que os pacientes, os profissionais de saúde e os visitantes sejam orientados sobre questões éticas;

Manter atualizado o cadastramento de todos da equipe de Enfermagem;

Divulgar o código de Ética e demais normas disciplinares e Éticas da categoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela, pela equipe de Enfermagem;

Manter portaria atualizada.

PROPOSTA PARA REGIMENTO- COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

CARACTERÍSTICAS GERAIS – DEFINIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (C.E.E) é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem em caráter permanente junto às Instituições de Saúde, tendo funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício nas referidas instituições.

CAPÍTULO II

NATUREZA E FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde à que pertence, estabelecendo com ela uma relação de independência e autonomia, cientificando e assessorando a mesma sobre os assuntos afetos a esta.

Parágrafo Único – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Diretoria/Chefia/Gerência ou divisão de Enfermagem da Instituição de Saúde a que pertence o calendário de suas reuniões e/ou atividades.

Artigo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

Garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da Instituição através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem da Instituição;

Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais de enfermagem.

CAPÍTULO III

DAS ELEIÇÕES

Artigo 4º - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo secreto e direto

Artigo 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados de pleito.

Parágrafo 1º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos.

Parágrafo 2º - A Convocação para a eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data estabelecida para a votação. Prazo este também para as inscrições e divulgação dos candidatos.

Parágrafo 3º - Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

Grupo I correspondente ao Quadro I, da categoria de Enfermeiros e Grupo II correspondente ao Quadros II e III, respectivamente dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Parágrafo 4º - Os candidatos poderão indicar, no ato da inscrição, até dois fiscais, entre os profissionais de enfermagem da Instituição, para o acompanhamento do processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Parágrafo 5º - As inscrições serão encerradas 30 (trinta) dias antes da data do pleito, quando a Comissão Eleitoral deverá enviar ao COREN a relação dos candidatos e seus respectivos fiscais, para averiguação das condições de elegibilidade, quando o COREN-SP deverá expedir declaração, sem ônus para os candidatos.

Parágrafo 6º - Os candidatos ao pleito deverão ter os seguintes requisitos:

I – Ter no mínimo 2 anos de inscrição definitiva e estarem em dia com suas obrigações junto ao COREN.

II – Os candidatos não devem estar envolvidos em processo ético no COREN.

Parágrafo 7º - Os candidatos não devem estar respondendo a nenhum processo administrativo na Instituição.

Artigo 6º - A data de votação fica estabelecida para o último dia útil do mês xxxx, devendo a posse ocorrer até o dia dd/mm do mesmo ano.

Parágrafo 1º - Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares nos candidatos do Grupo II.

Parágrafo 2º - O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto.

Artigo 7º - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do processo eleitoral podendo ser assistida por todos os interessados.

Parágrafo 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número dos votos válidos no Grupo I e Grupo II, e os resultados deverão ser enviados ao COREN no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o pleito.

Parágrafo 2º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder ao desempate de acordo com o tempo de exercício na Instituição empregadora na categoria eleita. Caso persista o empate considerar-se a o profissional com o número de registro mais antigo no Conselho como vencedor.

Parágrafo 3º - Protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de, no máximo, 48 horas após as eleições e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral, em segunda instância à C.E.E e, por último, a instância superior – COREN.

Artigo 8º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral, podendo esta formular consultas ao COREN.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIA

Artigo 9º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

Divulgar e fiscalizar o exato cumprimento do Código de Ética, da Lei e do Decreto sobre o Exercício dos Profissionais de Enfermagem, bem como das Resoluções e Decisões do COFEN e do COREN dentro da Instituição.

Opinar, normatizar, orientar e fiscalizar sempre em relação ao desempenho ético da profissão.

Manter atualizado o cadastro de todos os profissionais de enfermagem que trabalham na Instituição.

Realizar sindicância sobre o fato notificado, quando julgar necessário, convocando os profissionais envolvidos e suas testemunhas, tomando à termo seus depoimentos, verificando o exercício ético da profissão, as condições oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, a qualidade do atendimento prestado aos pacientes e sugerindo as modificações que venham a julgar necessárias;

Encaminhar o relatório de sindicância juntamente com o parecer da CEE ao COREN, no prazo máximo de trinta dias, sujeito a prorrogação, ao se constatar indícios de possível infração ética, arrolando-se todos os documentos comprobatórios necessários afetos a este, com cópia para a respectiva Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição.

Nos casos de não se constatar indícios de infração ética, a CEE deverá encerrar a sindicância, arrolando todos os documentos, elaborando o relatório final e arquivando o processo na instituição.

Cientificar à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem da Instituição sobre todos os relatórios conclusivos das Sindicâncias ali instauradas pela CEE.

Elaborar, quando necessário, conjuntamente com o COREN, padrões éticos suscitados por modernos métodos de diagnóstico e terapêutica de complexa tecnologia, para que sejam adotados pela equipe de enfermagem e por grupos multiprofissionais qualificados.

Solicitar aos responsáveis pela Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem, assim como, aos responsáveis pelos outros serviços da Instituição de Saúde, informações e comprobatórios quando julgados indispensáveis para a elucidação dos fatos que estão sendo apurados.

Artigo 10º – Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem.

Eleger Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre matérias em pauta.

Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão prevista neste regimento.

Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias.

CAPÍTULO V

ESTRUTURA

Artigo 11º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem com vínculo empregatício com a Instituição de Saúde, executando-se àqueles profissionais que sejam membros da Diretoria nos órgãos de classe ou que sejam Diretor/Chefe/Gerente, na referida Instituição.

Parágrafo Único – A Instituição de Saúde poderá fazer com que a Instituição de Ensino que solicita campos de Estágio se comprometa em participar de processos de sindicância quando necessário.

CAPÍTULO VI

COMPOSIÇÃO

Artigo 12º – Para a constituição de uma Comissão de Ética de Enfermagem, a Instituição de Saúde deverá contar no seu quadro de pessoal de enfermagem, no mínimo, 10 (dez) enfermeiros.

Artigo 13º – A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser constituída por 5 membros efetivos, sendo 3 enfermeiros, 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 5 membros suplentes sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

Parágrafo 1º - Os membros efetivos serão designados para as funções de Presidente, Vice-Presidente e Secretário, através de votação interna pelos membros que se elegeram para a Comissão de Ética de Enfermagem.

Parágrafo 2º - As funções de Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por enfermeiros.

Parágrafo 3º - A C.E.E. somente poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros.

Parágrafo 4º - Os membros efetivos poderão solicitar a participação dos suplentes nos trabalhos da C.E.E.

CAPÍTULO VII

ATRIBUIÇÕES

Artigo 14º – Ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem compete:

Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão.

Planejar e controlar as atividades programadas ou não da Comissão.

Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhá-lo à Diretoria/Chefia/Gerência ou Divisão de Enfermagem para ciência.

Elaborar parecer final para ser encaminhado ao COREN em casos que sejam constatadas infrações éticas.

Artigo 15º – Ao Vice-Presidente da Comissão compete:

Participar das reuniões da C.E.E.

Colaborar no planejamento e controle das atividades da C.E.E.

Substituir o Presidente na ausência dele.

Artigo 16º – Ao Secretário da C.E.E. compete:

Secretariar as reuniões e registrá-las em ata.

Verificar o quórum nas sindicâncias.

Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas.

Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância.

Executar as atividades internas que lhe forem atribuídas ou delegadas.

Elaborar conjuntamente com o Presidente da Comissão os relatórios das Sindicâncias.

Artigo 17º – Aos suplentes da C.E.E., compete:

Participar e colaborar nos trabalhos da C.E.E.

Atender às convocações da reunião da C.E.E.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 18º – A C.E.E. deverá se reunir uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados.

Artigo 19º – A C.E.E. deverá se reunir extraordinariamente quando a importância do fato assim o exigir.

Artigo 20º – O quórum para as decisões corresponde à maioria simples dos membros da Comissão.

Artigo 21º – Na desistência de um ou mais membros efetivos da C.E.E., eles serão automaticamente substituídos pelos suplentes de acordo com o número de votos obtidos na eleição. Na ausência destes no momento, cientificando-se formalmente o COREN a esse respeito.

Parágrafo Único – Em casos excepcionais a Instituição de Saúde poderá encaminhar nome (no máximo três) de profissionais ao COREN, que fará a indicação para preenchimento de vagas existentes.

Artigo 22º – A ausência não justificada a mais de 3 reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da C.E.E., sendo convocado o suplente correspondente. Tal exclusão e a correspondente substituição deverão ser comunicadas formalmente ao COREN.

Artigo 23º – Quando um dos membros da C.E.E., estiver envolvido na sindicância, o mesmo, será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade às suas atividades na Comissão, durante a vigência da sindicância.

Artigo 24º – Quando um dos convocados não comparecer na data da sindicância, deverá apresentar justificativa junto a CEE até 3 dias após a referida data. Se a justificativa não for aceita pela C.E.E., o fato deverá ser comunicado ao COREN sob forma de denúncia, ficando assim sujeito às penalidades impostas.

Artigo 25º – Os trabalhos de sindicância dar-se-ão por encerrados assim que todos os aspectos do fato estiverem esclarecidos. Havendo necessidade, a C.E.E. poderá convocar e organizar sindicâncias sobre o mesmo fato tantas vezes quantas forem necessárias.

Artigo 26º – Se houver a necessidade da presença de profissionais de outras áreas, eles poderão participar dos trabalhos de sindicância na qualidade de convidados.

Artigo 27º – A C.E.E. deverá enviar ao COREN, até o dia xx/mm de cada ano, sobre suas atividades dentro da instituição, correspondente ao ano anterior, incluindo aí o número de sindicâncias abertas e demais dadas considerados importantes, para análise do COREN.

993

Artigo 28º – O COREN, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios anuais enviados pela C.E.E., promoverá Seminários com os componentes da C.E.E. para orientações e esclarecimentos.

Artigo 29º – As Comissões de Ética de Enfermagem eleitas anteriormente à promulgação desta Decisão, terão seus mandatos prorrogados até a posse da C.E.E. a ser eleita e empossada no ano de .....

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES ANUAL

Reuniões Mensais: Todas as terceiras quarta feira dos meses subsequente a partir do mês de julho;

Reuniões Semestrais: dezembro – primeira quarta-feira do mês análise anual com implementação de Metas para o 2º ano de ação.

- Controle pela Direção de Enfermagem - Supervisão e acompanhamento.
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

Comissão de Revisão de Prontuário e Análise do Óbitos

FINALIDADE

Atender a resolução CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Administrativa da instituição.

PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:

FORMAÇÃO	PERFIL DO COMPONENTE	QTD
Presidente	Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão.	01
Vice-Presidente	Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão.	01
Secretário	Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão.	01
Membros Efetivos	Profissional com nível superior indicado pela Diretoria da Instituição e escolhido pelos membros da Comissão.	03

COMPOSIÇÃO

A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Direção Administrativa, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro (a).

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

MANDATO

O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como, todos os membros, serão nomeados pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

SEDE

A sede da comissão será a unidade de SAME.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório uma reunião ordinária mensal.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Coordenador Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente.

ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário Médico:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

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

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

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

d) Normatizar o preenchimento das contrarreferências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

d) Tipo de Alta.

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

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

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

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

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

São atribuições do Presidente da Comissão:

a) Convocar e presidir as reuniões.

b) Indicar seu vice-presidente.

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

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

e) Fazer cumprir o regimento.

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

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

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

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

e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

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

- Controle pela Direção Médica - Supervisão e acompanhamento.

- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

QUADRO DE METAS

FUNDAMENTO:	IMPLANTAR COMISSÃO
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Continuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e Registro das Atas
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião para revisão no trimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata do nº de prontuários analisados, identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas

DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

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

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

Capítulo I

Artigo 1° - A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP), será constituída por um número mínimo de 4 membros nomeados pelo Coordenador Clínico, e suplente designado pelo efetivo se necessário.

Representantes a serem deliberados:

SAME

Pediatria

Pronto Atendimento

Enfermagem

Faturamento

Capítulo II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2° - São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I – Estabelecer normas para avaliar a qualidade das informações contidas no prontuário:

II – Recomendar formulários, divulgar folders, cartazes, e artigos de revistas com assuntos pertinentes ao prontuário, esclarecimentos sobre importância do preenchimento do prontuário, bem como os fundamentos legais nos quais a CRP se ampara para desempenhar o seu trabalho.

III - Competência da CRPM:

Em Conformidade com a resolução de Conselho Federal de Medicina n° 1638, de 10 de julho de 2002, a CRP deve observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte eletrônico ou papel:

Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP), e exames anexados;

Anamnese, exame físico, hipótese diagnosticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

Evolução diária do paciente, com data e hora, descriminação de todos os procedimentos ao qual ele foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e / ou armazenados em meio eletrônico;

Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórios a assinatura e respectivo número do Conselho de Classes.

Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ ou a remoção para outra unidade.

Compete a CRP a nomeação de outras comissões nos setores onde se julgar necessários.

IV - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, a chefia das clínicas e a direção técnica da unidade.

V – A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Artigo 3° - A CRPM requisitara ao Serviço de Arquivo Médico (SAME), os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela CRPM, para avaliação.

Artigo 4° - A CPRM avaliará os prontuários por amostragem: 10% do total de Altas do mês. Na amostragem, o número de prontuários avaliados será proporcional ao número de internações em cada clínica.

Artigo 5° - A escolha do prontuário é aleatória.

Artigo 6° - A avaliação de prontuários será feita através de roteiro elaborado e aprovado pela CRPM;

Artigo 7° - As avaliações serão tabuladas em planilhas e serão encaminhadas aos setores interessados.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8° - Este Regimento Interno está em consonância com a resolução CFM Nº 1.638, de 10 de julho de 2002:

Artigo 9º - Este Estatuto poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Comissão de Farmácia

FINALIDADE

A Comissão de farmácia e terapêutica (CFT) assessora a diretoria clínica nos assuntos relacionados a medicamentos e terapêutica e serve como elo entre a farmácia e a equipe de saúde.

PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES:

FORMAÇÃO	PERFIL DO COMPONENTE	QTD
Médico	Profissional com formação em medicina, escolhido pela Direção Geral	01
Representante da CCIH	Profissional da área de saúde que atue na CCIH do hospital	01
Enfermeiro	Profissional com formação em Enfermagem, que atue na assistência do hospital	01
Farmacêutico	Profissional com formação em Farmácia, com experiência em farmácia hospitalar	01
Administrador	Profissional com formação em Administração, com título de especialista e que represente a Direção do Hospital.	01

MANDATO

O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório uma reunião ordinária mensal.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Coordenador Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente.

ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:

- Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, à distribuição, à produção, à utilização e à administração de fármacos e agentes diagnósticos;
- Padronizar, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos;

- Redigir o guia farmacoterápico ou formulário farmacêutico;
- Avaliar periodicamente o arsenal terapêutico disponível, promovendo inclusões ou exclusões segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo;
- Normatizar procedimentos farmacoclínicos que se relacionam com a terapêutica medicamentosa;

451

- Coordenar avaliações clínicas e estudos de consumo de medicamentos em pesquisa ou recém-lançados;
- Sugerir medidas que possibilitem a disponibilidade de recursos materiais e humanos, assegurando a viabilidade da política de medicamentos dentro da instituição;
- Disciplinar a ação dos representantes da indústria farmacêutica;
- Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, biofarmacêutico e químico, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;

- Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos e excluídos do formulário farmacêutico;
- Fazer estudos e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos;
- Elaborar programas de notificação e acompanhamento de reações adversas.

METAS E OBJETIVOS DA COMISSÃO DE FARMÁCIA

- Eleger os membros da comissão
- Acompanhar as normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição/dispensação, utilização e administração de medicamentos;
- Aompanhar ações educativas visando o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar e fiscalizar a utilização do Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação e materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

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

O presente regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria Administrativa da instituição e passará a ser divulgado publicamente entre seus colaboradores.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Da Natureza e Finalidade

Art. 1.º A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde como uma das estratégias para monitorar e promover a qualidade no uso dos medicamentos, com segurança e efetividade, é instância de caráter consultivo e de assessoria, vinculada à Assistência Farmacêutica, cuja ações devem estar voltadas à promoção do uso racional de medicamentos.

Art. 2.º A CFT tem por finalidade assessorar a Assistência Farmacêutica, em conjunto com a Comissão de Padronização de Materiais Médicos e Medicamentos, na consolidação das políticas e práticas de utilização de medicamentos:

I - Na seleção de medicamentos nos diversos níveis de complexidade;

II - no estabelecimento de critérios para o uso de medicamentos selecionados;

III - na avaliação do uso dos medicamentos selecionados.

Capítulo II

Das Atribuições

Art. 3.º São atribuições da CFT:

I - Desenvolver atividades de estudo sobre medicamentos padronizados para a implantação de rotinas que assegurem o uso racional de medicamentos;

II - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens da padronização de medicamentos;

III - desenvolver, propor estratégias e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, com intuito de assegurar resultados clínicos ótimos e um risco potencial mínimo, participando da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

IV - Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição / dispensação, utilização e administração de medicamentos;

V - Propor ações educativas visando o uso racional de medicamentos;

VI - Elaborar e manter atualizado o Manual Farmacoterapêutico e as normas para sua aplicação;

VII - elaborar materiais informativos sobre o uso racional de medicamentos.

Capítulo III

Da Composição

Art. 4.º A CFT será composta por representantes dos segmentos:

I - Assistência Farmacêutica – 2 membros;

II - Assistência de Enfermagem – 2 membros;

III – serviço de educação na Enfermagem – 1 membro;

IV - Assistência Médica – 1 membros.

§ 1.º A representação dos membros de cada segmento ocorrerá através de designação em Portaria pela Superintendência.

§ 2.º Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em aferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais (Anexo II do apêndice, critérios e fluxos de trabalho para inclusão e exclusão de medicamentos na padronização de medicamentos).

§ 3.º Enquanto pertencer à CFT, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias, produtoras de medicamentos.

§ 4.º Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas, ou cinco reuniões alternadas (num período de seis meses), sem justificativa relevante, devendo a chefia do segmento representado, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 5.º A justificativa relevante de que trata o parágrafo anterior deverá ser apresentada por escrito até quarenta e oito horas úteis após a reunião.

Capítulo IV

Do Funcionamento

Art. 5.º A CFT será coordenada por um membro da Assistência Farmacêutica.

Parágrafo único. Caberá ao Coordenador providenciar a organização da pauta das reuniões e preparação de cada tema nela incluído.

Art. 6.º A CFT reunir-se-á, uma vez ao mês e, extraordinariamente, por convocação do seu Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros.

Art. 7.º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de 2 membros da Assistência Farmacêutica, 1 membro da Assistência de Enfermagem e 1 membro da Assistência médica.

Art. 8.º Cada membro titular terá direito a um voto.

Art. 9.º Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes.

Art. 10. Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, inclusive podendo ser de outras instituições, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 11. As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da Comissão de Padronização de Material Médicos e Medicamentos, para aprovação final.

§ 1.º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a Comissão de Padronização de Material Médicos e Medicamentos deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

§ 2.º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos.

Art. 12. As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo da Coordenação da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.

Art. 13 - Controle pela Direção Administrativa - Supervisão e acompanhamento.

Das Disposições FINAIS

Capítulo V

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos em reunião da CFT.

Comissão de Prevenção de Acidentes e SESMT

DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO.

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

455

§ 1º - Os representantes da CIPA, titulares e suplentes, serão indicados pela:AHBB

§ 2º – Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculos a **AHBB** e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de
1988.

Art. 5º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Art. 6º - A direção designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 7º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

ART. 8º – Compete a CIPA

I) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria da Saúde e Segurança do Trabalho - SESMT;

II) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III) Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV) Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII) Participar com a Saúde e Segurança do Trabalho – SESMT das discussões promovidas, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionado à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII) Requerer à Saúde e Segurança do Trabalho - SESMT, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX) Colaborar junto ao SESMT no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI) Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII) Requisitar as cópias das CAT emitidas;

957

XIV) Promover, anualmente, em conjunto com a Saúde e Segurança do Trabalho - SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT; XV) Participar, anualmente de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

ART. 9º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

ART. 10 - Cabe aos empregados:

I) Participar da eleição de seus representantes;

II) Colaborar com a gestão da CIPA;

III) Indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.

IV) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

ART. 11 - Cabe ao Presidente da CIPA:

I) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT as decisões da comissão;

III) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

IV) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

V) Delegar atribuições ao Vice-Presidente;

ART. 12 - Cabe ao Vice-Presidente:

I) Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

ART. 13 - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III) Delegar atribuições aos membros da CIPA;

IV) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

V) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

VI) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

VII) Constituir a comissão eleitoral.

ART. 14 - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

I) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II) Preparar as correspondências; e

III) Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO

ART. 15 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

ART. 16 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

ART. 17 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

ART. 18 – Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

ART. 19 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

ART. 20 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

ART. 21 - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

III) Houver solicitação expressa de uma das representações.

ART. 22 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

ART. 23 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

ART. 24 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

ART. 25 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

ART. 26 - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta

na ata de eleição, devendo os motivos serem registrados em ata de reunião.

ART. 27 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

ART. 28 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

ART. 29 - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

ART. 30 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

ART. 31 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPÍTULO IV

DO PROCESSO ELEITORAL

ART. 32 – Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

ART. 33 - O Presidente e o Vice-presidente da CIPA constituirão dentre seus

membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

ART. 34 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I) Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

III) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

IV) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

V) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

961

VI) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

VII) Voto secreto;

VIII) Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

IX) Faculdade de eleição por meios eletrônicos;

X) Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

ART. 35 - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

ART. 36 - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

ART. 37 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

ART. 38 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO V

DO TREINAMENTO

ART. 39 - A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

ART. 40 - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

ART. 41 - As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

ART. 42 - O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

II) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

III) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

IV) Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

V) Noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciários relativas à segurança e saúde no trabalho;

VI) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

VII) Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

ART. 43 - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SESMT.

ART. 44 - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com as exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

ART. 45 – As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR – 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

Constituição da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Objetivos da CIPA:

Atendimento a NR 5.1. - Prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Constituição da CIPA:

5.2. Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

5.3 As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

5.4. Revogado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011

5.5 As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração dele.

Organização:

5.6. A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5 ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvado as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4. Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, o Órgão/Repartição designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos da NR5, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

5.7.1. O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

5.9 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

5.10 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

5.11 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

5.12 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

5.13. Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

5.14. A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.1. A documentação indicada no item 5.14 deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.2 O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.15. A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja

465

redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

Atribuições:

5.16 A CIPA terá por atribuição:

a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;

b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionado à segurança e saúde dos trabalhadores;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;

o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

5.17. Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes no plano de trabalho.

5.18 Cabem aos empregados:

a) participar da eleição de seus representantes;

b) colaborar com a gestão da CIPA;

c) indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

d) observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

5.19 Cabe ao Presidente da CIPA:

a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c) manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

d) coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

e) delegar atribuições ao Vice-Presidente;

5.20 Cabe ao Vice-Presidente:

a) executar atribuições que lhe forem delegadas;

b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

5.21 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c) delegar atribuições aos membros da CIPA;

d) promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver;

e) divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

g) constituir a comissão eleitoral.

5.22 O Secretário da CIPA terá por atribuição:

a) acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

b) preparar as correspondências; e

c) outras que lhe forem conferidas.

Funcionamento:

5.23 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

5.24 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

5.25 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

5.26 As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.27 Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

c) houver solicitação expressa de uma das representações.

5.28 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

5.28.1 Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

5.29 Das decisões da CIPA caberão pedidos de reconsideração, mediante requerimento justificado.

5.29.1 O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

5.30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

5.31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos serem registrados em ata de reunião. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.1 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

5.31.2 No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

5.31.3 Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.1 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.2 O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

Treinamento:

5.32 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

5.32.1 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

5.32.2 As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

5.33 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

b) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

c) noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

d) noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

e) noções sobre as legislações trabalhistas e previdenciários relativas à segurança e saúde no trabalho;

f) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

g) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

5.34 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

5.35 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

5.36 A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

5.37 Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

Processo Eleitoral:

5.38 Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

5.38.1 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

5.39 O Presidente e o Vice-presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

5.39.1 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

5.40 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

d) garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

e) realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

f) realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

g) voto secreto;

h) apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

i) faculdade de eleição por meios eletrônicos;

j) guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

5.41 Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

5.42 As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

5.42.1 Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

5.42.2 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

5.42.3 Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

5.43 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

5.44 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

5.45 Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Contratantes e contratadas:

5.46 Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

5.47 Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os

designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

5.48 A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento

5.49 A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

5.50 A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

Disposições finais

5.52 - Revogado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011

QUADRO I

Dimensionamento de CIPA

O Quadro I - Dimensionamento de CIPA, é encontrado na Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho, Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1977.

OBS.: Os membros efetivos e suplentes terão representantes dos Empregadores e Empregados.

* As atividades econômicas integrantes dos grupos estão especificadas por CNAE nos QUADROS II e III.

QUADROS II

Agrupamento de setores econômicos pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE (versão 2.0), para dimensionamento da CIPA

(Dado pela Portaria SIT n.º 14, de 21 de junho de 2007)

QUADRO III

Relação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE (Versão 2.0), com correspondente agrupamento para dimensionamento da CIPA

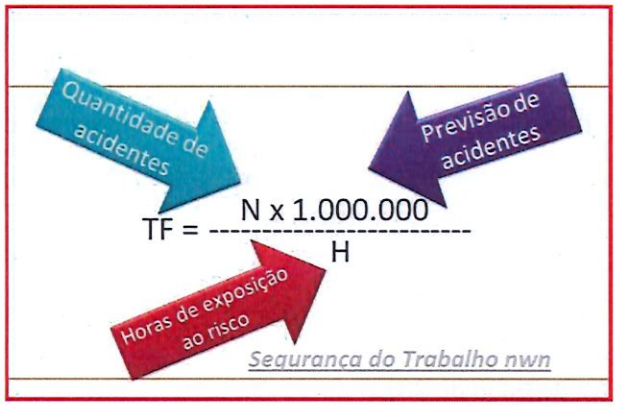
(Dado pela Portaria SIT n.º 14, de 21 de junho de 2007)

86.60-7 Atividades de apoio à gestão de saúde – Atividade Principal

Indicadores Cipa

A CIPA como uma ferramenta importante de prevenção e o objetivo de melhorar continuamente o ambiente de trabalho, e proporcionar uma qualidade de vida para os colaboradores, é um dos objetivos da comissão.

Existem três indicadores macro que são: Taxa de Frequência e Gravidade e temos um indicador bem específico que é Índice de Melhorias Sugeridas e Implementadas.



Outros indicadores mais setoriais são os números de inspeções, Fator Acidentário Previdenciário – FAP e outros que buscam evidenciar as boas práticas e os bons resultados.

Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I e II, anexos, observadas as exceções previstas na NR.4 (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

O serviço único de engenharia e medicina deverá possuir os profissionais especializados previstos no Quadro II desta NR. (Alterado pela Portaria MTPS n.º 510, de 29 de abril de 2016) e deverá obedecer ao disposto no Quadro II desta NR.

Para as atividades da **AHBB,** a organização do SESMT será de acordo com o dimensionamento:

GRUPO DE RISCO: 03

CNAE: 86.10-1 Atividades de atendimento

Entre 500 e 1000 funcionários:

- Técnico Seg. Trabalho - 3 profissionais
- Engenheiro Seg. Trabalho - 1 profissional
- Enfermeiro do Trabalho – 1 profissional
- Médico do Trabalho – 1 profissional

O SESMT e sua competência:

Compete ao SESMT esclarecer os empregados dos riscos no ambiente de trabalho e promover ações para neutralizá-los ou eliminá-los. Sempre visando a promoção da saúde, prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, através da realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Este trabalho pode ser feito, tanto por meio de campanhas internas, quanto por meio de programas permanentes.

Cabe, também, aos profissionais do SESMT treinar, apoiar e colaborar com a **CIPA**, criando uma rede de prevenção de acidentes entre os colaboradores.

Outras atribuições do SESMT

- Definição dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) que devem ser usados em cada área da empresa;
- Controle documental de entrega dos EPIS aos colaboradores;
- Treinamento dos colaboradores;
- Elaboração das estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho (atribuição prevista na NR 04);
- Entregar dados ao Ministério do Trabalho com o preenchimento dos quadros III, IV, V e VI;
- Verificar periodicamente, a situação da empresa;
- Planejar ações nas áreas mais críticas;
- Ser responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros;
- Utilização dos conhecimentos técnicos de seus profissionais para zelar pela saúde e segurança dos colaboradores no ambiente de trabalho;

- Aplicação de soluções para redução e eliminação dos riscos em máquinas e equipamentos;
- Diminuição e prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Cada profissional tem sua função dentro do SESMT, sua importância e sua característica particular.

Dimensionamento de Profissionais SESMT

MÉDICO DO TRABALHO - Realizam consultas e atendimentos médicos; Tratam pacientes e clientes; Implementam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde tanto individuais quanto coletivas; Coordenam programas e serviços em saúde, efetuam perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaboram documentos e difundem conhecimentos da área médica no trabalho.

Médico do Trabalho é responsável pelo: PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional); Participação na CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), LTCAT (Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho), e várias outras atividades.

ENGENHEIRO DE SEGURANÇA DO TRABALHO - Atua na gestão de segurança e saúde ocupacional, em médias e grandes empresas dos mais diversos segmentos. Visando reduzir as perdas decorrentes de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Essas perdas podem ser humanas, de maquinários e equipamentos, multas e meio ambiente.

ENFERMEIRO DE TRABALHO - O enfermeiro do trabalho normalmente é o líder da equipe de enfermagem do trabalho. Atua na assistência ao paciente, em ambulatórios, hospitais, ambulâncias, setores de trabalho e em domicílio. Cabe a ele juntamente com o médico a realização de coleta de dados sobre doenças ocupacionais, realização de inquéritos sanitários, coleta de dados estatísticos de morbidade e mortalidade de trabalhadores e etapas antecedentes aos estudos epidemiológicos. Executa, avalia programas de prevenções de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, faz análise dos fatores geradores de insalubridade, para propiciar a preservação de integridade física e mental do trabalhador. É sua função participar do processo de treinamento e instrução dos trabalhadores no uso de equipamento de proteção individual (EPI), na prevenção de doenças do trabalho em harmonia e concordância com os outros profissionais de saúde do trabalho e Segurança do Trabalho.

TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO - Participam da elaboração e implementam política de saúde e segurança do trabalho; realizam diagnóstico da situação de SST da instituição; identificam variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente.

975

Desenvolvem ações educativas na área de saúde e segurança do trabalho; integram processos de negociação. Participam da adoção de tecnologias e processos de trabalho; investigam, analisam acidentes de trabalho e recomendam medidas de prevenção e controle.

Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Este documento normativo tem por objetivo regulamentar o funcionamento, as atribuições e competências da Comissão de Gerenciamento de Resíduos, bem como as suas finalidades e organização.

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos, vinculada ao contrato com a gestão da **AHBB**, tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Direção;

Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;

Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;

Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

Auxiliar os diversos setores, em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI. Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;

Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS), o Regimento e demais normas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

Dois representantes da Direção;

Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;

Dois representantes da Gerência Administrativa;

Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde;

§ 1° - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composta por, no mínimo, 50% dos representantes de cada Gerência.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

477

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

Presidente;

Vice-Presidente;

Secretário;

Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos; tomar votos e votar;

II. Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;

Representar a CGRSS ou indicar representantes

Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;

Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

Cumprir e fazer cumprir este Regimento;

Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;

Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;

Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Diretor, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;

Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

Justificar ausência com antecedência;

Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

479

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) Horas em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no Início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do "quorum" mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quorum" em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O "quorum" será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes Na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quorum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I

DA ATA

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere. Art. 13. Se houver quorum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada. Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, constar:

I - A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II - Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III - o expediente;

IV - O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;

V - Todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II

DAS VOTAÇÕES

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º - Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Superintendência.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação no Colegiado Executivo.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas pelo Presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo do município.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Apresentação

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde (PGRSS) está baseado nos princípios da não geração e da minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, propondo medidas de adequação para que o empreendimento esteja em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº. 12.305/2010) e demais legislações vigentes.

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) gerados e manipulados de forma inadequada no ambiente podem contribuir para as poluições biológicas, físicas e químicas do solo, da água e do

ar, submetendo as pessoas às variadas formas de exposição ambiental. O gerenciamento inadequado dos RSS dos estabelecimentos de saúde tem gerado um aumento do número de colaboradores acometidos por acidentes de trabalho, além de contribuir para o aumento das incidências de doenças infecciosas.

O PGRSS será revisado em sua elaboração quando na observação do gerenciamento existente dos resíduos e nas possíveis inadequações relacionadas aos procedimentos. As informações obtidas serão relacionadas às todas as etapas do manejo dos resíduos: geração, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, destinação e disposição final. E para facilitar o entendimento será apresentado no decorrer do processo de implantação/implementação, esquemas na forma de fluxogramas, tabelas e fotos, informações que serão diagnosticadas setorialmente, bem como também as medidas de adequação.

Objetivos

O PGRSS será planejado e implementado a partir de bases científicas e técnicas, em conformidade com os requisitos legais aplicáveis e vigentes, objetivando minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. E por fim, considerando os princípios de biossegurança que se propõe ao correto gerenciamento de todos os RSS gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

Sobretudo, estabelecer os procedimentos de gestão para o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) gerados pelas atividades oriundas das atividades.

Comissão de Gerenciamento de Riscos

OBJETIVO

Este documento normativo tem por objetivo regulamentar o funcionamento, as atribuições e competências da Comissão de Gerenciamento de Risco, bem como as suas finalidades e organização

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Gerenciamento de Risco Sanitário - é de natureza Técnico-científica de caráter permanente, e tem como objetivo o desenvolvimento do Projeto Piloto Hospitais Sentinela, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Parágrafo 1º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário atua na obtenção de informações qualificadas sobre eventos adversos e queixas técnicas de qualquer produto de saúde, incluindo: insumos ,materiais, artigos médico-hospitalares, implantes, medicamentos, sangue, hemocomponentes e hemoderivados, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos em uso, que serão repassados por todos os membros da CGRH à Gerência de Risco Sanitário que, por sua vez, repassará imediatamente à ANVISA, integrando assim o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na fase de Pós -Comercialização proposta pelo Programa Hospitais Sentinela.

Parágrafo 2º - Também tem a finalidade de criar mecanismos de divulgação do trabalho, junto ao Corpo Clínico na busca de criação de uma nova cultura de notificação de casos de queixas técnicas e/ou de eventos adversos de produtos de Saúde, não somente aos fabricantes, mas também à Vigilância Sanitária.

Parágrafo 3º - Objetiva ainda, a criação de mecanismos de divulgação interna de ações corretivas e preventivas, no caso de detecção de uso inadequado de produtos de Saúde.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Seção I - Da Composição

Artigo 1º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário é composta por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional e conta com os seguintes membros fixos, sob a coordenação do primeiro:

Gerente de Risco Sanitário

Gerência de Enfermagem

Chefia da Farmácia

Diretoria de Informática e Instrumentação

Presidente da Comissão de Padronização de Materiais Médico-hospitalar;

Chefia da Agência Transfusional

Presidente ou Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Subcomissões de avaliação de risco sanitário nas áreas específicas

Parágrafo 1º - O coordenador (gerente de risco) deverá apresentar o perfil definido pela ANVISA:

a) Profissional de Nível Superior da Área da Saúde;

b) Profissional pertencente ao quadro de pessoal da Instituição;

c) Desejável especialização em Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Pública; ou Administração Hospitalar e experiência em comissões e áreas de apoio hospitalar;

d) Disponibilidade mínima de 20 (vinte) horas semanais para as ações demandadas pelo projeto;

e) Experiência profissional mínima de 2 (dois) anos em serviços hospitalares de porte semelhante.

Para o desenvolvimento das atividades será constituída as seguintes subcomissões.

Parágrafo 2º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Tecnovigilância envolve as avaliações nas áreas de Engenharia Clínica, produtos e insumos, sendo constituído por representantes dos seguintes serviços:

Engenharia Clínica e/ou tecnólogo ligado a engenharia clínica e/ou manutenção;

Gerência de Material;

CPD Patologia Clínica.

A Engenharia Clínica e o tecnólogo avaliam as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a equipamentos e artigos médico-hospitalares; a Patologia Clínica avalia e notifica as queixas relacionadas aos kits e produtos utilizados no laboratório e a Comissão de Padronização de Materiais Médico-hospitalar avalia e notifica os casos relacionados aos demais produtos.

Parágrafo 3º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Farmacovigilância/Saneantes envolve as avaliações de queixas técnicas e/ou eventos adversos relacionados a medicamentos e saneantes. Deve ser composta por:

Farmacêutico

Químico

Engenharia sanitária

Epidemiologista

Seção de Limpeza

Seção de Limpeza

Parágrafo 4º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Hemovigilância envolve as avaliações de queixas técnicas e ou eventos adversos relacionados a sangue, hemocomponentes, hemoderivados e insumo. Deve ser composta por:

Médico hemoterapêuta e ou hematologista e outro profissional de nível superior.

Artigo 2º - Cabe ao Diretor a escolha do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar e, junto com este, indicar os membros fixos que comporão a CGRSH

A escolha dos membros da Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário Hospitalar e profissionais para desenvolver atividades de Assessoria e/ou Consultoria Técnica, caso necessário, caberá ao Gerente de Risco e aos membros fixos.

Artigo 3º- O mandato de cada membro será de 2 (dois) anos, sendo permitida a renovação de cada membro por mais de um mandato, se houver interesse da Diretoria.

Seção II - Da Organização e Funcionamento

Artigo 4º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário se localiza na cidade de Rio das Pedras/SP.

Artigo 5º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar deverá reunir-se ordinariamente duas vezes por mês e, extraordinariamente, quando convocada pela Diretoria, pelo Gerente de Risco ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - Será desligado da CGRSH o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano de trabalho.

Parágrafo 5º - A CGRSH deliberará, com a presença da maioria simples de seus membros, devendo ser verificado o "quorum "em cada seção antes da votação.

Parágrafo 6º - As deliberações da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar terão votação nominal.

Parágrafo 7º - O Coordenador terá o direito a voto de qualidade em decisões.

Parágrafo 8º - As deliberações tomadas "ad referendum "deverão ser encaminhadas ao plenário da CGRSH, para deliberação desta, na primeira seção seguinte.

Parágrafo 9º - É facultado ao Coordenador e aos membros da CGRSH solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 10º - Os expedientes sujeitos à análise da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar serão encaminhados à Diretoria

Parágrafo 11º - O Coordenador ou qualquer membro poderá solicitar o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas, ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias às soluções dos assuntos que lhes forem atribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 6º - A ordem do dia das reuniões da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar será organizada com os expedientes apresentados para discussão.

Parágrafo Único- A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e um dia para as reuniões extraordinárias.

Artigo 7º - O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar será:

a) Verificação da presença do Gerente de Risco e, em caso de sua ausência, a abertura dos trabalhos será feita por membros responsáveis diretos pela Hemovigilância, Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes, Enfermagem, CCIH;

b) Verificação da presença e existência de "quórum";

c) Assinatura da ata da reunião anterior;

d) Leitura e despacho do expediente;

e) Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação (se houver); e

f) Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo Único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CGRSH por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 8º - A cada reunião os membros confirmarão sua presença em folhas próprias e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros fixos presentes e pelo gerente de risco, quando da sua aprovação.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Seção III - Das Competências

Artigo 1º - Compete à Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Obter informações de qualidade com evidências técnica científica a respeito do desempenho de produtos de saúde em uso, após a sua comercialização, nas áreas de Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância e Saneantes, destacando-se:

a) Falhas com produtos de saúde, estreitamente relacionados à qualidade da atenção prestada ao paciente e, que podem ser responsabilizados por agravos à saúde, sequela e até morte;

b) Reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde, incluindo insumos, materiais médico-hospitalares, sangue, hemocomponentes, medicamentos e equipamentos de uso médico, que possam resultar em perdas significativas da qualidade do serviço e prejuízo aos pacientes;

c) Estímulo à notificação espontânea por parte dos profissionais da saúde e dos dirigentes de serviços e chefes de Clínicas, quando da ocorrência de queixas técnicas e/ou reações adversas dos produtos de saúde;

d) Subsídios de informação à ANVISA para que possa embasar as revalidações de registros de produtos médico-hospitalares ou, determinar a sua retirada do mercado, caso haja evidências de agravo à saúde ou efeitos adversos relacionados ao seu uso;

e) Divulgação das ações da CGRSH no meio hospitalar.

Parágrafo Único- As notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas de produtos de saúde, feitas à Gerência de Risco, terão caráter educativo e estritamente confidencial, devendo ser encaminhadas à ANVISA apenas quando for constatada falha no produto.

II. Divulgar ações preventivas e corretivas relacionadas ao risco sanitário hospitalar, através da formação de recursos humanos para atuar dentro dos programas de Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância sanitária.

Artigo 2º - Compete ao Gerente de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar;

II. Auxiliar na identificação, investigação e envio à ANVISA, de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos, artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso "in vitro" e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente hospitalar;

III. Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Famacovigilância e/ou Hemovigilância;

IV. Repassar bimestralmente relatório com informações sobre o Projeto Sentinela à Diretoria, bem como à ANVISA;

V. Promover integração com as Vigilâncias Sanitária Municipal e Estadual;

VI. Solicitar os relatórios das áreas afins;

VII. Manter sigilo das informações recebidas preservando o notificador;

VIII. Articular informações entre a AHBB e a ANVISA, o que resulta em ganhos significativos de qualidade para os serviços e os pacientes;

IX. Articular as ações pró-qualidade entre as áreas de apoio e de assistência;

X. Gerenciar as informações intra-hospitalar e no âmbito da rede de Hospitais Sentinela/ANVISA

Artigo 3º - Compete aos membros da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Desencadear ações de Vigilância Sanitária Hospitalar nas respectivas áreas de Tecnovigilância, Famacovigilância / saneantes e Hemovigilância;

II. Averiguar e investigar preliminares da notificação de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos produtos de uso hospitalar;

III. Solicitar pareceres de produtos de saúde, quando necessário, aos outros profissionais especializados nas áreas de Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes e Hemovigilância;

IV. Assessorar a Gerência de Risco na formação e atualização de recursos humanos para atuar na vigilância de materiais de uso hospitalar / laboratorial (equipamentos, medicamentos, saneantes, sangue e hemocomponentes) bem como na divulgação do Projeto Sentinela, através de palestras, oficinas de treinamentos, e outros.

V. Participar de encontros/reuniões patrocinados pela ANVISA nas áreas em Tecnovigilância, Famacovigilância/Saneantes, Hemovigilância e Enfermagem.

Seção IV - Das Atribuições Artigo 4º - São atribuições do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Dirigir, coordenar e supervisionar as ações de Vigilância Sanitária,

II. Cumprir os termos do acordo de cooperação estabelecido entre **a AHBB** junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

III. Elaborar, implantar, atualizar e supervisionar as normas e rotinas para o uso e controle preventivo de produtos de saúde e equipamentos;

IV. Incentivar a criação de uma rede de parcerias, envolvendo todos os profissionais de saúde, visando a notificação de incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue, hemocomponentes, equipamentos, reagentes para diagnóstico de uso "in vitro" e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente;

V. Incentivar a criação de um Programa de Controle Preventivo de Equipamentos médico / laboratorial, visando realizar e documentar as ações de manutenção preventiva e corretiva requeridas;

VI. Auxiliar a identificação, investigação e envio à ANVISA de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas a todos os produtos de saúde;

VII. Coordenar e planejar as ações preventivas e corretivas requeridas em Tecnovigilância, Famacovigilância, Saneantes e Hemovigilância, solicitando consulta a especialistas quando necessário;

VIII. Assegurar que as ações preventivas sejam implantadas no menor tempo possível, com o apoio da direção, solicitando o auxílio da VISA Estadual, Municipal e ANVISA, quando necessário;

IX. Participar da formação e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância Sanitária Hospitalar, através de:

a) Análise periódica das notificações realizadas, a fim de propor medidas educativas;

b) Divulgação de alertas gerais e/ou específicos aos profissionais da saúde, visando a redução do risco relacionado ao uso de produtos para saúde;

c) Estímulo a notificação voluntária de reações adversas e/ou queixas técnicas associadas aos produtos de saúde de uso intra-hospitalar;

d) Realização de campanhas, seminários de formação e atualização para profissionais e técnicos.

X. Representar a CGRSH em suas relações internas e externas;

XI. Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

XII. Promover a convocação das reuniões;

XIII. Tomar parte das discussões e eventuais votações; e

XIV. Indicar entre os membros fixos e demais membros da CGRSH, profissionais capazes de realizar estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão.

Parágrafo Único. Cabe a CGRSH, indicar um substituto do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar em seus impedimentos.

Artigo 5º - São atribuições dos membros das subcomissões da CGRSH:

I. Relatar à Gerência de Risco, nos pontos estabelecidos, as conclusões preliminares sobre reações adversas ou queixas técnicas de produtos de saúde notificadas pelas unidades reclamantes, num prazo máximo de 72 horas, a contar do recebimento da notificação;

II. Embasar as notificações da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar à ANVISA, via "on line" e em relatórios bimestrais;

III. Participar ativamente das ações educativas, em relação à formação e estruturação de recursos humanos, através de visitas às unidades, realização de palestras, seminários e treinamentos ao público interno;

IV. Colaborar na divulgação das ações da ANVISA e da Gerência de Risco, através de Boletim Informativo, cartazes, pôsteres e informações "on line";

V. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto (se houver), manifestando-se a respeito da matéria em discussão;

VI. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VII. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

VIII. Apresentar proposição sobre questões atinentes à Comissão. Ao membro da subcomissão da Hemovigilância compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

2. Monitorar todo o ciclo do sangue desde a captação do doador até a transfusão, junto ao HEMOCENTRO;

3. Monitorar os incidentes transfusionais imediatos e tardios;

4. Elaborar os protocolos e normas técnicas do setor e distribuí-las aos chefes de clínicas e enfermagem;

5. Oferecer treinamento para os profissionais envolvidos em transfusão;

6. Coordenar, processar e analisar toda a informação notificada;

7. Avaliar a eficácia das medidas de ações corretivas propostas a médio e longo prazo;

8. Fazer a rastreabilidade do receptor de sangue que tenha tido um incidente transfusional, de maneira ascendente ou descendente;

9. Distribuir a ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais a todas as clínicas;

10. Orientar a equipe de saúde com os receptores de sangue;

11.Solicitar a atualização anualmente dos manuais de procedimentos operacionais padrões da agência transfusional;

12.Emitir relatórios mensais sobre as atividades inerentes a sua área de atuação e encaminhar ao setor de estatística do HEMOCENTRO e ao gerente de risco.

13.Elaborar as especificações técnicas dos insumos e equipamentos para aquisição;

14. Avaliar o edital de licitação para compra dos insumos e equipamentos;

15.Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de insumos e equipamentos, junto a comissão de padronização e de licitação;

16. Conhecer a legislação vigente sobre hemovigilância;

17. Notificar os eventos adversos de produtos e insumos utilizados na agência transfusional, os incidentes transfusionais imediatos e tardios após conclusão à Gerência de Risco Sanitário Hospitalar.

Ao membro da subcomissão da Tecnovigilância compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

2. Manter e dar suporte à qualidade do sistema de informações da Gerência-Geral de Tecnologia de produtos para a Saúde;

3. Notificar eventos adversos à Gerência de Risco Sanitário e a CGRSH; 4. Monitorar efeitos adversos de produtos e tecnologias utilizadas;

5. Analisar as notificações de incidentes em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de artigos médicos hospitalar;

6. Notificar os efeitos de evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão gerência de risco sanitário;

7. Participar da formação e atualização de recursos humanos em tecnovigilância;

8. Elaborar as especificações técnicas dos produtos para a saúde junto com os setores solicitantes;

9. Avaliar o edital de licitação para compra dos produtos para a saúde;

10. Emitir pareceres técnicos quando dos produtos para a saúde;

11. Relacionar-se com rede de laboratórios para fins de tecnovigilância;

12. Avaliar a segurança das famílias de produtos médicos de forma proativa;

13. Avaliar queixas sobre a segurança de produtos médicos;

14. Conhecer a legislação vigente sobre tecnovigilância.

Ao membro da subcomissão da Farmacovigilância compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

2. Dar feedback para os profissionais de saúde;

3. Promover palestras, cursos e treinamento de capacitação;

4. Monitorar os usuários dos medicamentos;

5. Buscar estratégica de investigação com Centros de Informação sobre Medicamentos;

6. Comunicar à gerência de risco sanitário hospitalar, CGRSH, VISA estadual e municipal sobre reações adversas e queixas técnicas;

7. Elaborar as especificações técnicas dos medicamentos, insumos e equipamentos para aquisição;

8. Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos, insumos e equipamentos;

9. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos;

10. Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos;

11. Enviar os relatórios on-line para ANVISA;

12. Consultar os dados dos pacientes através do prontuário médico, da enfermagem e prescrição médica;

13. Conhecer a legislação vigente sobre farmacovigilância.

Ao membro da subcomissão de Saneantes compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

2. Fazer levantamento de todos os saneantes e de como estes produtos são utilizados;

3. Promover capacitação e treinamento para os responsáveis pela compra e armazenamento dos produtos, bem como para os profissionais que os manipulam;

4. Fazer avaliação de risco dos saneantes quanto: a toxicidade das substâncias e suas concentrações no produto, da finalidade de uso dos produtos, as condições de uso, a ocorrência de problemas, a população provavelmente exposta, a frequência de exposição e sua duração e as formas de apresentação;

5. Avaliar o edital de licitação para compra dos saneantes;

6. Elaborar ficha técnica dos saneantes em uso;

7. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de saneantes;

8. Comunicar à Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, CGRSH e a VISA Estadual e Municipal de ocorrências indesejáveis relacionadas ao uso dos saneantes;

9. Fazer notificação dos efeitos nocivos à ANVISA;

10. Conhecer a legislação vigente sobre os produtos saneantes.

CAPÍTULO IV - DAS ATIVIDADES DAS ÁREAS INTEGRANTES DA ORGANIZAÇÃO

Seção V- Das Atividades

Hemovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Artigo. 1°- A equipe de enfermagem compete:

1. Comunicar o incidente transfusional imediato ao médico do paciente ou plantonista;

2. Proceder de acordo com o procedimento operacional padrão (POP) de reações transfusionais.

Artigo 2º - Ao médico compete:

1. Preencher a parte da ficha de notificação e investigação de Incidentes Transfusionais (Ficha de Investigação) correspondente a notificação;

2. Informar o responsável hospitalar pela hemovigilância (Serviço de Hemoterapia) em até 24 h;

3.Solicitar exames complementares e proceder ao atendimento médico conforme procedimento operacional padrão de reações transfusionais (POP).

Artigo 3º - Ao responsável pela Hemovigilância (Serviço de Hemoterapia) compete:

1. Completar a investigação e a Ficha de Investigação;

2. Dar ciência a equipe de saúde, ao Comitê Transfusional e ao gerente de risco através da FIT;

Artigo 4º - Ao Comitê Transfusional e à CGRSH compete:

1. Encaminhar as Fichas de Investigação às Secretarias de Saúde Estadual e Municipal e ANVISA;

2. Fazer o censo e analisar os problemas transfusionais recentes;

3. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

4. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Farmacovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Farmacovigilância: Estudo da utilização dos medicamentos (EUM) disponíveis, adotando ações que garantam a segurança, eficácia e qualidade deles, com o objetivo de promover o uso seguro e racional do medicamento.

Artigo 5º - Aos Enfermeiros compete:

1. Comunicar as suspeitas de reações adversas medicamentosas ao médico do paciente ou plantonista;

2.Comunicar queixas técnicas de medicamentos ao responsável pela farmacovigilância.

Artigo 6º - Ao médico responsável pela prescrição compete:

1. Preencher a parte da ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas;

2. Informar o responsável hospitalar pela farmacovigilância em até 24 h.

Artigo 7º - Ao responsável pela Farmacovigilância compete:

1. Investigar as reações adversas e queixas técnicas de acordo com a ficha de notificação;

2. Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

3. Dar ciência a equipe de saúde e à CGRSH;

4. Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas às Secretarias de Saúde, Municipal e Estadual e a ANVISA junto com o gerente de risco sanitário hospitalar;

5. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à medicamentos;

6. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

7. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Saneantes: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Artigo 8º - Ao responsável pelos Serviços Gerais compete:

1. Preencher o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes;

Informar o responsável hospitalar pelos saneantes em até 24 h.

Artigo 9º - Aos profissionais dos Serviços Gerais compete:

1. Comunicar os acidentes decorrentes do uso do produto ao responsável pelos serviços gerais;

2. Comunicar queixas técnicas referentes aos produtos saneantes utilizados, ao responsável pelos serviços gerais;

3.Comunicar sintomas relacionados ao uso do produto, ao responsável pelos serviços gerais.

Artigo 10º - Ao responsável pelos Saneantes compete:

1. Investigar as reações adversas, acidentes e queixas técnicas, preenchendo o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes;

2. Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

3. Dar ciência a equipe de saúde e à CGRSH;

4. Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas às Secretarias de Saúde, Municipal e Estadual e ANVISA junto com a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;

5. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à saneantes.

6. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

7.Avaliar a eficácia das medidas propostas. Tecnovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Artigo 11º - Aos médicos / bioquímicos / biólogos responsáveis pela utilização de produtos para Saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso in vitro) compete:

1. Preencher o formulário de notificação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos para Saúde;

2. Informar o responsável hospitalar pela tecnovigilância em até 24 h.

Artigo 12º - Aos profissionais que utilizam os produtos para saúde compete:

1. Comunicar as suspeitas de eventos adversos ao responsável pela tecnovigilância;

2. Comunicar queixas técnicas de produtos para saúde utilizados ao responsável pela tecnovigilância.

Artigo 13º - Ao responsável pela Tecnovigilância compete:

1. Investigar os eventos adversos e queixas técnicas, preenchendo o formulário de notificação;

2. Enviar a ficha de notificação de eventos adversos à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

3. Dar ciência ao corpo clínico e à CGRSH;

4. Enviar a ficha de notificação de eventos adversos às Secretarias de Saúde, Municipal e Estadual e ANVISA junto com a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;

5. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à produtos para Saúde.

6. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;

7. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

CAPÍTULO V - DOS RECURSOS HUMANOS

Artigo 1º - Aos diretores, chefes de clínicas e a equipe de saúde competem colaborar na implantação e divulgação do Projeto Sentinela.

Artigo 2º - Aos profissionais da saúde, compete notificar aos responsáveis pelas áreas afins (tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância e saneantes), ao gerente de risco sanitário hospitalar e à Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, os desvios de qualidade dos produtos, equipamentos, medicamentos, insumos, sangue e hemocomponentes, artigos, implantes, kits diagnósticos etc.

Artigo 3º - São atribuições da Assessoria Técnica da Comissão: Prestar suporte técnico especializado interno, quando requerido pelo Gerente de Risco, nas áreas de tecnovigilância, famacovigilância, saneantes e hemovigilância sanitária.

Parágrafo Único- Cabe à CGRSH solicitar parecer técnico externo, por intermédio da VISA Estadual ou Municipal e da ANVISA, quando forem necessários ou quando a assessoria técnica interna solicitar.

Artigo 4º - São atribuições da Secretária da CGRSH:

1. Assistir às reuniões;
2. Encaminhar o expediente da Comissão;
3. Preparar o expediente da Comissão;
4. Manter um banco de dados atualizados;
5. Notificar "on line" à ANVISA os eventos, ocorrências e queixas técnicas de produtos de saúde, após averiguação das notificações pelos membros das subcomissões e posterior avaliação da Gerência;
6. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
7. Lavrar e assinar as atas das reuniões da Comissão;
8. Providenciar, por determinação do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar, a convocação das sessões extraordinárias;
9. Distribuir aos membros da CGRSH a pauta das reuniões;
10. Colaborar na realização de eventos de divulgação do Projeto Sentinela / ANVISA incluindo cartazes, pôsteres e informações "on line".

Capítulo VI

Artigo 1º Acrescenta-se a este regimento os seguintes Instrumentos Complementares:

- Organograma
- Quadro de Gerências

- Manuais de procedimento operacionais padrão das áreas afins
- Formulários de notificações das áreas afins

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º- Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Internam serão dirimidos pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar e, em grau de recursos, pela Diretoria.

Artigo 2º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros e submetido ao gerente de Risco Sanitário Hospitalar, bem como à Diretoria.

Artigo 3º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Diretoria.

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

Apresentação

O "Plano de Gerenciamento de Riscos - PGR" está alinhado com a com a Política de Segurança da Informação e Comunicação e com a Política de Segurança do Paciente.

Portanto, o plano deve ser cumprido e aplicado por todos os usuários em todas as dependências da instituição.

O risco na área médica é um assunto que apenas recentemente recebeu destaque na comunidade devido a publicações que enfatizaram o grande problema do erro médico. Com grande exibição por parte da mídia as instituições privadas e públicas têm se voltado para o monitoramento e prevenção deste tipo de risco de modo a tornar ambiente hospitalar mais apto para seu fim, que é o de promover saúde.

Desta maneira, o processo de organizar e planejar os recursos humanos e materiais, de forma a reduzir ao mínimo possível os impactos dos riscos na organização, com a adoção de melhores práticas de infraestrutura, políticas e metodologias, permitirá uma melhor gestão dos limites de risco aceitáveis.

Neste contexto, devemos compreender que o risco é inerente às atividades pessoais, profissionais ou institucionais e pode envolver ameaças ou oportunidades. Todos os processos de trabalho envolvem riscos, e assim, a compreensão de sua existência e a capacidade de administrá-los, associadas às tomadas de decisões, é indispensável, pois toda atividade

corporativa inclui riscos, e, dessa forma, tem de gerenciar as ameaças de modo a mantê-las em níveis aceitáveis e aproveitar as oportunidades, como aprendizado organizacional.

Quando falamos em Gerenciamento de Riscos em Saúde estamos nos reportando a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

A Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, impõe como pré-requisito para certificação de hospitais de ensino, o desenvolvimento de atividades de farmacovigilância, hemovigilância, tecnovigilância em saúde. E, mais recentemente, a RDC 2/2010 da ANVISA, institui o Gerenciamento de Riscos como uma exigência aos estabelecimentos de saúde, pois requer que ele possua uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos, além disso, deve notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos e queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde.

Definições

- Controle: medida que modifica o risco, incluindo qualquer processo, política, dispositivo, prática ou ação.
- Evento: ocorrência gerada com base em fontes internas ou externas que pode causar impacto negativo ou positivo.
- Gerenciamento de Riscos: processo contínuo que consiste no desenvolvimento de um conjunto de ações destinadas a identificar, analisar, avaliar, priorizar, tratar e monitorar riscos.
- Impacto: Consequência da indisponibilidade de recursos, tecnológicos e humanos, decorrente da efetiva ocorrência de falhas.
- Nível de risco: magnitude do risco que é expressa pelo produto das variáveis impacto e probabilidade.
- Probabilidade: possibilidade de ocorrência do evento.
- Risco: evento capaz de afetar positiva (oportunidade) ou negativamente (ameaça) os objetivos, processos de trabalho e iniciativas nos níveis estratégico, tático ou operacional.
- Risco inerente: nível de risco ao qual se estaria exposto caso não houvesse nenhum controle implantado.
- Risco residual: nível de risco remanescente considerando a eficácia dos controles implantados.

- Tolerância a risco: grau de quantidade e nível de risco a que está disposto a se expor dentro de padrões considerados institucionalmente razoáveis.

Objetivos

O gerenciamento de riscos contribui para assegurar a comunicação eficaz e o cumprimento da legislação e regulamentos, bem como para evitar danos à imagem e suas consequências. Tem por objetivos apoiar a governança corporativa, aprimorar os controles internos, assim como:

a) fortalecer as decisões em resposta aos riscos – permite identificar e selecionar alternativas de respostas aos riscos – como evitar, reduzir, compartilhar e aceitar os riscos dentro dos padrões;

b) reduzir as surpresas e prejuízos operacionais – a administração adquire melhor capacidade para identificar riscos em potencial e estabelecer respostas a eles, reduzindo surpresas e custos ou prejuízos associados;

c) aproveitar oportunidades – todos os riscos são considerados em potencial, de modo que deve se posicionar para identificar e aproveitar as oportunidades de forma proativa.

Sobretudo, estes aspectos auxiliam os gestores a atingirem as metas de desempenho e evitam a perda de recursos, bem como a redução de erros médicos e infecção hospitalar, aumenta a confiabilidade das informações, reduz o tempo de resposta as autoridades e melhoria nos processos internos.

Processo de Gestão de Riscos

A seguir, apresentamos as fases que compõem o Processo de Gerenciamento de Riscos, em consonância a ISSO 31000:2009

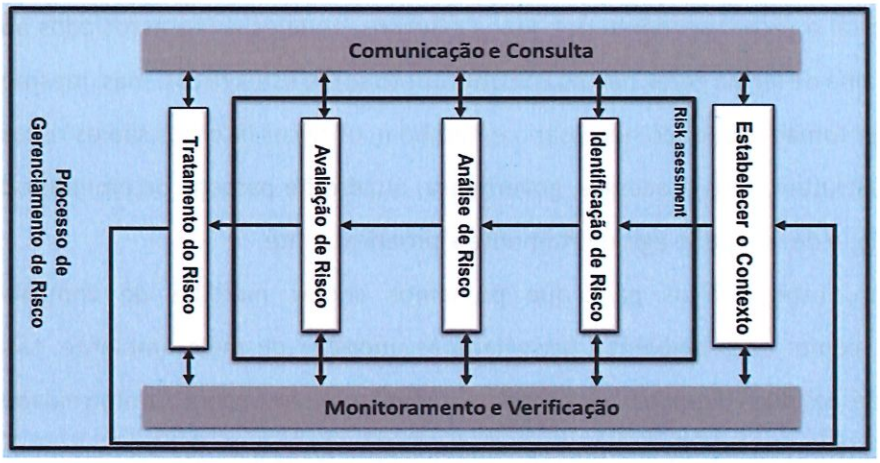


Figura 1: Processo de gerenciamento de riscos

ETAPAS

Estabelecimento do Contexto

O estabelecimento do contexto é uma precondição à identificação de riscos, à análise e avaliação e ao tratamento de riscos. Basicamente, é uma etapa/fase de definição da estratégia de gerenciamento de riscos que se concretiza com a definição de diversos elementos, tais como: definição de parâmetros internos e externos; equipe responsável; metodologias e normas específicas a serem utilizadas; ferramentas, relatórios, modelos e formulários a serem utilizados; tolerância a risco; escopo de aplicação, acompanhamento e monitoramento. Como também: tipos de produtos, processos e tarefas; fluxogramas de processos e engenharia; plantas baixas com localização dos equipamentos; fichas de informação de segurança dos produtos químicos (FISPQ); histórico de incidentes e resultados ambientais e procedimentos de trabalho dos locais.

Identificação de Riscos

A identificação de riscos permite a determinação de quais riscos podem afetar os programas, projetos ou processos de trabalho. O principal benefício é a documentação dos riscos existentes e a capacidade conferida à administração de se antecipar às ameaças e oportunidades. São identificados os riscos em potencial que, se ocorrerem, afetarão. A finalidade desta etapa é gerar uma lista abrangente de riscos que possam impactar de forma positiva ou negativa os objetivos. Ao identificar riscos, a administração considera uma variedade de fatores que podem dar origem às ameaças e oportunidades.

E para tal, é fundamental o reconhecimento dos riscos externos, aqueles riscos associados ao ambiente em que trabalha de forma geral, não há controle direto sobre estes riscos, mas, mesmo assim, ações podem ser tomadas quando necessário e, também, os riscos internos são os riscos associados à própria estrutura, seus processos, governança, quadro de pessoal, orçamento ou ambiente de tecnologia, e deve e pode agir diretamente e proativamente.

Fundamental, também, categorizá-los para que possamos adotar medidas de controle adequadas e eficazes, como: risco ambiental (associado às questões de meio ambiente, tais como o tratamento de resíduos líquidos ou sólidos e redução de impacto); Conformidade (relacionado ao cumprimento da legislação e/ou regulamentação externa e às políticas e normas internas); Econômico (associado às operações orçamentárias e financeiras, envolvendo aplicação de recursos de acordo com as políticas estabelecidas; Pessoal (relaciona-se especialmente ao

desempenho de suas atividades funcionais ou contratuais; tecnológico (representado por ameaças ou oportunidades relacionadas a hardware e software).

Análise e Avaliação de Riscos

Segundo a ANVISA, risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano, e o gerenciamento de riscos, por coseguinte é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência. A análise e avaliação de riscos consistem em verificar até que ponto os riscos potenciais podem impactar na realização dos objetivos. Os riscos positivos e/ou negativos podem ser analisados isoladamente ou por categoria.

Embora o termo "avaliação de riscos" pareça indicar uma atividade realizada uma única vez, esse componente é uma iteração contínua e repetida tantas vezes quanto possível, enquanto os riscos estiverem sendo monitorados. Assim, eles devem ser avaliados com base em suas características inerentes, ou seja, à exposição proveniente de um risco específico antes que qualquer medida de controle seja tomada, e os residuais seriam a exposição remanescente de um risco específico após uma medida de controle tomada. Assim, a avaliação de riscos é aplicada primeiramente aos riscos inerentes e após o desenvolvimento das respostas aos riscos, passa-se a considerar os riscos residuais.

Análise Qualitativa

A incerteza de riscos em potencial é avaliada a partir de duas perspectivas, a probabilidade e o impacto. A probabilidade representa a possibilidade de que um determinado risco ocorrerá, enquanto o impacto representa o seu efeito, caso aconteça. O produto dessas duas variáveis possibilita classificá-los em níveis de risco. Será utilizada a matriz de probabilidade e impacto para identificar o nível de risco. Quando um risco impactar em mais de uma área, deverá ser usada a área mais impactada. A escala utilizada adota os fatores alto/médio/baixo, o que resulta em uma matriz.

AVALIAÇÃO DE PROBABILIDADE E IMPACTO

Matriz de Riscos		Probabilidade		
		Baixo	Médio	Alto
Impacto	Baixo	Muito baixo	Baixo	Médio
	Médio	Baixo	Médio	Alto
	Alto	Médio	Alto	Muito alto

Probabilidade

Baixa – A probabilidade de ocorrência do risco pode ser considerada pequena (abaixo de 30%).

Média – Existe uma probabilidade razoável de ocorrência do risco (30 a 70%).

Alta – O risco é iminente (acima de 70%).

Impacto

Baixo – O impacto do evento de risco é pequeno, tanto em termos de custo, quanto de prazos, podendo ser facilmente resolvido (abaixo de 30%).

Médio – O impacto do evento de risco é relevante e necessita de um gerenciamento mais preciso, sob pena de prejudicar os seus resultados (30 a 70%).

Alto – O impacto do evento de risco é extremamente elevado e, no caso de não existir uma interferência direta, imediata e precisa, os resultados serão seriamente comprometidos (acima de 70%).

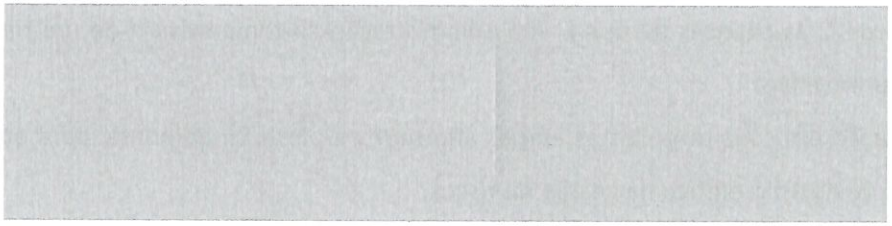
NÍVEL DE RISCO

(PROBABILIDADE X IMPACTO)

Baixo – Se o valor calculado for 1 ou 3.

Médio – Se o valor calculado for 5 ou 9.

Alto – Se o valor calculado for 15 ou 25



TRATAMENTO DE RISCOS

O tratamento dos riscos envolve a seleção de uma ou mais opções para reduzir ou até mesmo eliminar os riscos, considerando a "Hierarquia de Controle dos Riscos". Uma vez implantado, o tratamento fornece novos controles ou modifica os existentes. Esta etapa inclui a formulação das respostas aos riscos de forma a aumentar as oportunidades e reduzir as ameaças aos objetivos institucionais.

As respostas aos riscos negativos (ameaças) podem ser consideradas e aplicadas individualmente ou de forma combinada, e podem envolver as ações de aceitação dos riscos; a transferência; a evitação ou a mitigação (com adoções de medidas para diminuir a probabilidade e/ou o impacto dos riscos a limites aceitáveis).

As respostas aos riscos positivos (oportunidades) devem ser canalizadas de volta para os processos de fixação de estratégias ou objetivos e buscar aumentar a probabilidade e/ou o impacto positive de uma oportunidade de modo a impulsionar a sua ocorrência.

Recomenda-se que seja elaborado um Plano de Ação para esta fase.

Monitoramento de Riscos

Será avaliado regularmente o funcionamento de seu gerenciamento de riscos. O monitoramento será realizado mediante atividades contínuas e sistematizado. Os resultados serão divulgados à administração.

Comunicação

A comunicação e um processo multidirecional, de tal forma que possam ser tomadas decisões a partir de informações adequadas sobre o nível de riscos e sobre a necessidade de tratamento, de acordo com o perfil de risco institucional.

A qualidade das informaçoes implicará em verificar se o conteúdo é apropriado, se as informações são tempestivas, se são atuais, se corretas e se de fácil acesso. Uma comunicação

adequada reduz as chances de que a alta administração só tome ciência de um risco após se transformar em crise

A comunicação em cada uma destas etapas anteriores é parte fundamental para um processo de tomada de decisão efetivo na gestão de riscos.

Ferramentas e Técnicas Sugeridas para O Processo de Gerenciamento de Riscos

Durante as etapas do processo de gerenciamento de riscos, a equipe responsável poderá utilizar diversas ferramentas e técnicas de coleta, análise e uso de informações, podemos utilizar a análise de cenários; revisão e pesquisa da documentação; brainstorming; diagrama de causa e efeito; entrevistas e uma lista de verificações (checklist).

Área de Abrangência

A Gerência de Risco faz parte da Rede Sentinela, criada pela ANVISA devido a necessidade de obter informação qualificada de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde. Essas informações integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Pós-Comercialização, com a finalidade de subsidiar a ANVISA nas ações de regulação desses produtos no mercado.

Áreas de Atuação:

Fármacovigilância

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamento, usa de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

Tecnovigilância

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização. São produtos para a saúde Equipamentos, Materiais, Artigos Médico-Hospitalares, Implantes e Produtos para diagnóstico de uso in-vitro. Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de

envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

Hemovigilância

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes;
- Saneantes de uso hospitalar.

Gerência de Resíduos, Higienização e Limpeza

Tem como objetivo assessorar a Direção Geral e as unidades assistenciais nas questões técnicas referentes à execução dos serviços de higienização, limpeza e gerenciamento de resíduos. Utilizam como instrumentos as normas do Ministério da Saúde/ANVISA, do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), o Contrato de Prestação de Serviços de Limpeza e o Contrato de Prestação de Serviços de Coleta Externa, Transporte e Disposição Final de Resíduos de Serviços de Saúde, celebrado entre a **AHBB** e as empresas prestadoras destes serviços.

Para cumprir seu objetivo a gerência atua:

- Na normatização dos processos de higiene, limpeza e gerenciamento dos resíduos, garantindo um ambiente seguro para profissionais e pacientes;
- Na capacitação dos profissionais para o manejo correto dos resíduos produzidos.
- Na cooperação da função de fiscalização e cumprimento do contrato de prestação dos serviços de limpeza e higienização e coleta dos resíduos;

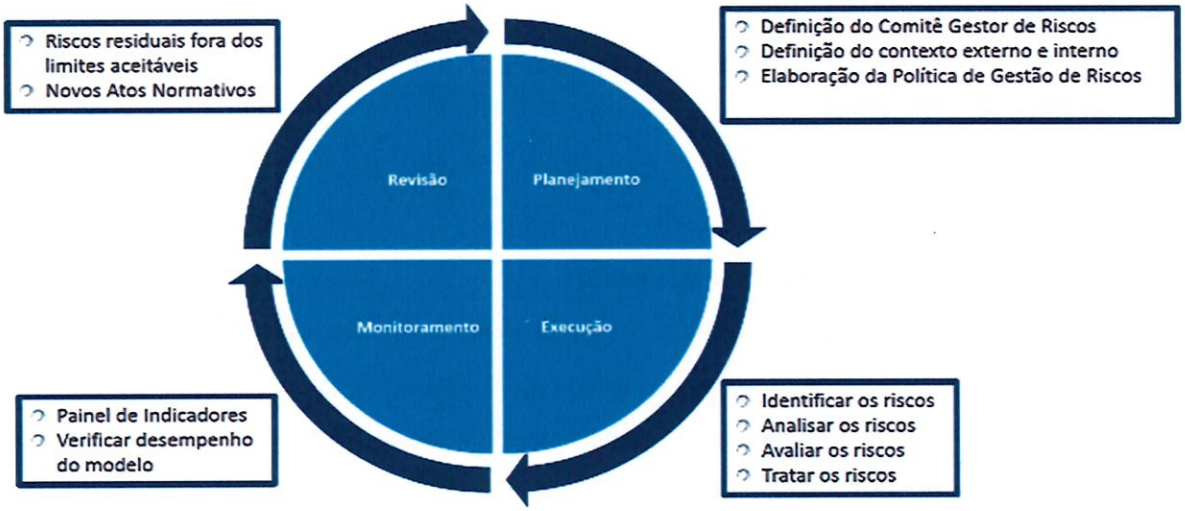
- Na elaboração de pareceres técnicos nos assuntos pertinentes à higienização, limpeza e gerenciamento de resíduos;
- Na participação da Câmara Técnica de Resíduos junto ao Departamento de Gestão Hospitalar.

Vigilância Hospitalar

Envolve o Serviço de Epidemiologia, Gerência de Risco Sanitário - Hospitalar, Comissão de Controle de Infecções Hospitalares, Saúde do Trabalhador, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Meio Ambiente/ Gerência de Resíduos, Revisão de Prontuário e Revisão de Óbito.

CICLO PDCA – ETAPAS DE ATUAÇÃO DA GESTÃO DO RISCO

CRONOGRAMA TEMPORAL



Indicadores

Alguns indicadores são mais comumente utilizados dependendo do tipo, perfil e complexidade da organização de saúde.

Podemos citar os indicadores:

- Que mensuram as metas internacionais de segurança da Qualidade x Acreditação;

SOS

- Os dez passos de segurança para enfermagem da REBRAENSP (Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente);
- Os itens de orientação do Manual de Acreditação da ONA (Organização Nacional de Acreditação);
- As iniciativas da OMS (Organização Mundial da Saúde);
- A vigilância da ANVISA para: hemocomponentes e derivados, fármacos e tecnologias, indicadores quanto à lavagem das mãos, infecções hospitalares, cirurgias em local e membro certos, identificação correta do paciente, úlceras por pressão, evasão, queda, resultados de exames e outros.

Considerações Finais

O gerenciamento de riscos, quando incorporado aos processos de trabalho e implantado de forma integrada, será elemento essencial para a boa governança.

Temos que lembrar que os riscos e as pessoas estão o tempo todo no ambiente hospitalar, mas que o necessário é evitar os efeitos negativos dos riscos.

Atualmente, o grande desafio é fazer com que instituições de saúde entendam que qualidade e segurança é um elo permanente para se manter o padrão de excelência com vigilância de riscos e competitividade financeira.

E neste sentido, que minimizar os riscos potenciais de eventos adversos que se faz necessário conhecer e controlar esses riscos, que são fontes de danos no ambiente hospitalar. Quando um evento adverso ocorre neste ambiente, a organização sofre consideravelmente todas as consequências a ele relacionadas, como as sociais, econômicas ou materiais, e mais grave delas, a perda da vida humana.

Cronograma de Ações – PLANO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

AÇÕES – ETAPAS DE IMPLANTAÇAO E IMPLEMENTAÇÃO

-Entendendo o público-alvo

-Aproveitando a Política e Procedimentos

-Constituição do Comitê

-Planejamento junto ao Comitê

-Atender a legislação vigente aplicável

-Criando o Cronograma de Ações

-Planejando o esperado

-Identificação dos Riscos, Avaliação e Classificação dos Riscos.

-Mapeando as tarefas, prazos e responsabilidades.

-Executando as tarefas

-Medidas de Controle – Hierarquização dos Riscos

-Entender o que é importante às partes interessadas

-Comunicação dos riscos às partes interessadas

-Revisão e Adequações permanentes de forma sistematizada

Biossegurança

1. **OBJETIVO.**

Este manual destina-se a preservar a integridade física do colaborador da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, a identificação dos setores envolvidos e ao estabelecimento de medidas de biossegurança, contribuindo para que sejam evitadas a contaminação cruzada e a exposição a riscos desnecessários durante o processo de trabalho.

2. ***ENVOLVIDOS***

É aplicado aos colaboradores da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, alocados, cuja atividade principal é higiene e seu gerenciamento.

3. ***DEFINIÇÕES***

A palavra biossegurança é uma designação genérica da segurança das atividades que envolvem organismos vivos (bio quer dizer vida).

É uma junção da expressão "segurança biológica", voltada para o controle e a minimização de riscos advindos da exposição, manipulação e uso de organismos vivos que podem causar efeitos adversos ao homem, animais e meio ambiente.

Ao adotarmos procedimentos para evitar ou minimizar os riscos de atividade potencialmente perigosas que envolvem organismos vivos, estamos aplicando a *BIOSSEGURANÇA*.

4. LEGISLAÇÃO

O Brasil conta com uma legislação de biossegurança que estabelece normas e procedimentos de segurança e mecanismos de fiscalização de atividades que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM) e seus derivados, criando o Conselho Nacional de Biossegurança (CNBS) e reestruturando a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CNTBio).

A Lei 11.105 (Anexo 1) estabeleceu normas de biossegurança para regulamentar todos os aspectos da manipulação e uso de organismos geneticamente modificados (OGM) no Brasil, incluindo pesquisa em contenção, experimentação em campo, transporte, importação, produção, armazenamento e comercialização.

5. PROCEDIMENTOS

O Programa de Biossegurança é um conjunto de orientações técnicas elaboradas para os colaboradores da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil responsáveis pela higiene, nas Unidades, abordando:

- Prevenções de acidentes com material biológico;
- Acidente de trabalho - orientações sobre benefícios oferecidos pelo Estado (imunização).
- Manipulação de resíduos hospitalares;
- Manuseio, armazenamento e uso de produtos químicos;
- Uso obrigatório de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Todo colaborador da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil, receberá treinamento específico referente ao Programa de Biossegurança, além de reciclagens periódicas.

A divulgação, acompanhamento e orientação das medidas propostas pelo Programa de Biossegurança envolvem os seguintes setores:

- Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

- HSE – Segurança do Trabalho e Medicina Ocupacional (HSE)

5.1 - CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS

a) Áreas Críticas:

São aquelas que oferecem risco potencial para a aquisição de infecções, sejam pelos procedimentos invasivos realizados ou pela presença de pacientes susceptíveis as infecções. Outros ambientes são considerados críticos pelo risco ocupacional no manejo de substâncias infectantes: abrigo de resíduos, centro cirúrgico, centro obstétrico, central de material, centro de tratamento intensivo, unidade coronariana/ emergência, unidade semi-intensiva, unidade semi-intensiva – pós-operatório, hemodinâmica, laboratório de análise clínica, hematologia e unidade de terapia intensiva neonatal.

b) Áreas Semicríticas:

São todas aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento.
As áreas semicríticas são:
Unidade de internação, berçário, day-clinic, farmácia, pronto atendimento, rouparia e Raio-x.

c) Áreas Não-Críticas:

São todas as demais áreas não ocupadas por pacientes. As áreas não críticas são:
Almoxarifado, central de diluição, capela, clausura, conferência, consignado, costura, gerências, diretoria, guarita, jardim, manutenção, recepções, recursos humanos, estar de funcionários, vestiários dos seguranças, vestiário feminino e vestiário masculino.

5.2 - PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

a) Precauções Padrão

As orientações devem ser seguidas no atendimento de todos os pacientes independente do diagnóstico, sexo e/ou idade, na presença de fluidos corpóreos, sangue, secreções e excreções, para que o colaborador da higiene não sofra nenhuma injúria durante o período de trabalho.

b) Precauções Específicas

Essas precauções serão aplicadas complementando as Precauções Padrão, de acordo com a suspeita ou confirmação de doenças infectocontagiosas ou microrganismos multirresistentes, baseada em três vias principais:

- Transmissão por contato;
- Transmissão aérea por aerossóis;
- Transmissão aérea por gotículas.

5.3 - ACIDENTE DE TRABALHO

Quando ocorrer algum tipo de acidente de trabalho, que exponha o colaborador de higiene a contato com material biológico, o mesmo deverá ser encaminhado ao **Hospital de Referência**, no prazo máximo de duas (02) horas, para avaliação da necessidade do uso ou não de medicação específica e coleta de exames.

Posterior a este primeiro procedimento deverá ser dado sequência ao processo de Investigação de Acidente conforme Procedimentos Reporte, Investigação e Análise de Incidentes disponível no Portal de Documentos.

Se for constatada qualquer alteração no resultado da coleta de sangue do colaborador, ele deverá se Afastado das suas atividades e acompanhado pelo Médico de Segurança do Trabalho

da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil até a liberação de retorno do colaborador acidentado.

5.4 - MANIPULAÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES

As medidas de higiene e segurança (vacinação, uso de EPI e de uniformes) permitem que os profissionais envolvidos na manipulação e gerenciamento de resíduos protejam a saúde e possam desenvolver com maior eficiência seu trabalho, com base no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

5.5 - MANUSEIO E ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS QUÍMICOS

Os produtos químicos devem ser armazenados em local isento de umidade, afastado de luz solar e identificados.

Para manuseio o colaborador da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil deve estar com o uniforme completo e usando os equipamentos de proteção individual (EPIs) necessários.

Nunca utilizar produtos fora do prazo ou misturar produtos, pois podem ocasionar liberação de gases prejudicial à saúde.

Produtos químicos devem ser tratados de acordo com o rótulo, ficha técnica e/ou de segurança do fabricante.

5.6 - EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Todos os Equipamentos de Proteção Individual de acordo com o PPRA estarão disponíveis aos colaboradores de higiene para serem utilizados apropriadamente, de acordo com a necessidade e procedimento que irá executar.

É de responsabilidade dos colaboradores zelar pelo cuidado, manutenção e troca do EPI.

511

6. MEDIDAS INSTITUCIONAIS

a) Realizar orientações e treinamentos quanto aos riscos ocupacionais e às medidas de prevenção;

b) Utilizar as Precauções Padrão na presença de risco de contato com sangue, fluídos corpóreos, secreções e excreções;

c) Aplicar as Precauções Específicas de acordo com o mecanismo de transmissão das patologias e designadas para pacientes suspeitos ou sabidamente infectados ou colonizados por patógenos transmissíveis e de importância epidemiológica;

d) Disponibilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) e coletivo (EPC);

e) Fornecer instruções sobre procedimentos a serem abordados em casos de acidentes;

f) Supervisionar o estado vacinal e o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) dos colaboradores da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil da Unidade;

g) Assegurar o uso de EPI e uniforme para os profissionais responsáveis pela retirada dos resíduos das unidades.

h) Uso de adorno não é permitido conforme Norma Regulamentadora NR-32. São exemplos de adornos: alianças e anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches e piercings expostos.

i) O manuseio de lentes de contato nos postos de trabalho, não é permitido;

j) Manter os cabelos presos;

k) Fazer uso de esmaltes ou qualquer tipo de revestimento ou acabamento que impeça avaliar a condição de higiene sob as unhas, não é recomendado.

7 - GLOSSÁRIO

- ASO - Atestado de Saúde Ocupacional
- CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho
- CIA - Comunicado Interno de Acidente
- CIB - Comitê Interno de Biossegurança
- CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- CNBS - Conselho Nacional de Biossegurança
- CNT - Bio Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
- EPI - Equipamento de Proteção Individual
- EPC - Equipamento de Proteção Coletivo
- NR - Norma Regulamentadora
- OGM - Organismos Geneticamente Modificados
- PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
- PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- SESMT - Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

8 - FLUXO PARA MEDIDA DE BIOSSEGURANÇA

513

Comissão de Qualidade e Segurança

FINALIDADE

- Assegurar o desenvolvimento do Programa de Qualidade e medir suas atividades.
- Comunicar regularmente à Direção Geral e aos Diretores / Coordenadores o nível de satisfação dos clientes internos e externos;
- Acompanhar a implantação das melhorias da qualidade por meio de visitas aos vários setores;
- Viabilização de canais de comunicação com os clientes para avaliação do grau de satisfação com os serviços;
- Elaborar e divulgar relatórios;
- Notificar aos responsáveis por cada serviço os problemas identificados nas áreas de trabalho, atuando de forma cooperativa com a implementação das ações corretivas.

MEMBROS COMPONENTES:

- Direção Geral
- 1 Médico
- 1 Enfermeiro
- Assistente de SAU
- Direção Administrativa
- Comissão de Controle de Infecção

METAS E OBJETIVOS NO 1º. ANO:

- Traçar políticas e objetivos para o Programa da Qualidade
- Planejar e deliberar sobre prioridades relacionadas às frentes de trabalho do Programa. Efetuar a análise crítica das informações, relativas à qualidade aos seus clientes, de forma sistemática;
- Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação das normas e rotinas técnico - administrativas, visando a aplicação dos Princípios Básicos do Programa da Qualidade [satisfação do cliente, envolvimento de todos os colaboradores, gestão participativa, gerência de processos de trabalho, valorização do servidor, constância de propósitos, melhoria contínua, ação proativa (preventiva) para evitar falhas;
- Cooperar com o treinamento, capacitando adequadamente o quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito aos Princípios da Qualidade.

Frequência das reuniões:

- Semanal até a elaboração do programa e depois quinzenal no primeiro ano. A partir daí, mensal.

Controle pela Direção Médica:

- Participação, supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Atendendo às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente tem como objetivo principal estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de cada unidade será constituída por representantes dos setores de Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Radiologia, Nutrição, Qualidade, Fisioterapia e Comissão de Controle de Infecção.

A Diretoria Técnica e Clínica participa prestando assessoria ao Núcleo.

A atuação se dará em áreas como: prevenção de infecções; procedimentos cirúrgicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente: Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente; Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente; Identificar pontos críticos para a segurança do paciente; Aprovar e implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; Definir políticas, diretrizes e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; Elaborar e viabilizar junto à Administração a implementação de ações para instituir sistemas mais seguros.

Depois de implantado o Núcleo, a equipe terá prazo estipulado para definir protocolos e pensar estratégias de funcionamento, visando a segurança do paciente e a prevenção de riscos futuros.

SIS

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor.

Art. 2º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3º O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 4º O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 5º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 6º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 7º Definições:

I - Cultura da segurança: é definida como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

II – Dano: o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

III – Incidente: qualquer evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

IV - Segurança do paciente: é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

V - Serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

VI - Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

VII – Boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados, orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes a prestação de serviços de saúde.

VIII - Evento adverso: incidente que resulta em danos à saúde.

Art. 8º Os Eventos adversos são classificados em:

I - Eventos relacionados à gestão do cuidado:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).

b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.

c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.

e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde.

f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.

g) Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado.

S17

h) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.

i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

II - Eventos relacionados à proteção do paciente:

a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.

c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

III - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos:

a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado.

b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.

c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.

d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.

e) Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório/pós-procedimento em pacientes sadios sem alterações orgânicas.

IV - Eventos relacionados a produtos:

a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.

b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.

c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na ANVISA).

V- Eventos ambientais

a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.

b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.

c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética.

VIII- Eventos criminais potenciais

a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.

b) Sequestro de paciente de qualquer idade.

c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

CAPÍTULO II DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 9º O Núcleo de Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 10 Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e do NUSP.

Art. 11 Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas:

I - Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção.

II - Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III - Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

IV - Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

V - Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

VI - Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: ANVISA, 2014.

VII - Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

VIII - Diretriz para implantação dos Núcleos e Planos de Segurança do Paciente nas filiais EBSERH.

VII - Outros documentos futuros referentes ao tema.

CAPÍTULO III DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 12 O NUSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência.

Art. 13 O NUSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, visando promover uma cultura voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que possam garantir a qualidade dos processos assistenciais.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 14 O Núcleo de Segurança do Paciente será composto da seguinte forma:

I - Um representante da Superintendência;

II - Um representante da Gerência de Atenção à Saúde;

III - um representante da Gerência Administrativa;

IV - Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;

V - Um médico representante da Divisão Médica;

VI - Um enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem;

VII - um representante da Divisão de Gestão de Cuidados;

VIII - um representante da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

IX - Um representante do Setor Regulação e Avaliação em Saúde;

X - Um representante Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do paciente, que presidirá o Núcleo;

XI - um representante da Unidade de Vigilância em Saúde;

XII - um representante da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais;

XIII - um representante da Residência Médica;

XIV - um representante da Residência Multiprofissional;

XV - Um farmacêutico representante da Farmácia;

Parágrafo Único – O NUSP será composto por representantes, titulares e suplentes, todos nomeados pela Superintendência.

CAPÍTULO V DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 15 Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

I - Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;

II - Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;

III - Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;

IV - Proteção à identidade do notificador;

V - Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

VI - Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 16 Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Art. 17 As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

SQ1

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 18 As atribuições do Presidente incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

I. Coordenar as discussões;

II. Produzir e expedir documentos;

III. Distribuir tarefas;

IV. Conduzir os trabalhos; e

V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 19 O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NUSP.

CAPÍTULO VI DO MANDATO

Art. 20 O mandato dos membros do NUSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. A destituição de membro do NUSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VII DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NUSP

Art. 21 São princípios do NUSP:

I - A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;

II - A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

III - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

IV - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

V - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

VI - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

VII - A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 22 Promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como;

I- Prever a mitigação de EA especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.

II- Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;

III- Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

Art. 23 Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional âmbito da instituição.

Parágrafo Único. O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NUSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

Art. 24 Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas:

I- O NUSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PSP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.

II - Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como: a) Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;

b) A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

III - Acompanhar as ações vinculadas ao PSP

a) Os integrantes do NUSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;

b) Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;

c) Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.

IV - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores

S23

a) Para subsidiar os profissionais do NUSP, os protocolos abordam os seguintes temas: identificação correta do paciente, higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão (UPP), prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

V - Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

a) As barreiras que impedem que o risco se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

VI - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços;

a) O NUSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

V - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação do serviço de saúde

a) Analisar através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras.

VI - Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação do serviço de saúde

a) O NUSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

VII – Notificar ao SNVS os EA decorrentes da prestação do serviço de saúde.

a) Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os EA sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.

b) O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da

ANVISA (www.ANVISA.gov.br) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (http://www20.ANVISA.gov.br/segurancadopaciente/).

c) acompanhar o processo de notificação d) analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

VIII - Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs

a) Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NUSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;

b) Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.

IX - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

X - Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XI - Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços;

XII - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços;

XII - Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XIII - Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

XIV - Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XV - Apoiar a instituição no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente;

XVI - Participar de eventos e demais ações promovidas pela instituição sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII DAS REUNIÕES

Art. 25 As reuniões do NUSP serão realizadas em caráter ordinário (mensal), nas segundas terças-feiras de cada mês, das 10h às 12h, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 48 horas de antecedência.

Art. 26 As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro do NUSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência

Art. 27 As reuniões serão conduzidas pelo Presidente e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 28 Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NUSP, com 48h de antecedência.

Art. 29 A convocação para reunião do NUSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 30 O NUSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 31 As reuniões serão realizadas com no mínimo metade, mais um, dos membros do NUSP, ficando as resoluções na dependência da presença deste número de membros.

Art. 32 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 33 Os membros da comissão que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente consideradas desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

CAPÍTULO IX DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 34 As deliberações do NUSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Presidente do NUSP.

CAPÍTULO X DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 35 O apoio administrativo ao NUSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 36 São consideradas atividades administrativas:

I - Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NUSP;

II - Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NUSP;

III - Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para elas.

CAPÍTULO XI DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NUSP

Art. 37 O NUSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos.

SQA

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pelo NUSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NUSP.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em três reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

I. Coordenar as discussões;

II. Definir responsabilidades dos componentes;

III. Conduzir os trabalhos; e,

IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pelo NUSP.

CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 39 Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 40 O presente Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.1.2 Monitoramento e divulgação do alcance dos indicadores quantitativos e Qualitativos do Contrato de Gestão.

A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada pelos gestores como um processo dinâmico e exaustivo de identificação dos fatores intervenientes, no processo de trabalho da equipe de saúde, e requer desses profissionais a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados. Assim, é preciso analisar os resultados da assistência prestada para (re)definir estratégias gerenciais.

O incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os serviços de saúde, necessitados de cuidados e apoio (GABRIEL et al, 2011).

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação, direção e avaliação e controle das atividades desenvolvidas, tanto em qualidade, produtividade e financeiros, sendo alvo dessa medição os resultados, processo e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

Os indicadores de saúde são ferramentas que ajudam a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, avaliam o desempenho da unidade envolvendo a instituição, recursos e metodologia de trabalho. São instrumentos de comparação, e verificação de mudanças ou tendências, avaliam a execução de ações planejadas durante um período. São ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional de uma unidade de saúde.

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito.

Serão monitorados os Indicadores de produtividade e de qualidade.

Os indicadores serão monitorados visando atender os parâmetros do cumprimento das metas preestabelecidas no contrato de gestão.

O trabalho estatístico será desenvolvido em cinco fases:

1- Levantamento de dados;

2- Coleta de dados;

3- Descrição dos dados;

4- Apresentação dos dados;

5- Análise dos dados.

529

No que se refere à coleta de dados, a rotina do estatístico do setor será extrair do Sistema Informatizado, os relatórios gerenciais das unidades em concordância com os dados emitidos pelo faturamento da unidade e comparar com as metas preestabelecidas no Contrato de Gestão.

No processo de descrição dos dados, serão analisadas e interpretadas todas as informações obtidas. A primeira etapa desta tarefa será a organização e síntese dos dados. Deverão ser impressos diversos relatórios que servirão para a transcrição dos dados no Plano Estatístico Mensal.

Após a crítica, os dados e os resultados deverão ser dispostos de forma ordenada e resumida a fim de auxiliar na análise dos mesmos e, facilitar a compreensão das conclusões. Os dados e os resultados serão apresentados para a direção da unidade, nas formas de tabelas, relatórios e gráficos.

Monitoramento e Avaliação

Processo contínuo que deve ser realizado periodicamente a fim de apontar desvios, necessidade de atualizações e ajustes ao projeto, identificar experiências exitosas e lições aprendidas que permitam aprimorar o processo.

São características das etapas de monitoramento e avaliação:

– Monitorar os desvios do programado.

– Tomar ações corretivas para harmonizar o executado com o programado.

– Avaliar as solicitações de alteração do projeto que envolvam escopo, prazo e custo.

– Quando necessário, reprogramar as ações.

– Quando necessário, ajustar o nível de recursos.

– Proceder os ajustes necessários e obter a aprovação da direção geral.

Os resultados dos indicadores escolhidos para acompanhamento dos processos serão analisados e comparados a referenciais externos, a fim de orientar a tomada de decisões para um ciclo de melhoria contínua.

- Alguns conceitos, no contexto do monitoramento em questão:

Indicador: Indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis.

Um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde. Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

Monitoramento: O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

Avaliação: A avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo mais racional e efetivo. Na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde, seja por sua cobertura ou complexidade, tem exigido dos gestores decisões que beneficiem maior número de usuários e que consigam resultados mais eqüitativos com os mesmos recursos disponíveis

Meta: As metas, neste contexto, são resultadas numéricos que se quer chegar. Cada indicador deve ser acompanhado de uma meta, o valor que se pretende alcançar com as ações/programas de saúde.

- Avaliação e Valoração dos Indicadores de Quantidade e Qualidade

531

Indicadores de Quantidade

Para o monitoramento e avaliação das atividades serão apresentados tópicos que serão parâmetros de avaliação, conforme segue:

-Avaliação das metas quantitativas pactuadas.

-Programação semestral de eventos técnicos científicos; programa de educação permanente em suporte avançado de vida para médicos e enfermeiros.

-Qualidade: Avaliação de satisfação do usuário; Avaliação de satisfação dos colaboradores;

-Determinação das comissões exigidas - CCIRAS, Prontuário, Óbitos, Farmacovigilância, Comissão de Ética em Pesquisa e criar a Tecnovigilância.

-Gestão: Redução do Tempo Médio de Permanência; Taxa de Mortalidade neonatal e materna; taxa de Infecção puerperal; Taxa do número de cesárea, taxa de parto normal; Humanização; Custos; Implantação de programa de capacitação e desenvolvimento de colaboradores; Modelo orçamentário; Protocolos clínicos;

Observação: no tempo oportuno estes indicadores serão discutidos com a Organização Social, pactuando os resultados e pontuação para indicador, estes poderão sofrer alterações com inclusões e ou exclusões de acordo com a necessidade.

Indicadores De Qualidade

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade. A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores poderão ser introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de um certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

- IMPLANTAÇÃO DAS METAS OPERACIONAIS

O objetivo da implantação das Metas Operacionais é captação e processamento de informação e análise do desempenho da unidade, através de relatórios e planos de trabalho. Avaliação da capacidade produtiva e do custeio de toda atividade, através dos seguintes instrumentos:

• PLANO ESTATÍSTICO - A estatística é composta do movimento geral da unidade e da estatística de produção dos setores como os Serviços de Diagnóstico, Lavanderia, Manutenção e de outros tantos. A gestão é feita com o auxílio dos números que são fornecidos pela unidade de estatística.

• RELATÓRIO DE ATIVIDADES - Este relatório permite o acompanhamento sistematizado do desempenho da unidade sob vários aspectos, análise crítica dos resultados previstos e alcançados, entre outros.

2.1.3 Funcionamento do Desempenho e as ações corretivas para resultados mensais sejam alcançados.

GESTÃO POR PROCESSOS

A AHBB utiliza como modelo de gestão a Gestão por Processos, que consiste em um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento da empresa com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que as necessidades dos clientes e do negócio sejam satisfeitas.

Macroprocesso e Cadeia de Valor

Macroprocesso é um processo que geralmente envolve mais de uma função organizacional e cuja operação tem impacto significativo no modo como a organização funciona.

Cadeia de Valor é a representação do conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com fornecedores e ciclos de produção até a entrega final do produto ou serviço (Michel Porter – 1995).

533

Processos

Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-se valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo.

Processos são atividades logicamente relacionadas que, usando recursos (pessoas, equipamentos, materiais, entre outros), produzem resultados (produtos ou serviço), adicionando valor a cada etapa. Portanto, não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo.

Os processos gerenciais são aqueles que existem para coordenar os processos de apoio e assistencial, através de definição de estratégias, definição e monitoramento das metas, e melhorando os processos, quando necessário. Exemplos: Liderança (Diretoria Geral, Diretoria Assistencial e Diretoria de Apoio).

Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com o cliente. Exemplos: Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Internação etc.

Os processos de apoio são aqueles que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços como: equipamentos, tecnologia, informações.

Exemplo: Gestão de Estrutura Física Funcional (Manutenção), Gestão de Equipamentos Médicos (Engenharia Clínica) e Sistema de Informação ao Paciente (T.I). Na integração dos processos de uma organização, um produto de um processo é o insumo de outro processo, e assim ocorre até o produto entregue ao cliente.

Gestão por Processos

Gestão por Processos significa que os processos estão mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário importante ressaltar que os esforços devem ser com foco na melhoria contínua e no alcance dos objetivos da organização.

Tem objetivo principal de estabelecer uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo.

Monitoramento de Processos

Depois da implantação e ou ajuste do processo é necessário que seja monitorado, avaliado e devidamente ajustado, sempre levando em consideração o seu desempenho ao longo do tempo, na busca constante de melhoria contínua.

Os responsáveis pelos processos devem garantir que estão gerando produtos e/ou serviços que atendam às necessidades dos clientes.

Identificando e Priorizando Problemas

Os processos organizacionais sem controle têm a tendência natural de se deteriorar progressivamente, gerando como efeito, serviços de qualidade cada vez pior. E mais importante do que identificar os problemas é determinar as suas causas, haja vista que são sobre elas que devem ser tomadas medidas de correção ou prevenção, conforme o caso.

Ação Corretiva

Ação corretiva é a ação tomada para eliminar as causas de um problema existente ou de situações indesejáveis de maneira a evitar o reaparecimento delas.

Possibilita determinar exatamente algum tipo de problema, tornando a sua resolução mais eficaz e direta, gerando desta forma mais economia para a organização e menor desperdício de energia em situações corriqueiras do dia a dia. O foco da ação corretiva é a origem do problema.

A ação corretiva baseia-se nas causas dos problemas identificados, buscando a eliminação da raiz do problema. Caso o problema volte a se repetir no futuro, a ação corretiva não foi eficaz.

Ação Preventiva

Ação Preventiva é a ação tomada para eliminar as causas de problemas potenciais ou outra situação indesejável a fim de evitar o aparecimento delas. Normalmente, é aplicada antes da implementação de novos produtos, processos ou sistemas, ou antes, de modificações já existentes. Ação preventiva é tomada antes de surgir o problema, baseando em informações coletadas durante a execução dos processos.

Plano de Ação

Plano de ação é o planejamento das iniciativas necessárias para atingir um resultado desejado. Deve deixar claro tudo o que deverá ser feito e a que tempo, quem é o responsável por cada iniciativa. Além disso, deverá apontar o porquê de se realizar tal atividade e como ela será realizada, onde e quanto que isso custa.

Avaliação de Eficácia com PDCA

O PDCA pode ser definido como um valioso método de controle e melhoria dos processos organizacionais que, para ser eficaz deve estar disseminado e dominado conceitualmente e

operacionalmente por todos os colaboradores da organização. É o caminho para se atingir as metas atribuídas aos diferentes processos organizacionais.

O ciclo do PDCA é projetado de maneira a produzir uma sistematização do planejamento e execução das ações organizacionais, através do fluir contínuo do ciclo em uma espiral crescente de melhoria, no qual o processo ou padrão sempre pode ser reavaliado e um novo ou uma melhoria de processo poderá ser promovida. O PDCA é uma importante ferramenta para o processo de solução de problemas crônicos que prejudicam o desempenho de um projeto, processo ou serviço.

O PDCA aprofunda a capacidade de planejamento da organização. Deve ser encarado como um processo de tomada de decisão, associado com as demais ferramentas apresentadas nesta apostila. Utilizar o PDCA no dia a dia induz a adoção de medidas preventivas. A sua utilização é simples, o que pode tornar um perigo, pois as pessoas acham que o estão utilizando de forma eficaz e o adotam de qualquer maneira. Gerenciar exige conhecimento e, para isso, não há substituto.

- Plan (planejar) – Nesta etapa a atenção deve estar voltada para a definição dos objetivos/metas, para a definição dos métodos e procedimentos a serem empregados, bem como a definição dos indicadores ou itens de controle que serão utilizados para monitorar a eficácia das soluções.
- Do (fazer) – esta etapa depende da elaboração do planejamento. Consiste na execução dos planos de ação estabelecidos. Enquanto o planejamento está voltado para a eficácia das ações, a etapa de execução está relacionada à eficiência dos processos. Esta etapa pode ser subdividida em duas outras. Treinamento e a execução propriamente dita. Na etapa de treinamento, as pessoas devem ser preparadas para atuarem utilizando as soluções estabelecidas, enquanto na etapa de execução, as atividades devem ser colocadas em prática e o seu desempenho monitorado através de itens de controle (indicadores de processo).
- Check (verificar) – a terceira etapa do ciclo está relacionada com a verificação das ações executadas. Esta etapa se relaciona ao processo de comparação entre os resultados obtidos através das práticas e os indicadores estabelecidos no planejar, com a finalidade de mensuração da eficácia da solução escolhida. Esta etapa é considerada como a fase mais importante do ciclo, devendo ser enfatizada dentro da organização, a fim de se obter resultados satisfatórios e eficazes ao final de cada ciclo. É nesta etapa que, a partir dos dados levantados à organização deve efetuar as análises críticas de suas ações, promovendo, se necessário, ações de correção ou melhoria, na solução adotada ou nos próprios processos.

➢ Act (agir) – esta etapa está relacionada com a melhoria dos processos organizacionais e na correção dos padrões estabelecidos. Aqui surgem as desejadas inovações que afetam toda a organização e, às vezes, a sociedade.

Execução da Metodologia PDCA

A execução do ciclo PDCA na área da saúde é um processo adaptado às necessidades específicas deste setor, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços, a segurança do paciente e a eficiência operacional. A implementação do ciclo começa com a fase de planejamento, onde se identificam problemas ou necessidades, como tempos de espera longos ou taxas de infecção. Aqui, estabelecem-se objetivos claros, como reduzir o tempo de espera ou diminuir a taxa de infecção hospitalar, e se desenvolve um plano de ação, muitas vezes utilizando ferramentas de análise causa-raiz, como os "5 Whys" ou o diagrama de Ishikawa.

Após o planejamento, entra-se na fase de execução, onde as ações planejadas são implementadas. Isso pode envolver treinamento de pessoal, mudanças nos processos de trabalho ou a adoção de novas tecnologias. Durante esta fase, é crucial documentar todas as mudanças e observações para análise posterior.

Segue-se a fase de verificação, que envolve o monitoramento e a avaliação de indicadores-chave, como taxas de readmissão ou satisfação do paciente, comparando-os com as metas estabelecidas. Os dados coletados são analisados para avaliar o sucesso das intervenções e identificar áreas que precisam de ajustes ou melhorias adicionais.

Por fim, na fase de ação, fazem-se os ajustes necessários com base na análise realizada. Se as mudanças se mostrarem bem-sucedidas, os novos processos são padronizados para garantir a manutenção dos benefícios e a replicabilidade em toda a organização. Documentam-se as lições aprendidas e compartilham-se as melhores práticas com toda a equipe.

Para o sucesso na saúde, é essencial o envolvimento de profissionais de saúde de diferentes níveis, garantindo que todas as mudanças visem a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Além disso, é preciso manter uma comunicação clara e eficaz com todas as partes interessadas e focar em uma avaliação contínua, retornando à fase de planejamento após a ação para identificar novas áreas de melhoria. O PDCA na saúde requer um compromisso

com a melhoria contínua, colaboração de toda a equipe de saúde, liderança comprometida e um foco constante no bem-estar dos pacientes

Ao implementar o ciclo PDCA na área da saúde, é crucial compreender que este não é apenas um conjunto de passos sequenciais, mas uma abordagem integrada que permeia a cultura organizacional, as práticas e as políticas do ambiente de saúde.

Durante a fase de Planejamento, além de identificar problemas atuais, torna-se essencial analisar dados históricos para entender tendências e padrões anteriores. Isso envolve revisar prontuários médicos e taxas de incidência de certas condições. A inclusão de stakeholders, como pacientes, famílias, pessoal médico e administrativo, no processo de planejamento é fundamental para obter diferentes perspectivas e aumentar a aceitação das mudanças propostas.

Na fase de Execução, é aconselhável realizar projetos-piloto ou testes em pequena escala antes de implementar mudanças em larga escala. Isso ajuda a avaliar a viabilidade e eficácia das soluções propostas. Além disso, a formação e a educação continuada do pessoal são cruciais devido à constante evolução das práticas médicas.

A fase de Verificação deve incluir mecanismos para feedback contínuo, como reuniões regulares de equipe e pesquisas de satisfação do paciente. O uso de tecnologias, como prontuários eletrônicos de saúde, é vital para coletar e analisar dados de forma eficiente e em tempo real.

Durante a fase de Ação, é importante reconhecer que essa etapa não se trata apenas de corrigir falhas, mas também de promover uma cultura de melhoria contínua. Mesmo após a implementação de mudanças bem-sucedidas, é crucial continuar buscando áreas que podem ser aprimoradas. Além disso, compartilhar os resultados e as lições aprendidas com a comunidade de saúde mais ampla contribui para o conhecimento coletivo.

Em todos esses estágios, a segurança do paciente deve ser a prioridade máxima. As mudanças propostas devem ser avaliadas quanto ao seu potencial impacto na segurança e na qualidade do cuidado. Definir indicadores claros para medir resultados, incluindo métricas clínicas, operacionais e financeiras, é essencial. Ademais, o setor de saúde está sempre evoluindo devido

a novas pesquisas, tecnologias e políticas, o que exige que o PDCA seja flexível o suficiente para se adaptar a essas mudanças.

Em resumo, a implementação do PDCA na saúde vai além de seguir etapas; ela envolve uma abordagem holística e integrada, promovendo uma cultura de segurança, qualidade e eficiência, com o objetivo final de melhorar o cuidado e os resultados para os pacientes.

GOVERNANÇA CLÍNICA

Para atingimento da excelência assistencial é necessário o estabelecimento de uma sistemática gerencial voltada às questões assistenciais, alinhada à Governança Corporativa, que garanta, na prática, a monitorização do processo de evolução contínua, servindo de apoio a implementação do referencial teórico do macroprocesso assistencial. A experiência mundial tem consagrado o padrão do *National Health System* (NHS), para este propósito. Neste modelo de gestão é estabelecida uma "abordagem sistêmica para manter e melhorar a qualidade no cuidado ao paciente em Serviços de Saúde" conhecida com a denominação de Governança Clínica. O Diretor Geral será responsável pela qualidade, incluindo a Governança Clínica, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa. Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.

O Diretor Geral será responsável pela qualidade, incluindo a Governança Clínica, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa. Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.

2.1.4 Funcionamento das SADT

Entende-se por Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT, todos os exames radiológicos, eletrocardiogramas, laboratoriais e procedimentos realizados em pacientes atendidos na Unidade. Em Procedimentos estão incluídos administração de medicamentos,

oxigenioterapia, aspiração de vias aéreas superiores, aplicação de calor/frio, inserção e remoção de sondas, inalação, imobilizações, curativos, suturas, retirada de pontos e outros correlatos.

Envio de informações e dados

A AHBB encaminhará à municipalidade todas as informações solicitadas de acordo com a formatação e periodicidade determinada pela Secretaria Municipal de Saúde com vistas ao bom andamento e desenvolvimento das atividades, além do que determina a apresentação trimestral de Relatório de Atividades à apreciação da Comissão de Avaliação.

A disponibilização de um Sistema Informatizado permitirá, entre outros avanços:

- Acesso remoto e simultâneo dos dados clínicos individuais e coletivos.
- Maior legibilidade e consequente agilidade e confiabilidade.
- Maior segurança.
- Aumento da confidencialidade dos dados do paciente.
- Grande flexibilidade na organização das informações.
- Integração com outros sistemas de informação.
- Captura automática de dados.
- Processamento contínuo.
- Apoio à decisão.
- Apoio à pesquisa,
- Melhoria dos mecanismos de auditoria e controle sociais, dentre outras.

Desta forma, a implantação do Sistema de Informação permitirá a melhoria da gestão e a racionalização dos recursos. - Monitoramento por câmeras de segurança em todas as entradas.

Qualidade - do latim qualitate, em saúde é o conjunto de propriedades relacionadas aos cuidados globais de prevenção à manutenção até o perfeito restabelecimento.

Esta questão surgiu na indústria, na década de 30, quando foi desenvolvido um modelo de controle de qualidade baseado na inspeção.

Este método foi aperfeiçoado posteriormente por Deming (reconhecido pela melhoria dos processos produtivos nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial, sendo conhecido pelo seu trabalho no Japão que em 1950, ensinou altos executivos como melhorar projeto, qualidade de produto, teste e vendas através de vários métodos, incluindo a aplicação de métodos estatísticos como a análise de variantes e teste de hipóteses).

Mais tarde, as exigências do mercado competitivo levaram as empresas a buscar um modelo de gestão de qualidade, capaz de produzir com qualidade e custos reduzidos, enfatizando a satisfação do consumidor, e que viria substituir o então modelo taylorista (caracteriza-se pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional) , que ergue enormes obstáculos ao alcance destes objetivos, uma vez que o planejamento, neste modelo, está distanciado da produção, a supervisão funciona como fiscalização e os trabalhadores realizam tarefas parciais e fragmentadas, não sendo estimulados a participar.

As deficiências do produto detectadas pelos dados estatísticos, nesse modelo, funcionam como instrumentos educativos para trabalhadores, técnicos e gerentes, e não apenas como instrumento punitivo, como ocorria anteriormente.

Esse modelo foi introduzido no Brasil, no setor industrial, na década de 70 e vem sendo denominado Controle de Qualidade Total (CQI).

Diferencia-se dos modelos tradicionais por ser flexível, descentralizado, permitindo a participação dos trabalhadores em todas as etapas da gestão, e conferindo a participação nos lucros da empresa.

A gestão de qualidade advém da eliminação do autoritarismo e da inspeção inibidora.

A preocupação pela qualidade nos serviços de saúde data de algum tempo, embora estivesse mais ligada à qualidade do cuidado médico, principalmente porque o modelo de assistência vigente está centrado na clínica.

Definição de qualidade em saúde

A primeira tentativa de definir qualidade foi feita por Lee e Jones, quando eles baseados em seus "artigos de fé", afirmaram que a boa assistência médica é aquele tipo de medicina praticada e ensinada pelos líderes reconhecidos da profissão médica, num momento dado, ou num período de desenvolvimento social, cultural e profissional de uma comunidade, ou grupo populacional.

A partir da década de 50, muitos estudos começaram a ser feitos, buscando entender qualidade como um requisito necessário aos serviços de saúde.

DONABEDIAN, um dos pioneiros no estudo deste tema, levanta uma série de questões sobre os elementos que compõem a qualidade.

Ele apresentou a qualidade baseada em sete pilares:

- Eficácia,
- Eficiência,
- Otimização,

541

- Aceitabilidade,
- Legitimidade e
- Equidade de custos

Eficácia: É o resultado do cuidado obtido na melhor situação possível.

Efetividade: É o resultado do cuidado obtido na situação real.

Eficiência: Inclui o conceito de custo. Se duas medidas são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

Aceitabilidade: É o quanto o cuidado se adapta aos desejos, expectativas e valores dos pacientes.

Legitimidade: É a aceitabilidade do ponto de vista da sociedade ou comunidade.

Otimidade: é o cuidado relativo quanto ao custo do ponto de vista do paciente.

Equidade: É o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios.

Nossa Política da Qualidade busca monitorar e promover a melhoria contínua necessária ao desenvolvimento da Instituição, para isso nos comprometemos em:

- Cumprir as legislações aplicáveis à organização, seus processos, produtos e serviços.
- Garantir a segurança do paciente através de ações contínuas para minimizar riscos e evitar danos ao mesmo.

- Gerenciar riscos institucionais relacionados às atividades do processo, com foco na prevenção de problemas e segurança dos pacientes, colaboradores e terceiros.
- Promover ações de melhoria contínua dos processos, objetivando a qualidade e promovendo a satisfação de nossos clientes
- Promover a tomada de decisões pautada na análise crítica dos resultados.

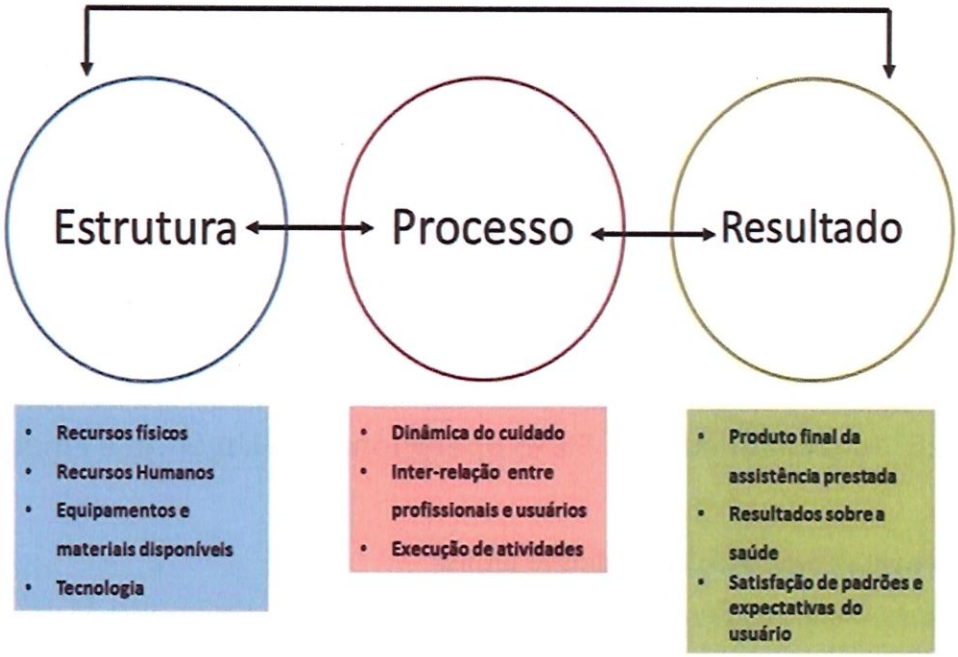
Trabalhamos dentre outras a Trilogia proposta por Donabedian referente a Qualidade em Saúde em três componentes do cuidado:
Estrutura, Processo e Resultado.

Estrutura: Condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá. Corresponde às características estáveis dos provedores para execução dos serviços, ou seja, os recursos, tanto físicos quanto humanos. Estrutura física, equipamentos e insumos, quantidade e qualificação dos profissionais e recursos financeiros disponíveis para a manutenção da infraestrutura e da tecnologia para a viabilização dos serviços.

Processo: Inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados. Processo é compreendido como a execução das atividades e da dinâmica estabelecida nas relações entre profissionais de saúde e pacientes e deverá estar fortemente relacionado ao resultado para ser utilizado como estimativa da qualidade

Resultado: Produto da assistência prestada, satisfação de padrões e expectativas. É entendido como o final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de

expectativas do usuário com o cuidado prestado. Além dos aspectos físicos e fisiológicos, compreende também a melhora da função social e psicológica do paciente, conhecimentos adquiridos sobre a doença ou situação de saúde e as atitudes a elas relacionada.



Plano de organização

A proposta de gestão está baseada na implantação de cultura organizacional voltada para a qualidade em todos os níveis de atuação. Partindo da adequada estruturação física e dos recursos humanos à proposta técnica estabelecida, os processos de trabalho serão mapeados em todos os níveis (técnico, administrativo, assistencial), estabelecendo-se os procedimentos operacionais de cada atividade de modo a instrumentalizar a gestão local permitindo um contínuo treinamento, acompanhamento e avaliação das ações.

Implantação da comissão da qualidade

A AHBB conta com uma equipe de profissionais especializados na área da qualidade, com a função de:

Coordenar, orientar, acompanhar e avaliar a implementação do Programa de Qualidade. Manter o conselho de coordenação de gestão estratégica, permanentemente informado a respeito do andamento e da evolução das atividades do programa. Incentivar a participação dos funcionários, buscando a contínua conscientização em prol da qualidade.

A AHBB tem como proposta a implantação de um sistema de gestão da qualidade com a definição da identidade organizacional da Instituição, (negócio, missão, visão, valores,

competência essencial e slogan), bem como o desenho de um Planejamento Estratégico, através de metodologia específica e reuniões com as partes interessadas.

A comunicação da identidade organizacional ocorrerá por meio de reuniões com a participação da diretoria, gerência e lideranças, com o objetivo de divulgar as novas diretrizes.

Os valores organizacionais são internalizados e refletidos no convívio e em todas as relações com as partes interessadas.

O serviço de saúde do município contara com um setor da Qualidade que implantara um processo de padronização das atividades por meio da elaboração de procedimentos nas diversas áreas, alinhando estes manuais com as normas de padronização nacional e internacionalmente reconhecidas, como a ONA.

2.1.5 Funcionamento do Fluxo operacional em Urgência e Emergência

Ações para a promoção da Qualidade Técnica

1. Disponibilizar equipe multiprofissional capacitada e devidamente registrada nos conselhos de classe, para cada área da Unidade;
2. Implantar protocolo para o ACCR;
3. Implantar governança clínica;
4. Elaborar cronograma de Educação Permanente, educação continuada, capacitações e treinamentos para todos os colaboradores da Instituição alinhado com as necessidades identificadas no levantamento das necessidades de treinamento (LNT);
5. Implantar Programa de Segurança do Paciente;
6. Controlar os indicadores de resultados das atividades assistenciais e promover ações de melhoria;
7. Implantar Núcleo de Educação Permanente

Ações para a Gestão dos Serviços

1. Elaborar e implantar Organograma, Regimento Interno, Protocolos Clínicos e Instruções de Trabalho;
2. Garantir atendimento a todos as pacientes que procurarem o serviço;
3. Implantar e operacionalizar o Modelo de Gestão
4. Implantar sistema de dose individualizada;
5. Implantar o Serviço de Atendimento ao Usuário

6. Acordar com Laboratório de Análises Clínicas contratado o tempo para entrega de resultados de exames;

7. Celebrar acordo com serviços de terceiros que se fizerem necessários;

8. Prover as unidades com material e equipamentos necessários para o bom desempenho;

9. Controlar materiais e Medicamentos;

10. Realizar inventário patrimonial;

11. Realizar manutenção preventiva e corretiva nas instalações e equipamentos existentes;

12. Garantir a guarda e arquivamento de todos os documentos da instituição;

13. Gerenciar o serviço de Processamento de Roupas.

Ações para a Gestão de Pessoas

1. Selecionar profissionais com perfil e qualificação compatível com a instituição;

2. Implantar Plano de Cargos, compatíveis com o mercado local, baseados nas avaliações de desempenho;

3. Promover treinamentos aos colaboradores sobre a manipulação dos equipamentos existentes na instituição evitando acidentes de trabalho e perda a instituição;

4. Garantir aos funcionários atendimento do serviço de medicina do trabalho;

5. Promover reuniões com as equipes de trabalho para mensuração do grau de satisfação dos funcionários, e futuramente uma pesquisa de clima organizacional;

6. Garantir aos funcionários os direitos previstos em lei tais como insalubridade, adicional noturno, licença maternidade etc.;

7. Controlar a assiduidade dos colaboradores, calcular o índice de absenteísmo e rotatividade de funcionários e criar ações para intervenção se necessário;

Ações para a Articulação com a Rede de Serviços

1. Estabelecer conjuntamente com a gestão municipal cronogramas de visitas institucionais a todas as unidades das redes de saúde, visando a melhoria da articulação entre os serviços e a implementação da Rede de Atenção à Saúde;

2. Realizar reunião com membros da comunidade e conselhos de saúde para estabelecer vínculos, elaborar conjuntamente ações de prevenção e promoção da saúde e construção da autonomia dos usuários;

3. Treinamento da equipe no sistema informatizado que se comunica com a Central de Regulação;

4. Elaboração e fornecimento de relatórios de alta hospitalar para garantir a continuidade do tratamento, garantindo a integralidade do cuidado;
5. Realizar estudos periódicos sobre o perfil da população atendida na unidade para adequação da assistência prestada, bem como acompanhamento dos indicadores epidemiológicos;
6. Estudar a possibilidade de criação de equipamentos sociais para a população atendida na instituição e seu entorno.

Organização do Acolhimento com classificação de risco

Definição

É um processo de classificação de risco de pacientes, através do uso de cores.

Objetivo

Permite definir rapidamente qual é a situação de cada paciente, resultando na prioridade dos atendimentos, evitando o caos no atendimento.

Executante

Enfermeiro ou médico.

Material

Manual de classificação de risco simplificado;

Termômetro;

Glicosímetro;

Relógio;

Monitor (saturímetro e FC);

Esfigmomanômetro e estetoscópio;

Ficha de registro da classificação de risco.

S47

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Apresentar-se ao paciente e explicar a importância da classificação de risco que será realizada, sanando todas suas dúvidas;

Solicitar que o paciente se sente, fique o mais confortável possível;

Iniciar a verificação dos sinais vitais, conforme queixas ou patologias pré-existentes como Diabetes e Hipertensão;

Preencher todos os campos da ficha de atendimento que são pertinentes à classificação de risco, inclusive queixa principal;

Ao término, solicitar que o paciente retorne à sala de espera e aguarde atendimento médico.

Determinantes gerais:

Vermelho (atendimento imediato)

Comprometimento das vias aéreas;

Respiração inadequada;

Hemorragia exanguinante;

Choque;

Convulsionando;

Criança irresponsiva;

Laranja (atendimento até 10 minutos)

Dor intensa;

Hemorragia maior incontrolável;

Alteração da consciência;

Criança febril;

Esfriamento;

Dor moderada.

Amarelo (atendimento até 1 hora)

Hemorragia menor incontrolável;

História de inconsciência;

Adulto febril;

Verde (atendimento até 2 horas)

Dor leve recente;

Febre baixa;

Problema recente.

Azul (atendimento até 4 horas)

Dor abdominal em adultos

Atenção - Pacientes que podem ter piora repentina:

• Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h

• Forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões

• Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes

• Acidentes com ejeção do veículo

• Negação violenta das óbvias injúrias graves, pensamentos de fuga e alteração do discurso, respostas inapropriadas

S19

- Fraturas de 1ª e 2ª costelas
- Fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de 3 costelas
- Possível aspiração
- Possível contusão pulmonar
- Acidentes com óbito no local
- Atropelamento de pedestre ou ciclista
- Acidente com motociclista

Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

VERMELHO - Prioridade 1: Pacientes com condições que ameaçam a vida ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico * Tempo para o atendimento médico: Imediato.

I. TRAUMA*

1. Grande Trauma

Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos, sistemas e/ou comprometimento de coluna cervical.

Queimaduras graves: > 20 % da superfície corpórea (SC) nas lesões de 2º e 3ºgrau em adulto; crianças e idosos com mais de 10% da SC nas lesões de 2º e 3º grau; e > 5% SC nas lesões de 3ºgrau.

Queimaduras químicas e/ou elétricas.

Traumatismo cranioencefálico (TCE) grave ECG < 10 pontos.

Amputação com alteração dos sinais vitais.

Lesão no tórax e/ou abdômen com alteração respiratória, hipotensão, taquicardia, estado mental e/ou dor severa. Grandes hemorragias com alteração dos sinais vitais.

* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

SITUAÇÃO / QUEIXA

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Estado de inconsciência – overdoses, intoxicação exógenas, estado de anafilaxia, hipoglicemia e cetoacidose diabética.

III. ALTERAÇÃO CÁRDIO - VASCULAR.

1. Parada cardiorespiratória (PCR) – Pacientes em PCR ou com sinais sugestivos de preparada.

2. Estados de choque – Condições em que exista um desequilíbrio entre a oferta de O2 e a demanda, caracterizado por: sudorese intensa, pele fria e pegajosa, palidez e hipotensão, taquicardia e bradicardia com instabilidade.

3. Dor no peito associada à falta de ar e cianose – dor tipo facada, em aperto, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, região cervical e mandíbula; início súbito, acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos ou queimação gástrica e/ou perda da consciência.

IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Alterações respiratórias graves – Bradipnéia ou taquidispnéia (FR < 10 e > 30), incapacidade para falar, cianose, sibilos, respiração diafragmática e estado de mal asmático

SSI

V. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS; PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL; SAU 192.

2. Local de Atendimento: Sala de Emergência

3. SAU 192: USA

4. Atendimento Definitivo:

5. Atribuições

→ Enfermeiro:

I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R

II. M.O.V

III. Acompanhar o paciente

LARANJA – Prioridade 2: Pacientes com condições que potencialmente, ameaçam à vida e requerem rápida intervenção médica e de enfermagem.

* Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente <=10 minutos.

SITUAÇÃO / QUEIXA

I. TRAUMA

1. Trauma Grave*

TCE com Escala de Coma de Glasgow >10 e <= 14 pontos ou com comprometimento da coluna cervical ou associado com cefaleia severa, perda da consciência, dor cervical e vômitos.

Forças de aceleração ou desaceleração (veículos motorizados acima de 35 km/h, quedas ou explosões) com ou sem alteração dos sinais vitais e/ou com perda da consciência após o acidente, mesmo que momentânea.

Suspeita de fraturas de costelas: 1ª e 2ª Costelas; 9ª, 10ª e 11ª costelas ou mais de 3 costelas.

Possível aspiração ou contusão pulmonar.

Amputação traumática.

Óbitos no local do acidente.

Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de grande repercussão: ex. cobras venenosas, escorpiões (com dor intensa).

Tentativas de suicídio e alteração do estado mental.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves – febre mais exantema petequial ou púrpura e com sinais vitais alterados.

2. Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (<=12 pontos.

3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaleia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.

4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e sintomas neurológicos - paresia, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.

5. Imunossuprimido com alteração do nível de consciência e/ou deterioriZação do quadro clínico.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves – febre mais exantema petequial ou púrpura e com sinais vitais alterados.

2. Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão (<=12 pontos.

3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaleia intensa), tempo de início dos sintomas < 3 horas.

4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10 – após exposição química, queimadura e/ou corpo estranho com alterações visuais; Glaucoma; Perfuração.

553

IV. ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR

1. Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso e história anterior de DAC.

2. Dor torácica com ou sem alteração dos sinais vitais.

3. Dor visceral contínua com duração entre 2-5 minutos.

4. Crise hipertensiva P.A.S >= 220 mmHg e P.A.D >= 130mmHg e sinais de comprometimento de órgãos alvos (cefaleia severa, dor no peito, paresias, parestesias, plegias, náuseas e vômitos).

5. Hipotensão grave – P.A.S. < 80 mmHg e P.A.D.

V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Estados de hiperpirexia – temperatura > 40º, associado à falta de ar.

2. Alteração respiratória grave: asma severa com saturação O2 < 90% e sinais vitais alterados.

3. Dispnéia FR > 34 – A ausculta pulmonar permite intervenção precoce para a maioria dos

VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal grave – 8-10/10, de início súbito e alteração sinais vitais (P.A.S < 90 mmHg ou >180 mmHg, FC > 120 e <50).

VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor severa em região genital – 8-10/10 com hematomas, considerar traumas.

2. Sangramento vaginal ou dor pélvica de origem súbita e aguda, alteração dos sinais vitais – considere prenhez ectópica.

VIII. DOR

1. Dor grave 8-10/10, com sinais vitais alterados e qualquer um dos sintomas: sudorese, náuseas/vômitos e postural, de origem aguda central ou periférica.

IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Abstinência de drogas – Delirium Tremens, convulsões, coma, confusão, agitação, taquicardia e alteração da pressão arterial.

2. Psicoses agudas/agitação extrema – Negação violenta das óbvias injúrias com pensamentos de fuga e alteração do discurso, e ocasionalmente, com respostas

X. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos incoercíveis e/ou diarréia com sinais de desidratação grave.

2. Abuso, negligência ou violência sexual com dor intensa – Proporcionar ambiente seguro e calmo com suporte emocional.

3. Complicações pós-operatórias: grandes eviscerações.

XI. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS/UPA

2. Local de Atendimento: Preferencialmente na Sala de Emergência

3. SAU 192: USA ou USB

4. Atendimento Definitivo: Hospital

5. Atribuições

– Enfermeiro:

I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R

II. M.O.V

AMARELOS - Prioridade 3: Pacientes em condições que podem, potencialmente, evoluir para problemas sérios e requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte.

* Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente <=60 minutos.

555

I. TRAUMA*

1. Trauma moderado Queda da própria altura sem alteração do estado mental (Glasgow 15 pontos) e sinais vitais normais.

TCE Leve – Glasgow 15 pontos, sem perda da consciência.

Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor severa – 8-10/10.

Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de menor repercussão – verificar o tempo que ocorreu o evento.

Queimaduras leves 1º e 2º grau – < 5% da superfície corpórea.

SITUAÇÃO / QUEIXA

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Alteração do estado mental leve/moderada (agitação, letargia ou confusão) e Glasgow >13 pontos.

2. Convulsões – convulsão prévia ou ataque recente, inclusive pós-ictal, < 5 minutos de duração; o paciente deve estar fora da crise, em alerta e sinais vitais normais.

3. História de desmaios recentes.

4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, não acompanhada de sinais e sintomas neurológicos – paresia, alterações no campo visual, dislalia, plegia e afasia.

5. Alterações nos diabéticos: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquidispnéia e/ou taquicardia – Fazer teste de glicemia. 6. Intoxicações exógenas, sem alteração dos sinais vitais, Glasgow de 15 pontos e tempo de ingestão >6 horas.

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10, sem alterações visuais ou dos sinais vitais, com eritema e/ou lacrimejando.

2. Corpo estranho no ouvido ou olho no período < 8 horas.

IV. ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR

1. Dor torácica aguda que piora com a respiração, tosse ou palpação, não associada à falta de ar ou outros sintomas de doenças cardíacas, inclusive o paciente não deve ter passagem, no serviço de saúde, por doenças coronarianas; nem características de dor visceral.

2. Crise hipertensiva PAS >= 220 e PAD >= 120, sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaleia, dor no peito, plegias, paresias e/ou parestesias).

3. História recente de melena ou hematêmese com sinais vitais normais. Se vômitos e/ou evacuações > 5 episódios no período de 24 hs – aumentar o nível de classificação.

4. Sangramento vaginal com dor abdominal e alterações de sinais vitais – gravidez confirmada ou suspeita.

5. Epistaxe recorrente e não ativo, com alteração dos sinais vitais.

6. Dor em MIMI com ausência de pulso pedioso, eritema, calor e/ou edema.

V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Crise asmática – leve/moderada, falta de ar aos esforços, tosse frequente e sat. de O2 > 93%.

2. Alteração respiratória leve/modera – dispnéia, estertores crepitantes, roncos.

3. Febre 39º /40º. 4. Reações alérgicas sem comprometimento respiratório.

VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal – 8-10/10, não súbita, com náuseas/vômitos, sudorese e alteração de sinais vitais – taquicardia, bradicardia, hipertensão, hipotensão e/ou febre. * Verificar o modificador – Severidade da dor.

VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor intensa – 8-10/10 tipo "cólica", em região lombar, sem alteração dos sinais vitais – Proporcionar maca para o conforto deste paciente.

2. Disúria - dor intensa – 8-10/10. 3. Vítimas de abuso sexual ou agressão física com sinais vitais normais – Proporcionar ambiente calmo e suporte emocional.

55 4

VIII. DOR

1. Dor forte 8-10/10 com sinais vitais normais e nenhum outro sintoma observado, de origem aguda ou crônica.

2. Dor moderada de 4-7/10 de origem central e aguda. * Verificar o modificador – Severidade da dor.

IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Psicose aguda/suicida leve ou moderada. 2. Problemas psiquiátricos sem agitação psicomotora e sinais vitais normais.

X. OUTRAS CONDIÇÕES

1. Sintomatologias de doenças altamente contagiosas – Tuberculose, Varicela, Meningite, H1N1 (medidas de precaução e isolamento).

2. Vômitos/diarreias persistentes com desidratação – letargia discreta, mucosas ressecadas, turgor pastoso e alterações dos sinais vitais.

3. Transplantados com alteração dos sinais vitais.

4. Nefropatas – em hemodiálise e alterações dos sinais vitais.

5. Imunossuprimidos – Quimioterapia, neoplasias, HIV – com alterações dos sinais vitais.

6. Coloração da pele – descorada ou ictérica com alterações dos sinais vitais.

7. Abscesso com flutuação (tumefação, dor intensa, calor e rubor).

8. Lesões de pele graves com eritema, dor, calor e/ou odor.

9. Prurido intenso.

10. Retorno do paciente no serviço de urgência por sintomas agudos no período de 7 dias.

11. Alterações dos sinais vitais em paciente assintomáticos e com antecedentes respiratórios, cardiovasculares e/ou metabólicos: Pulso >50 ou <= 140 bpm PAS < 80 mmHg ou PAD > 130mmHg FR > 34 ou < 10 irpm Saturação de Oxigênio > 90%.

VERDES - Prioridade 4: Pacientes que apresentam potencial para complicações (condições agudas ou não agudas) Retorno ao serviço no período inferior a 24 horas, mesmo que o nível de classificação anterior tenha sido – cor AZUL (prioridade 5).

* Tempo para o atendimento: Desejável <= 120 minutos.

I. CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Condições que devem ter prioridade no atendimento, pois apresentam potencial para complicações:

Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.

Pacientes escoltados (não presidiário).

Pacientes com criança amamentando.

Gestantes com complicações da gravidez.

Paciente transplantado, mas, no momento da consulta, assintomático.

Pacientes doadores de sangue com alteração dos sinais vitais.

Portadores com necessidades especiais (ex. déficits motores e/ou visuais)

Paciente na fila de transplante.

II. TRAUMA

1. Trauma menor

Pequenos traumas – contusões, abrasões, luxações e/ou entorses (tornozelo, punho etc.) com sinais vitais normais e dor moderada – 4-7/10.

TCE com dor leve – 1-4/10, sem alterações de sinais vitais, nem perda da consciência no local.

III. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Cefaléia ou Enxaqueca – Dor moderada – 5-7/10, pacientes com diagnóstico anterior de Enxaqueca. 2. História de crises convulsivas recorrentes (última crise > 24 horas), sinais vitais normais e sem alterações neurológicas.

IV. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor moderada – 4-7/10 nos olhos ou ouvidos com sinais de eritema, lacrimejando e/ou secreção. 2. Corpo estranho no olho ou ouvido com dor leve – 1-4/10 e tempo > 24 horas.

559

V. ALTERAÇÃO CARDIOVASCULAR

1. Sangramento retal ou nas fezes, discreto e/ou crônico.

2. Dor torácica moderada – 4-7/10, eupneico, sem característica de dor visceral, nem história DAC e sinais vitais normais – DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA.

3. Sangramento vaginal e dor abdominal sem alteração dos sinais vitais - descartar gravidez.

4. Hipertensão PAS >= 180 e < 220 e PAD >= 120 e < 130 sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaleia, dor no peito, paresias, plegias e/ou parestesias) e sinais vitais normais.

VI. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Lombalgia ou dor nas costas moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.

2. Portadores de asma, fora da crise.

VII. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica ou aguda moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.

VIII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor lombar tipo cólica moderada/leve – 1-7/10 de origem aguda ou recorrente.

IX. DOR

1. Dor aguda ou crônica de origem periférica moderada 4-7/10, de origem central e crônica ou periférica e aguda; com lesões mínimas ou problemas no sistema musculoesquelético.
2. Dor leve 1-4/10 de origem central e aguda.

X. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Estados depressivos, idealização suicida, calmo e com necessidade de acompanhante.

XI. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos e diarreias persistentes, sinais de desidratação leves/moderados ou ausentes.

2. Abscesso sem flutuação e dor aguda/modera – 4-7/10.

3. Prurido moderado/leve ou crônico (porém ativo).

AZUL - Prioridade 5: Pacientes em condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos com sinais vitais normais.

* Tempo para o atendimento médico: Desejável <= 240 minutos. O enfermeiro avaliará o risco e terá a seguinte conduta:

SITUAÇÃO / QUEIXA

I. TRAUMA

1. Trauma

* Pequenos traumas que não necessitem de suturas, analgesia e/ou curativos. Pequenas lesões na pele – alergias, de origem crônica – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS. Doença do sistema osteomuscular crônica, sem alterações dos sinais vitais – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.

* Caso ocorra à necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho), realizar o atendimento, caso contrário orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Tontura crônica e sinais vitais sem alterações.

III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor de ouvido, olho, nariz, garganta de origem crônica e dor leve – 1-4/10.

IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Sinais de infecções de VAS leves, congestão nasal com sinais vitais normais, temperatura corporal < 37,5º, nem história de febre.

V. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica, no momento da consulta, ausência de dor e sinais vitais normais.

VI. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor lombar crônica leve – 1- 4/10 e sinais vitais normais.

561

VII. DOR

1. Dor leve 1-4/10 de origem de central e crônica ou periférica e crônica.

VIII. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Distúrbios psiquiátricos leves, recorrentes e/ou crônicos.

IX. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Histórias de febre, dor no corpo e mal-estar – no momento da consulta assintomático.
2. História de fraqueza sem sinais de desidratação.
3. Vômitos isolados e Diarreias isoladas.
4. Prurido leve e crônico – encaminhar para consulta agendada na UBS.
5. Apenas imunização.
6. Procedimentos como curativos, troca de sondas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestado médico, solicitação de receitas de medicamentos de uso contínuo, retirada de pontos – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
7. Queixas crônicas sem alterações agudas.
8. Atestado.

O Enfermeiro deverá se atentar para as apresentações anteriores do paciente ao serviço de emergência, antes de encaminhá-lo para consulta agendada na UBS. Registrar, no boletim do paciente, o horário e data da consulta agendada, nome do Médico e UBS/Ambulatório de Especialidade de origem.

- FATORES IMPORTANTES A SEREM CONSIDERADOS:

Recursos humanos disponíveis;

Qualificação das equipes de Triagem e Acolhimento (recepção, enfermeira);

Espaço físico e logístico;

Estrutura necessária;

Fácil acesso com comunicação direta de acolhimento;

Telefone ou interlocutor com a emergência;

Sala de consulta de enfermagem (triagem) deve oferecer privacidade para entrevista, exame físico e procedimento inicial;

Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes;

Disponibilidade de material e equipamentos para atendimento básico de urgência;

Oxímetro de pulso;

Estetoscópio e Esfigmomanômetro;

Aparelho de glicemia capilar;

Mobiliário: mesa, cadeira, mesa de exames (maca), escadinha, mesa auxiliar.

Ambiência

O Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) é uma ferramenta que organiza a demanda e propõe atendimento não por ordem de chegada, e sim pelo critério de grau de risco elevado do paciente. Proporciona também uma maior clareza para pacientes e familiares sobre o tempo máximo de espera estimado. Também amplia a resolutividade com a incorporação de critérios de avaliação de risco, verificando a complexidade do processo saúde/doença, possibilitando diminuição de mortes evitáveis e consequente sequelas e internações.

Ele promove melhores condições do trabalho em equipe, discussão de ambiência e cuidado horizontalizado, resolutivo e humanizado. Também possibilita um aumento da satisfação do usuário e melhores diagnósticos para implementações de melhorias na qualidade da assistência na unidade e redução da morbimortalidade.

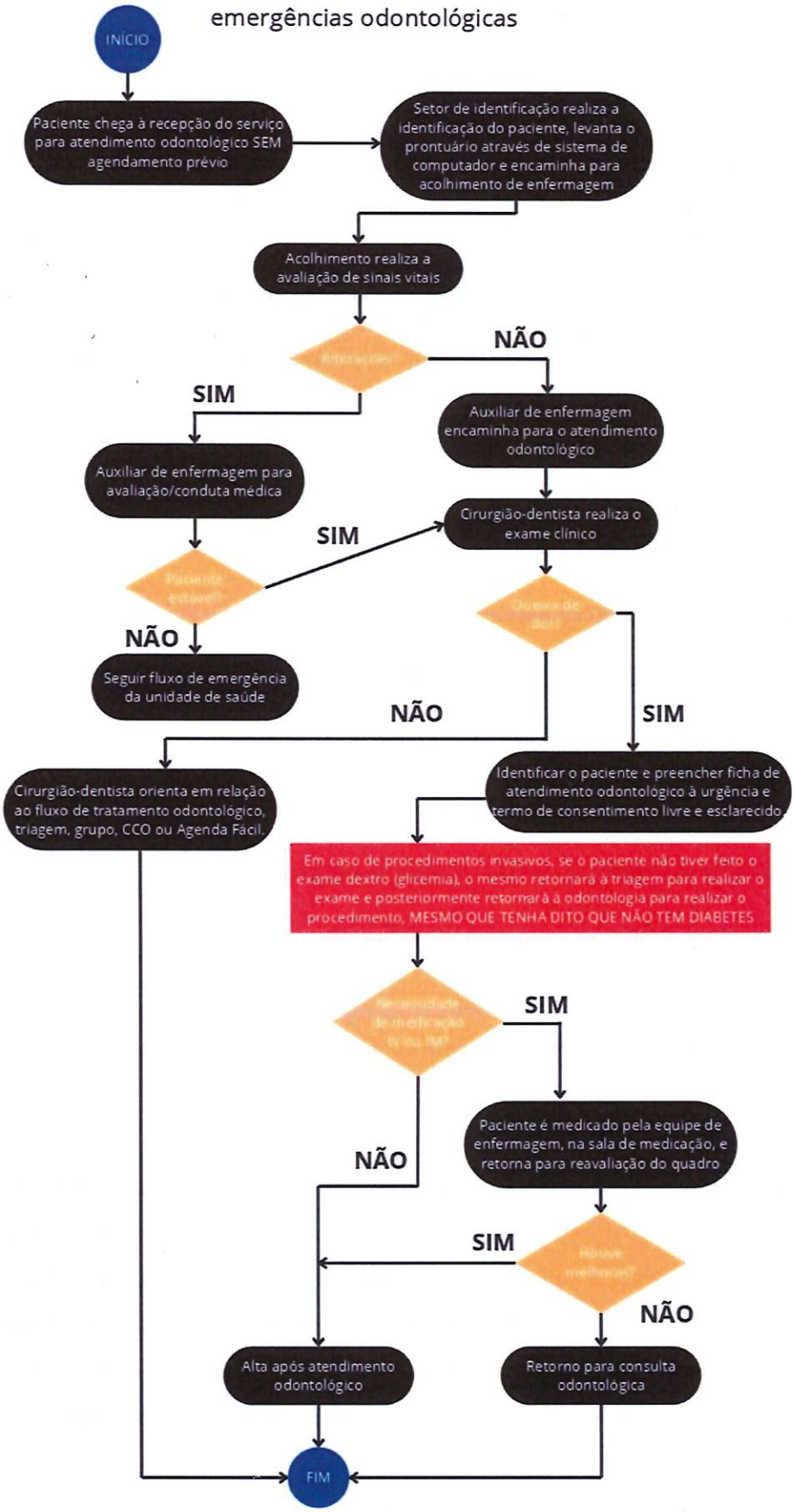
Investimentos no ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Marcada tanto pelas tecnologias médicas quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis, apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura e outros. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente e devem ser considerados.

2.1.6 Funcionamento do Fluxo operacional Urgência e Emergência em Odontologia

O Serviço de urgência e emergência em odontologia destina-se aos atendimentos em situações de dor aguda, infecções, traumas ou outras condições orais que exigem atenção imediata para aliviar o desconforto, prevenir complicações e restaurar a função ou estética. Essas situações podem incluir dor dentária intensa, fraturas dentárias, abscessos, hemorragias, entre outras.

563

Fluxo de atendimento às urgências e emergências odontológicas



2.2 Gestão Tecnológica

2.2.1 Manutenção Predial/ Equipamentos

Sistemática de Manutenção Predial

Engenharia e Manutenção

Conforme a ABNT NBR 5674, as responsabilidades técnicas de Engenharia, são:

1. Assessorar o proprietário na tomada de decisão sobre a manutenção e sua organização;

2. Providenciar e manter atualizados os registros da manutenção;

3. Realizar rondas de manutenção e inspeções técnicas periódicas;

4. Preparar previsões orçamentárias para os serviços de manutenção;

5. Supervisionar as atividades de manutenção;

6. Planejar as atividades e reavaliar a programação;

7. Orçar serviços de manutenção terceirizados ou próprios;

8. Realizar ou assessorar o proprietário na contratação de serviços;

9. Definir e implementar sistema de gestão da manutenção predial;

10. Orientar os usuários sobre uso adequado da edificação;

11. Assessorar o proprietário em emergências;
12. Acompanhar o valor dos investimentos, bem como o valor do imóvel ao longo de sua vida útil, em função das atividades de manutenção executadas.

Manutenção, por definição, é o conjunto de atividades que garante e recupera os desempenhos de elementos e sistemas construtivos, conforme previsto em projeto e dentro do prazo de vida útil. Trata-se de atividade técnica de Engenharia, e assim sendo, deve ter responsável técnico.
A inexistência de Manutenção nos edifícios causa prejuízo funcional aos sistemas, perda precoce de desempenho e redução do prazo de vida útil. Logo, quando não se faz Manutenção, os gastos com reparos corretivos e reformas são maiores e ocorrem de forma mais acentuada e precoce nos edifícios.

565

Importante observar, ainda, que a Manutenção garante a funcionalidade e, principalmente, a segurança do uso das instalações e sistemas da edificação.

Se realizada sem critério técnico, a Manutenção pode causar falhas, gastos indevidos sem os benefícios esperados, danos materiais, físicos e psicológicos aos usuários e terceiros, além de desvalorização acentuada do imóvel, indenizações acidentárias, condenações jurídicas por negligência, impedimento ao uso, interdições etc.

As falhas de manutenção podem ter diversas causas. Quando se realiza a Inspeção Predial, elas são analisadas para a classificação do grau de risco e para a descrição da orientação técnica. Podem ter origem em execução de atividades inadequadas; mau planejamento; uso indevido de materiais; deficiências com mão de obra; problemas com ausência de registros; contratos de terceirizadas incompatíveis com a realidade operacional das instalações, dentre outras.

A deficiência no diagnóstico das falhas causa retrabalho e gastos desnecessários, sem contar que o problema poderá ressurgir, agravando a situação e causando prejuízo ainda maior.

Outra distinção necessária é que Manutenção não é Reforma, Modernização e/ou Retrofit. Essas atividades alteram as características originais dos sistemas construtivos, fato que não ocorre na Manutenção.

As Reformas em geral podem ocorrer nas edificações para repor sistemas que já se encontram com vida útil ultrapassada, como também para alterar características.

As Reformas, tanto quanto as atividades de Manutenção, necessitam de profissionais habilitados para sua execução, porque envolvem prestações de serviços de Engenharia e Arquitetura. Logo, importante existirem responsáveis técnicos.

Rotina para a Manutenção Predial

O Responsável pelo serviço de Engenharia e Manutenção Hospitalar juntamente com uma equipe multifuncional (eletricista e aux. manutenção), encaminha-se a todos os setores inspecionando:

- A existência de rachaduras;

- Falhas ou desgaste de pintura ou revestimentos;

- Existência de pontos de infiltração de água;

- Verifica janelas e portas;

- Verifica instalações elétricas (interruptores, tomadas, luminárias e identificação de quadros elétricos);

- Verifica pontos de telefonia e lógica;

- Verifica instalações hidráulicas (torneiras, registros, sifão, ralos, vazamentos);

- Verifica a integridade das instalações físicas do SPDA (Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas).

Todos os itens apontados durante a inspeção devem ser anotados e para cada item ou tipo de serviço devem ser abertas Ordens de Serviço de Manutenção conforme normas, rotinas e procedimentos já descritos.

Caso não haja material disponível para execução do serviço é emitido pedido de compra com descrição do material e local a ser utilizado e encaminhado para a Unidade de Compras.

- Ações para a implantação do Programa de Manutenção Predial

- Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;
- Elaborar o Planejamento de Manutenção Preventiva para os equipamentos e demais recursos da unidade;
- Elaborar, em conjunto com a área de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição deles quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências da unidade;
- Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;
- Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;
- Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
- Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;

564

- Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;
- Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência deles, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos para a assistência;
- Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infraestrutura da unidade;
- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura da unidade mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos Departamentos competentes;
- Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger contra a depreciação.
- Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

ROTINAS E MANUTENÇÕES PREVENTIVAS NA MANUTENÇÃO PREDIAL

- Rotina de Inspeção Predial

- Vistoriar o prédio - interno e externo
- Anotar na planilha necessidades de reparos verificados
- Especificar materiais necessários para reparações
- Encaminhar pedido de material para a Engenharia de Manutenção
- Verificar se tem o material em estoque
- Fazer pedido de compra se necessário
- Programar obra
- Solicitar a Unidade de SESMT avaliação de segurança

- Eletricista

Rotinas

- Verificar funcionamento e drenagem do compressor
- Verificar funcionamento da bomba de vácuo
- Verificar a Cabine de Entrada e Subestação
- Verificar as iluminações externas do Ambulatório

- Verificar sistema de incêndio e alarme
- Verificar funcionamento do PABX
- Inspecionar as instalações comuns dos andares
- Atender as Ordens de Serviço emitidas

Manutenções Preventivas

- Instalar e reparar sistemas elétricos de máquinas, equipamentos e redes de energia elétrica, substituindo fiação ou componentes, obedecendo às solicitações recebidas e programação pré-estabelecida, adotando técnicas e conhecimentos específicos de sua área de atuação.
- Realizar a manutenção preventiva em circuitos e componentes elétricos, analisando a causa dos defeitos, desmontando e montando componentes e/ou conjuntos de equipamentos, substituindo peças de motores, bombas, ventiladores e outros, realizando testes de funcionamento.
- Atender os casos de emergência em seu turno de trabalho, analisando as possibilidades de reparos imediatos ou os procedimentos que poderão ser realizados posteriormente, solicitando orientações superiores.
- Inspecionar o quadro elétrico, efetuando medições, aperto de parafusos colchonetes e limpeza, para evitar o superaquecimento ou sobrecarga.
- Registrar nas ordens de serviço o tempo e material utilizado na execução das tarefas, visando controlar os custos dos serviços realizados e a posterior manutenção preventiva das máquinas e equipamentos.
- Ler e interpretar esquemas elétricos, fazendo cálculos de eletricidade, utilizando-se de aparelhos de medição elétrica.
- Realizar serviços gerais de elétrica nas dependências da instituição, instalando, reparando e/ou substituindo luminárias, tomadas, pontos de força, fiação e disjuntores.
- Acender e desligar a iluminação interna e externa das áreas, acionando interruptores dos circuitos, visando reduzir os custos de energia elétrica e utilizando-a de maneira mais eficiente.
- Realizar e responder por outros trabalhos correlatos de acordo a necessidade do Setor.

569

Ar-Condicionado

- Realizar mensalmente o serviço de limpeza geral dos equipamentos, limpeza dos filtros de ar e condensadoras para retirar toda sujidade. Quando necessário, efetuar a revisão geral nos equipamentos, como: parte elétrica, mecânica, análise frigorífica, leitura e aferição de pressão de gás refrigerante.
- Mapear máquinas e equipamentos existentes no local e área de atendimento ao equipamento, por exemplo: sala de administração, para assim, poder ter uma identificação própria de cada equipamento e, caso haja uma fiscalização do ministério da saúde (ANVISA).
- Atender também toda emergência solicitada pela contratante em caso de o ar-condicionado apresentar algum problema. Este atendimento emergencial deverá ter prazo de atendimento, ou seja, tempo de resposta por parte da contratada.
- Elaborar um cronograma anual constando o mês, os dias e a hora que irá prestar o serviço à contratante.
- Desenvolver um relatório individual da manutenção de todos os equipamentos da empresa com o intuito de atender ao PMOC – Plano de Manutenção, Operação e Controle.
- Emitir laudo conforme a legislação Portaria Nº 3523 de 1998 da ANVISA.

Manutenção de equipamentos médicos e hospitalares;

ENGENHARIA CLÍNICA

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos médica unidade ares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento – é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos. É necessário conhecer a história do equipamento dentro do EAS, a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando obter segurança e qualidade no resultado do trabalho. Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma

rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Assim, a AHBB se compromete a:

- Contratação de empresa especializada para o fornecimento de gases medicinais;
- Contratação de empresa especializada para manutenção corretiva e preventiva do sistema de distribuição de gases medicinais, eliminando ou reduzindo ao mínimo as perdas de gases medicinais nas tubulações;
- Contratação de empresa especializada para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares existentes na unidade;
- Contratação de empresa especializada para a manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas da unidade.

NORMA DE CRITICIDADE DE EQUIPAMENTOS – TECNOVIGILÂNCIA

OBJETIVO

- Garantir a redução da probabilidade de ocorrência, severidade e recorrência de incidentes relacionados a dispositivos médicos, a citar: equipamentos, acessórios, aparelhos de apoio e diagnóstico.
- Levantar as condições que levaram à ocorrência dos incidentes e subsidiar as ações de investigação deles.
- Estabelecer o grau de criticidade e impacto na assistência conforme classificação de risco dos equipamentos.
- Promover estudo epidemiológico para elucidar e evitar possíveis reincidências que causem agravo à saúde.
- Fornecer informações estruturadas que embasem um trabalho educativo, de formação e atualização dos operadores e usuários internos.

- **Tecno vigilância**

É um estudo de série de casos definidos a partir da exposição a um risco comum durante a utilização de dispositivo médico, podendo resultar em agravo a saúde.

A Tecno vigilância tem como função principal a prevenção ou minimização de riscos, provenientes de possível falha do equipamento médico.

Como medida preventiva convém difundir as boas práticas de utilização dos referidos dispositivos, assim como, a pontualidade nas notificações dos incidentes. A partir dessa premissa, desencadeia-se processo investigativo e aplicabilidade de medidas que assegurem a qualidade dos serviços prestados.

- **Histórico**

A Tecno vigilância foi iniciada na Europa, em 1986, onde os países membros da União Europeia, a partir dos registros e avaliação de qualquer disfunção ou alteração das características e/ou desempenho do dispositivo médico, assim como qualquer inadequação na rotulagem ou no manual de instruções, tendo este ou não provocado a morte ou degradação do estado de saúde do paciente ou operador, levavam estas informações aos órgãos competentes que aplicavam as medidas cabíveis.

Na França, a declaração dos incidentes ou risco de incidentes envolvia três entidades: os fabricantes, os usuários e os terceiros (profissional da saúde não usuário, familiares dos pacientes ou qualquer outra pessoa que tenha uma informação relativa ao incidente).

Compete aos fabricantes designar um responsável e replicando a informação ao Ministério da Saúde. Este tem como responsabilidade o registro e avaliação dos incidentes ou riscos de incidentes considerados graves, visando o bom funcionamento do sistema de tecno vigilância, coordenando as ações dos diferentes envolvidos e verificando o cumprimento dos processos preconizados e da regulamentação.

No Brasil, compete à "Unidade de Tecno vigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA" receber os relatos obrigatórios dos profissionais e fabricantes e, na sequência executar todas as investigações e acompanhamento.

Outros dois departamentos do Ministério da Saúde, a citar: Ouvidoria e o "Disque-Saúde", também são responsáveis pela escuta das reclamações voluntárias dos usuários ou pacientes, que junto ao departamento de Tecno vigilância – ANVISA emitem pareceres técnicos e se necessário, assumem o controle da situação.

- **A Engenharia Clínica**

Alinhado a filosofia no que ser refere à *prestação de assistência direcionada ao diagnóstico e resolubilidade com qualidade, eficiência e humanização*, descrevemos os objetivos:

- Detectar ocorrências (falhas) dos dispositivos, informando-as aos profissionais envolvidos, bem como aos distribuidores e/ou fabricantes, contemplando ainda a Vigilância Sanitária e seus órgãos competentes.
- Prover educação continuada aos usuários internos e externos;
- Estabelecer o grau de responsabilidade de toda equipe, assim como o fabricante, através de investigação dos incidentes e das condições que levaram à sua ocorrência;
- Divulgar as informações referentes às ocorrências registradas, soluções encontradas e medidas de prevenção de possíveis ocorrências;
- Implantar e coordenar a política de prevenção de danos dos equipamentos biomédicos, visando a otimização dos recursos financeiros empregados nas manutenções corretivas.

- **Classificação de Riscos de Equipamentos Médico-Hospitalares**

Os equipamentos foram divididos em 4 grupos, de acordo com a criticidade, ou seja, os riscos que oferecem aos pacientes e sua essencialidade.

Risco IV – Equipamentos que podem ocasionar óbitos, sequelas irreversíveis ou infecção hospitalar ao paciente, por falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco III – Equipamentos que podem ocasionar lesões ao paciente em caso de falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco II – Equipamentos que prejudicam o atendimento ao paciente em caso de falha de funcionamento.

Risco I – Equipamentos que auxiliam o tratamento, porém não oferece risco ao paciente.

2.2.2 Proposta de implantação de certificado de qualidade

Na perspectiva de obter padrões assistenciais mais elevados, têm-se aplicado iniciativas que atestem a competência e a qualidade na prestação dos serviços hospitalares, estimulando a melhoria da qualidade da assistência, o que resultou no surgimento nos EUA, do programa de Acreditação Hospitalar. Esta busca reduzir desperdícios de recursos e tornar o gerenciamento

hospitalar mais eficiente, com processos e serviços realizados em padrões de excelência que garantem a segurança e a satisfação dos pacientes.

A obtenção da Acreditação é percebida como um diferencial de mercado, pois sinaliza reconhecimento social de que a instituição melhora continuamente a qualidade de seus serviços. Apesar do propósito comum do movimento internacional de Acreditação, cada programa foi localmente adaptado às realidades nacionais.

No Brasil, a Acreditação é voluntária e coordenada pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), organização não governamental que busca conceder o certificado de Acreditação, classificando os hospitais em três níveis, conforme o cumprimento de padrões do Manual Brasileiro de Acreditação.

Os níveis de classificação são crescentes e envolvem requisitos:

- Estrutura: Nível 1 – Acreditado;

- Processos: Nível 2 - Acreditação Pleno;

- Resultados Nível 3 - Acreditação com Excelência;

Acreditação Hospitalar representa uma maneira de melhorar os processos internos e garantir a excelência em todos os âmbitos das instituições de saúde, na medida que indica e atesta que elas estão em conformidade com determinados padrões que, entre outros fatores, tornam menos provável a ocorrência de erros e oferecem atendimento melhor e mais humanizado.

Benefícios da Acreditação

Entre as principais vantagens de uma instituição acreditada estão:

- Aprimoramento da gestão de pessoas e de recursos;

- Segurança para os pacientes e profissionais e qualidade da assistência;

- Redução de custos com processos internos caros e ineficientes;

- Maior eficiência e efetividade no atendimento;

- A certificação otimiza e agiliza os processos e cria a cultura de aprimorá-los a cada dia – busca pela melhoria contínua;

- As instituições podem negociar com as fontes pagadoras com base em dados relativos à qualidade do atendimento;

- Elevam a sua credibilidade junto à população e criam um ambiente mais agradável aos colaboradores;

- Aperfeiçoar a utilização dos recursos financeiros e tecnológicos.

Fases do Processo de Acreditação

O processo para acreditação hospitalar é resumidamente definido em 3 fases:

Fase 1 – Diagnóstico Organizacional: Atividade de avaliação das organizações, serviços e programas da saúde, sem fins de certificação, por meio da aplicação da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e do Manual Brasileiro de Acreditação específico. Tem como finalidade identificar as fragilidades da organização ou serviço de saúde, frente aos Padrões do Manual da ONA versão 2018. Para que a visita de avaliação para Acreditação possa ser programada após a finalização das possíveis não conformidades evidenciadas.

O tempo entre o Diagnóstico e a Acreditação não é definido, sendo a definição da data uma opção da própria organização de saúde. É uma atividade facultativa para a organização, serviço ou programa da saúde, independente do processo de certificação. A organização recebe uma Declaração de Diagnóstico Organizacional emitida pela ONA.

Fase 2 – Avaliação e Certificação: Após as adequações propostas no diagnóstico organizacional a organização de saúde manifesta o interesse pela Avaliação e Certificação. O objetivo da Avaliação é a Certificação de Acreditação que será emitido pela ONA através da instituição avaliadora, podendo resultar em: Acreditado (Nível 1), Acreditado Pleno (Nível 2) ou Acreditado com Excelência (Nível 3).

Fase 3 – Manutenção da Certificação: Na vigência da validade do certificado, a organização certificada está subordinada a 2 mecanismos de controle para a verificação da manutenção do

S75

desempenho obtido na certificação: Visita de manutenção ordinárias e obrigatórias; Visitas de manutenção extraordinárias.

Cronograma de Atividades

Etapas de implantação	*Tarefas da Etapa*	*Descrição da Tarefa*
Etapa 1	*Conscientizar e Mobilizar os profissionais do hospital quanto à implantação dos requisitos de Acreditação*	*A Alta Administração deve iniciar o processo de conscientização e mobilização dos profissionais do hospital para o processo de implantação da Acreditação a ser realizado. Para tal, pode-se realizar palestras, reuniões, visitas aos setores; trazer profissionais de hospitais Acreditados para que estes realizem palestras para os profissionais etc. A etapa 1 busca evidenciar a participação da Alta Administração no processo de implantação.*
Etapa 2	*Formar e Capacitar Comitê de condução da Adequação da gestão aos requisitos de Acreditação*	*Um comitê para conduzir a implantação dos requisitos de Acreditação deve ser formado, contendo membros da Alta*

		Administração e chefes de setores do hospital.
Etapa 3	*Capacitar e Educar os profissionais do hospital quanto aos conceitos, valores, requisitos e diretrizes da Acreditação*	*O Comitê deve promover a capacitação e a educação dos profissionais do hospital em relação aos conceitos, requisitos e diretrizes da Acreditação, por meio de palestras, vídeos explicativos, palestras com profissionais de hospitais Acreditados etc.*
Etapa 4	*Buscar a Motivação e o Envolvimento dos profissionais do hospital para com o processo de implantação da Acreditação*	*Deve-se buscar o envolvimento e a motivação dos profissionais do hospital ao processo de implantação dos requisitos de Acreditação por meio de cartazes, mensagens de incentivos em cada setor, premiações, reuniões de brainstorming e promovendo a participação de profissionais de cada setor em reuniões sobre as ações futuras e em andamento do processo.*
Etapa 5	*Iniciar a Adequação da Gestão aos requisitos de Acreditação da ONA*	*Refere-se ao início das ações de Adequação da gestão aos requisitos de Acreditação.*

Etapa 6	*Comunicar aos profissionais o andamento das ações de Adequação da Gestão do hospital aos requisitos de Acreditação*	*No decorrer do processo de Adequação, as ações de implantação devem ser, continuamente, comunicadas pelo Comitê aos profissionais. Isso pode ocorrer por meio de reuniões, boletins informativos, notícias em jornais internos, palestras etc. A Alta Administração deve participar de tais reuniões e palestras, evidenciando seu envolvimento no processo.*
Etapa 7	*Determinar macrofluxos e micro fluxos do Hospital*	*Identificar, em registros e mapas, o fluxo seguido pelos atendimentos e o relacionamento entre todos os processos do Hospital.*
Etapa 8	*Identificar os processos críticos do Hospital*	*Identificar, entre os processos mapeados, aqueles que críticos ao Hospital.*
Etapa 9	*Documentar procedimentos operacionais (protocolos) para os processos críticos*	*Elaborar procedimentos operacionais (protocolos) associados aos processos críticos.*
Etapa 10	*Identificar os riscos inerentes aos processos críticos*	*Identificar os riscos (ambientais, assistenciais,*

		profissionais, clínicos etc.), documentando-os.
Etapa 11	*Documentar os riscos críticos: registros de notificação, protocolos preventivos e dispositivos de gestão à vista*	*Identificar os riscos mais críticos aos processos mapeados, documentando-os para monitoramento e melhoria.*
Etapa 12	*Implantar indicadores de desempenho aos processos críticos, riscos críticos, clientes, financeiros e de aprendizado*	*As atividades da sistemática de Gestão recém-implantada devem ser monitoradas por meio de indicadores que devem ter o desempenho analisado e melhorado (Gestão por Evidências).*
Etapa 13	*Monitorar e Melhorar o desempenho dos processos críticos e de seus indicadores por meio de: capacitação, análise crítica, e investimentos em sensibilização, recursos humanos e infraestrutura*	*Realizar o monitoramento periódico dos indicadores para avaliação do desempenho das práticas de gestão implementadas nas etapas anteriores. Melhorar continuamente as atividades.*
Etapa 14	*Realizar Auditoria Interna em cada setor do Hospital como preparação à Auditoria Oficial de Acreditação e providenciar os eventuais ajustes necessários*	*Realizar, em cada setor do Hospital, uma Auditoria Interna, checando e repassando o cumprimento de cada requisito avaliado em uma Auditoria Oficial de Acreditação.*

Etapa 15	*Agendar a Auditoria Oficial de Acreditação e tomar as providências necessárias*	*A Alta Administração do hospital deve contatar uma Agência Acreditadora, realizando o agendamento da Auditoria Oficial de Acreditação.*

2.2.3 Apresentação das Normas e Rotinas para o Serviço Médico e de Enfermagem

POP 1 PREPARO DE MEDICAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA PARENTERAL

Definição

Método para o preparo de medicamentos não absorvíveis pelo trato gastrointestinal.

Objetivo

Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

Algodão;

Álcool a 70%

Seringa descartável, com dispositivo de segurança, apropriada à via de administração e volume;

Agulha descartável apropriada;

Medicamento prescrito;

Etiqueta para identificar o medicamento.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado;

Se for Ampola:

- Observar se toda o medicamento está na parte inferior da ampola;
- Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;
- Montar a seringa com agulha de grosso calibre;
- Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;
- Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido;
- Aspirar a dose prescrita;

Se for Frasco-Liófilo:

- Retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;
- Aspirar o diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;
- Retirar a seringa, sem contaminar a agulha;
- Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;
- Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado do frasco;
- Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo e injetar o ar, aspirando a dose prescrita;

Se for Frasco-Ampola:

- Retirar o lacre metálico superior;
- Limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%; montar seringa com agulha de grosso calibre;
- Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;
- Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada a seringa, no mesmo e injetar o ar;
- Aspirar a dose prescrita;
- Ao final do preparo:
- Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;
- Proteger a agulha com protetor próprio;
- Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;
- Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre ele, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;

Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;

Quando necessário diluir o medicamento em soro compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.

Permanecer na unidade pós admnistração de medicamentos injetáveis para observação.

583

POP 2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAVENOSA

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia.

Objetivo

Permitir absorção rápida do medicamento;

Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via;

Administrar doses elevadas de medicamentos e soros;

Manter / reestabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

Luva de procedimento;

Algodão;

Garrote;

Etiqueta para identificar o medicamento;

Seringa descartável com dispositivo de segurança;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;

Medicamento/solução prescrita;

Solução prescrita para diluição do medicamento;

Equipo micro ou macrogotas (se necessário);

Cateter intravenoso periférico – AbocathR ou dispositivo de infusão intravenoso - ScalpR com número adequado para quantidade e velocidade de infusão;

Esparadrapo ou microporeR.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outras quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);
- Realizar antissepsia da pele;
- Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;
- Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:

Punção com ScalpR:

- Realizar a punção com o bisel do scalpR voltado para cima;
- Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;
- Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- Fixar o dispositivo com microporeR ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico (AbocathR)):

- Realizar a punção com o bisel do abocathR voltado para cima;
- Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;
- Soltar o garrote;
- Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;
- Fixar o dispositivo com microporeR ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.
- Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamento o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas.
- Após a finalização da administração medicamentosa:
- Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Punção com ScalpR: utilizado para infusão de soluções de grande volume. Deve-se utilizar o dispositivo de tamanho adequado ao calibre da veia escolhida para realização da administração medicamentosa;

Punção com AbocathR: utilizado para infusão de soluções de grande volume, e principalmente quando há a necessidade de infusão rápida. Em pacientes com prognóstico de remoção via SAMU, é obrigatória a utilização deste dispositivo.

Solicitar para outro profissional de enfermagem realizar a dupla checagem;

Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre ele, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;

Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procurar a orientação do farmacêutico;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar o frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;

Quando necessário diluir o medicamento em solução compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

587

POP 3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

Definição

Administração de medicamentos em tecido muscular.

Objetivo

Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.

Contraindicação

Processos inflamatórios locais.

Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis etc.).

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento, óculos de proteção);

Bandeja;

Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.);

Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade

Algodão;

Medicamento prescrito.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;
- Escolher local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro;
- Realizar antissepsia da pele;
- Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;
- Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;
- Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);
- Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;
- Fazer leve compressão no local;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltóilde e no máximo 5 ml no dorso ou ventro-glúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizer a via ventro-glúteaou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 3 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular.

O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.

Não é recomendado região dorso-glútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculature pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.

Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

Distância em relação a vasos e nervos importantes;

Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;

Espessura do tecido adiposo;

Idade do paciente;

Irritabilidade da droga;

Atividade do paciente.

Atentar para a utilização tanto de próteses de silicone quanto do uso de silicone industrial injetado na pele de forma clandestine: geralmente trata-se de material de baixa qualidade, que pode extravazar para outras partes do corpo, comprometendo a administração de medicamentos IM.

Caso a região glútea (mais comumentemente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vasto-lateral ou ventro-glútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltóide. No caso da escolha da administração de medicamento IM em região deltóide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 3 ml.

Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltóide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contraindicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocanter do fêmur;

Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;

Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;

Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;

Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;

Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou "V". Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;
Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocanter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;
Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicamento no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica.
Deltóide – ângulo 90º.
Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
Dorso glúteo – ângulo 90º.

Escolha correta da agulha:

Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

Faixa Etária	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25 x 6/7	25 x 8
	Normal	30 x 6/7	30 x 8
	Obeso	30 x 8	30 x 8
Criança	Magra	20 x 6	20 x 6
	Normal	25 x 6/7	25 x 8
	Obesa	30 x 8	30 x 8

Considerações sobre o Tratamento de Sífilis com Penicilina Cristalina:

Questionar se o paciente teve previamente reação alérgica ou de hipersensibilidade a algum antibiótico;

Caso a resposta seja negativa, proceder à administração conforme prescrição médica e, mantendo o paciente em observação por 30 minutos após a aplicação. Esclarecer que este procedimento visa sua segurança, e que ele deve comunicar qualquer desconforto pós medicação nesse período;

Registrar data de aplicação e qual a dose (1a, 2a ou 3a) tanto no prontuário, quanto no verso da receita médica;

Manter na unidade registro de acompanhamento do tratamento (planilhas ou cartões-índice), a fim de facilitar a detecção de abandono de tratamento, atrasos de doses etc. e convocar o paciente, caso necessário;

Demais dúvidas sobre o tratamento da Sífilis, consultar o manual do Ministério da Saúde, disponível on-line.

POP 4 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele.

Objetivo

Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Algodão;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;

Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5);

Seringa de 1 ml;

Medicamento prescrito.

Descrição do Procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de

medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local da administração;
- Realizar antissepsia da pele;
- Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão Dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);
- Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;
- Aspirar, observando se atingir algum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido lentamente;
- Retirar a agulha com movimento único e firme;
- Fazer leve compressão local com algodão;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre ele, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;

Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação, para evitar absorção regride.

Locais de aplicação: região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal;

Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento);

Realizar rodízio nos locais de aplicação.

POP 5 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADÉRMICA

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme.

Objetivo

Realizar imunização com vacina antirrábica e BCG;

Realizar reações de hipersensibilidade.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja;

EPIs (luvas de procedimento e óculos de proteção);

Algodão;

Seringa descartável de 1mL;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;

Agulha 10x5 ou 13x4,5 para administração da substância;

Solução prescrita.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura);
- Realizar antissepsia da pele utilizando algodão com álcool 70%, no sentido de baixo para cima;
- Colocar os óculos de proteção;
- Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o
- dedo indicador;
- Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que ele desapareça;
- Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;
- Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do embolo e a agulha da pele;
- Não friccionar o local;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre ele, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação dela;

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;

Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

A aplicação de imunoterapia com alérgenos – comumentemente conhecida como "vacina antialérgica" – deverá seguir o padrão de boas práticas: checar prescritor, instituição proveniente, rotulagem, orientação acerca da conservação, data de fabricação, data da validade,

periodicidade na administração, dentre outros. As aplicações deverão ser registradas em prontuário e/ou formulário que garanta o acompanhamento das dosagens.

POP 6 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

Definição

Técnica pela qual os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido ou dissolvidos na forma sublingual.

Objetivo

Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.

Contraindicação

Pacientes com incapacidade de deglutição ou com rebaixamento significativo do nível de consciência.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa.

Medicamento

Bandeja

Líquido para ingestão (copo de água)

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de

601

medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Separar o medicamento evitando tocá-lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta gotas;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Oferecer o medicamento;
- Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção.
- Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo.
- Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa.
- Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre ele, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

POP 7 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA

Definição

Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório.

Objetivo

Umidificar as vias aéreas;

Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração;

Manter a permeabilidade da via aérea.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Máscara para nebulização;

Copo nebulizador;

Extensão de latex (chicote);

Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração da solução para diluição (se necessário);

Solução de diluição prescrita;

Medicamento prescrioa;

Fonte de oxigênio ou ar comprimido.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

603

- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;
- Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;
- Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);
- Conectar o copo nebulizador a extensão de latex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;
- Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;
- Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;
- Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;
- Comunicar ao prescritor que o procedimento se findou caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;
- Desconectar o copo da extensão de latex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;
- Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre ele, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do Farmacêutico;

Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para
vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;

Deve-se fazer a inalação com o cliente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

605

POP 8 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OCULAR

Definição

Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.

Objetivo

Administrar medicamentos na bolsa conjuntival como em casos de glaucoma, após cirurgia de catarata, uso de lágrimas artificiais e vasoconstritores.

Contraindicação

Uso de medicamentos que não sejam preparados para a administração oftálmica.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Colírio ou pomada oftalmológica;

Gaze

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;

- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;
- Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la, pedindo ao paciente para olhar para cima e pingar o medicamento no centro da bolsa conjuntival.
- Pingar o medicamento na bolsa conjunctival, orientando o paciente a fechar a pálpebra.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Usar o medicamento apenas no olho afetado.

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

POP 9 ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS

Definição

Método para a administração de duas insulinas no mesmo horário.

Objetivo

Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação;

Evitar duas aplicações subcutâneas.

Contraindicação

Incompatibilidade das associações de certas formulações numa mesma seringa.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Algodão;

Álcool a 70%;

Seringa de 01 ml;

Frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultrarrápida).

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
- Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;
- Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
- Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultrarrápida e retirar a dose;
- Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;
- Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;

Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultrarrápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo;

Aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultrarrápida (Lispro), que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (N) que possui aspecto

turvo, leitoso. O objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou Lispro, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em outra aplicação;

Rolar o frasco de insulina de aspecto leitoso (NPH), levemente entre as mãos, por no mínimo 20 vezes, para garantir ação correta da insulina.

POP 10 Administração de Dieta Enteral

Definição

Administração de dieta enteral, definida como um alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, industrializado ou não, através de sondas.

Objetivo

Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente.

Contraindicação Absoluta: obstrução mecânica.

Relativa: pancreatite hemorrágica grave, enterocolite necrotizante, íleo paralítico prolongado, diarreia grave, refluxo de vômito, fístulas entéricas, disfunção da motilidade intestinal.
Cada contraindicação deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e de maneira individual.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento e óculos de proteção);
Dieta industrializada ou não;
Frasco para dieta;
Equipo de dieta enteral;
Seringa de 20 ml;
Estetoscópio.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Conferir o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- Promover a privacidade do paciente;
- Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando técnica limpa e luvas calçadas;
- Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;
- Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;
- Com auxílio da seringa, injetar 20ml de ar com pressão e auscultar com stetoscópio simultaneamente a região epigástrica;
- Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200ml);
- Conectar o equipo com dieta à sonda;
- Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;
- Injetar 40ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;
- Administrar água conforme prescrição médica;
- Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPI e higienizar as mãos;
- 17Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia.

As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta.

Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico.

A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as recomendações do fabricante.

O equipo e o frasco de dieta devem ser trocados a cada dieta.

Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda.

Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem;

Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%.

Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele.

Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.

Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação).

As dietas não devem estar muito quentes ou frias.

As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos.

Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200ml.

Para o cuidado domiciliar

Orientar familiar/cuidador a utilizar 1 frasco/equipo para dieta e 1 frasco/equipo para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/equipo da dieta, substituindo pelo frasco/equipo da água e abrir novo frasco/equipo para água e sucos.

Utilizar seringa de 20ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias.

O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia, cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal-estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

POP 11 AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

Definição

Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.

Objetivo

Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.

Contraindicação

Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Bandeja

Algodão

Álcool a 70%

Luvas de procedimento

Lanceta

Glicosímetro

Fitas reagentes

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar a fita reagente ao glicosímetro;
- Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;

- Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com uso da lanceta, sem ordenhar o local;
- Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;
- Comprimir o local com algodão seco;
- Aguardar o resultado pelo glicosímetro;
- Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas;

Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada;

Verificar a validade das fitas;

Verificar a compatibilidade entre o número do "chip" /código com o número do lote da fita utilizada;

Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado;

Cumprir rodízio dos locais de punção;

Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas

615

POP 12 AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Definição

Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos.

Objetivo

Detectar precocemente desvios de normalidade;

Indicar variações individuais de níveis pressóricos.

Contraindicação

Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Algodão

Álcool a 70%

Estetoscópio

Esfigmomanômetro

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
- Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;

- Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
- Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);
- Desinsuflar o manguito rapidamente;
- Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa;
- Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;
- Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insufle o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;
- Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);
- Desinsuflar totalmente o manguito;
- Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
- Retirar o manguito do braço do paciente;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;

Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva;

Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição;

O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração.

POP 13 ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Definição

Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente.

Objetivo

Apresentar informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade das informações.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material

Prontuário ou ficha de atendimento;

Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta;

Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem);
- Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;
- Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;
- Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;
- Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;

619

- O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página.
- Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco etc.).
- A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

Observação

O conteúdo da anotação deve ser descritivo e não interpretativo;

Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;

Em caso de erro na anotação, usar a palavra "digo", entre vírgulas;

O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;

As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada;

Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen n° 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS);

POP 14 ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Definição

É o método utilizado para remover secreções da boca e da faringe, através de sucção, desobstruindo a entrada de ar nas vias aéreas superiores, bem como da traqueia e brônquios nos pacientes entubados e traqueostomizados.

Objetivo

Manter as vias aéreas permeáveis;

Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar;

Prevenir infecção.

Contraindicação

Não existem contraindicações absolutas para este procedimento. A maioria das contraindicações é relativa e diz respeito ao risco de o paciente apresentar reações adversas ou piora de sua condição clínica.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica);

Fluxômetro para aspiração;

Fonte de vácuo e oxigênio;

Frasco de aspiração;

Extensão de silicone;

Sonda aspiração 14ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico);

Ampola de SF 0,9%;

Ressuscitador manual de respiração;

Gaze estéril;

Cânula de Guedel;

Oxímetro de pulso.

621

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem

Aspiração de Orofaringe:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contraindicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração.
- Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;
- Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;
- Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;
- Lavar a extensão com água destilada;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
- Retirar os EPIs;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.;

Aspiração Traqueal:

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

- Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação, reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;
- Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para protege a sonda, mantendo-a estéril;
- Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis
- Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro professional, prevenindo hipoxemia;
- Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;
- Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;
- Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;
- Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;
- Ao término da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;
- Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saude;
- Retirar os EPIs;
- Fechar fonte de vácuo;
- Deixar o paciente confortável;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

623

Observação

Instilação de SF0,9% (até 5ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas;

O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração;

Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA;

Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor);

Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento.

POP 15 CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Definição

É a introdução de uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

Objetivo

Controlar o volume urinário;

Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução.

Contraindicação

Obstrução mecânica do canal uretral;

Uretrite;

Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

Executante

Enfermeiro (privativo).

Material

EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril);

Biombo;

Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);

Sonda de Foley de calibre adequado;

Sistema fechado de drenagem urinária estéril;

Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda);

Agulha para aspiração;

Seringa de 20ml sem luer lock;

Lidocaína gel 2%;

Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);

Gaze estéril se necessário;

Solução de PVPI tópico;

Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

Descrição do procedimento

- Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:
- Ação de enfermagem
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Chamar o paciente, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente adequadamente:

Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.

Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

- Paramentar-se com os EPIs;
- Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação dele;
- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;
- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.

Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.

Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;

- Calçar luvas estéreis;
- Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;

- Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);
- Realizar a antissepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino:

- Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande.
- Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;
- Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

- Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;
- Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;
- Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
- Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.
- Quando paciente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação.
- Quando paciente do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros, que garante que a sonda de Foley esteja posicionada após o esfíncter uretral;
- Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda, mantendo a extremidade distal da sonda no interior da bexiga;
- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;
- Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área suprapúbica (sexo masculino). Evitar possível tensão no trígono urogenital (sexo feminino) e tensão uretral na junção penescrotal (sexo masculino);
- Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário; deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

627

- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda);

Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente;

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;

Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;

Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;

Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição;

Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;

Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;

Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.

Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;

Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (micropore R ou esparadrapo).

Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.

POP 16 CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Definição

É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

Objetivo

Colher material para exame.

Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados.

Inconscientes ou com obstrução.

Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária.

Mensurar débito urinário.

Contraindicação

Obstrução mecânica do canal uretral.

Uretrite.

Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

Executante Enfermeiro.

Material

EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril);

Biombo;

Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado);

Sonda uretral de alívio;

Seringa de 20ml sem luer lock;

Lidocaína gel 2%;

Gaze estéril se necessário;

Solução de PVPI tópico;

Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

629

Descrição do procedimento

- Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:
- Ação de enfermagem
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente adequadamente:

Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.

Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

- Paramentar-se com os EPIs;
- Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;
- Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação dele;
- Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;
- Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;
- Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.

Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.

Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;

- Calçar luvas estéreis;
- Com auxílio da pinça, proceder antissepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino:

- retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande.
- Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento.

- Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

- Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
- Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;
- Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;
- Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;
- Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;
- Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;
- Retirar a sonda e o campo fenestrado;
- Desprezar a urina no vaso sanitário;
- Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Para realizar este procedimento é necessário prescrição médica;

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

631

POP 17 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM ESCALA DE MANCHESTER

Definição

É um processo de classificação de risco de pacientes, através do uso de cores.

Objetivo

Permite definir rapidamente qual é a situação de cada paciente, resultando na prioridade dos atendimentos, evitando o caos no atendimento.

Executante

Enfermeiro ou médico.

Material

Manual de classificação de risco simplificado;
Termômetro;
Glicosímetro;
Relógio;
Monitor (saturímetro e FC);
Esfigmomanômetro e estetoscópio;
Ficha de registro da classificação de risco.

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;
Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;
Apresentar-se ao paciente e explicar a importância da classificação de risco que será realizada, sanando todas suas dúvidas;
Solicitar que o paciente se sente, fique o mais confortável possível;
Iniciar a verificação dos sinais vitais, conforme queixas ou patologias pré-existentes como Diabetes e Hipertensão;

Preencher todos os campos da ficha de atendimento que são pertinentes à classificação de risco, inclusive queixa principal;

Ao término, solicitar que o paciente retorne à sala de espera e aguarde atendimento médico.

Determinantes gerais:

Vermelho (atendimento imediato)

Comprometimento das vias aéreas;

Respiração inadequada;

Hemorragia exanguinante;

Choque;

Convulsionando;

Criança irresponsiva;

Laranja (atendimento até 10 minutos)

Dor intensa;

Hemorragia maior incontrolável;

Alteração da consciência;

Criança febril;

Esfriamento;

Dor moderada.

Amarelo (atendimento até 1 hora)

Hemorragia menor incontrolável;

História de inconsciência;

Adulto febril;

Verde (atendimento até 2 horas)

Dor leve recente;

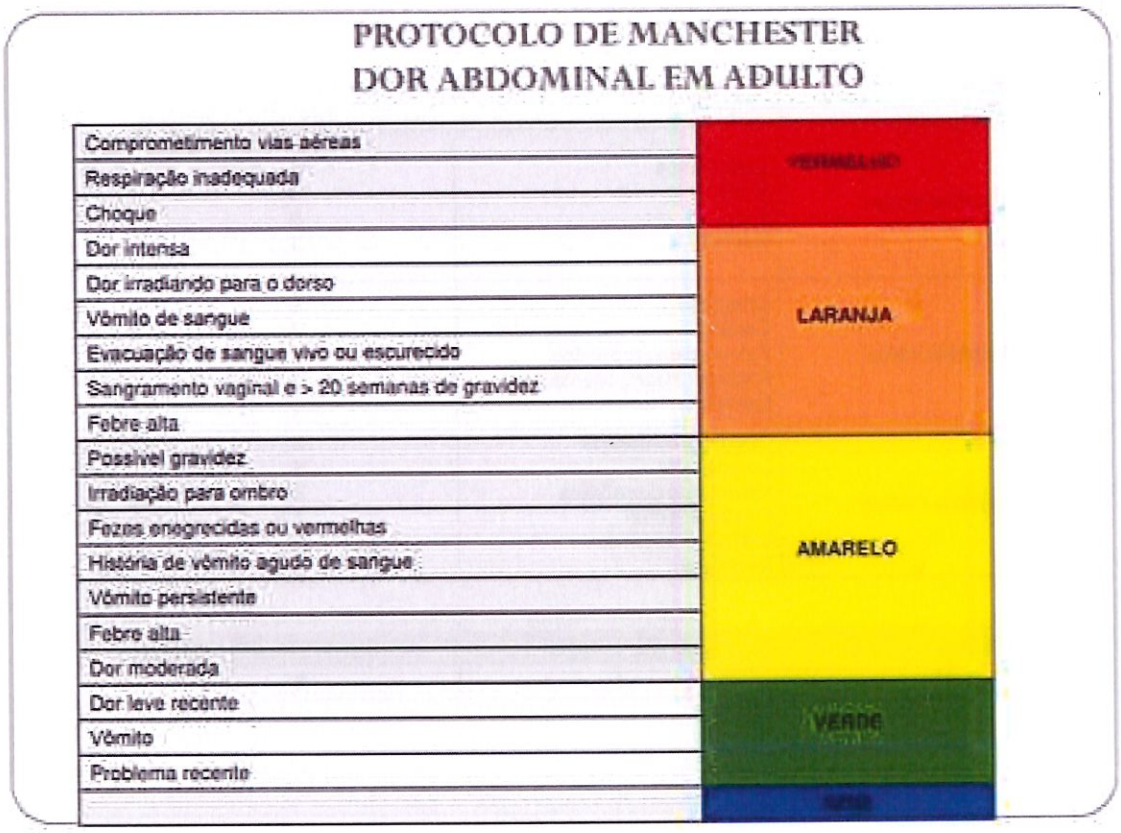
Febre baixa;

Problema recente.

Azul (atendimento até 4 horas)

Dor abdominal em adultos

633



Atenção - Pacientes que podem ter piora repentina:

- Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h
- Forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões
- Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes
- Acidentes com ejeção do veículo
- Negação violenta das óbvias injúrias graves, pensamentos de fuga e alteração do discurso, respostas inapropriadas
- Fraturas de 1ª e 2ª costelas
- Fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de 3 costelas
- Possível aspiração
- Possível contusão pulmonar
- Acidentes com óbito no local
- Atropelamento de pedestre ou ciclista
- Acidente com motociclista

Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

635

POP 18 COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde descentralizadas ao Laboratório Municipal de Campinas.

Objetivo

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

Contraindicação Distúrbios de coagulação.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPIs

Tubos para coleta de sangue à vácuo

Kit estéril para urocultura

Frasco preparador para exame parasitológico de fezes

Kit não estéril para Urina I

Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.

Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).

Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.

Gelo reciclável

Caixa para descarte de material pérfuro-cortante

Livro de registro para controle de exames realizados.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.
- Separar a guia de requisição de exames.
- Verificar quais exames foram solicitados.
- Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.
- Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta etc.).
- Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.
- Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos adequados para os exames solicitados (vide Manual do Laboratório Municipal);
- Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.
- Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada (Vide versão atualizada do Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Campinas) e devidamente fechada.
- Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.
- Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;
- Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;
- Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;
- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

G37

- fornecer etiqueta com número do exame para controle;
- Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;
- Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta:

- Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.
- Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.
- Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.
- Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado (vide Manual do Laboratório Municipal de Campinas);
- Higienizar as mãos utilizando água e sabão ou utilizer o álcool 70.
- Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.
- Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.
- Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.
- Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados.
- Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.
- Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.

- Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2ºtubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3ºtubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).
- Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo à posição inicial.
- Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.
- Descartar a agulha em caixa própria para resíduos pérfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.
- Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente. 17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.
- Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;
- Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.

O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.

Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.

Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.

Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.

Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospital Mario Gatti etc.).

639

Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio.

Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77 MS/GM 12/01/2012.

Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal-Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe) -Grupo 15 e Cultura de fezes –Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.

RDC 302 (item 6.1.7): "A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente". O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.

Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

POP 19 COLOCAÇÃO DE COLAR CERVICAL

Definição

Selecionar e colocar o colar cervical de tamanho adequado, para a imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.

Objetivo

Proteger a coluna cervical de compressão;

Evitar o agravamento de possíveis lesões.

Contraindicação

Objeto encravado no local de colocação do colar;

Ferimento com sangramento intenso (fazer curativo compressivo antes da colocação do colar);

Se a movimentação cuidadosa da cabeça e do pescoço em direção a uma posição alinhada e neutra provocar qualquer uma das seguintes reações, devendo ser imediatamente interrompida:

Resistência ao movimento;

Espasmos dos músculos do pescoço;

Aumento da dor;

Início ou aumento de déficit neurológico (como adormecimento, formigamento ou perda da motricidade);

Comprometimento da via aérea ou da ventilação.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Colar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.

Descrição do procedimento

- Para realizar este procedimento com segurança é necessária a presença de dois socorristas, sendo pelo menos um deles profissional da enfermagem, o outro poderá ser um socorrista capacitado.

641

- Ação de enfermagem
- Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça e nem o pescoço;
- Primeiro socorrista: fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em posição alinhada neutra; utilizar ambas as mãos, colocando o 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na região temporomandibular. Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés;
- Segundo socorrista: retirar suavemente, roupas e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical;
- Segundo socorrista: medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar;
- Segundo socorrista: utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulagem nos colares ajustáveis;
- Segundo socorrista: colocar o colar de tamanho apropriado, enquanto o primeiro socorrista mante a estabilização neutra alinhada da cabeça. Se a vítima estiver sentada a colocação deve ser iniciada pela frente, a partir do mento e o fechamento com o velcro na parte posterior, de forma firme, porém sem apertar.
- Na vítima deitada, a colocação deve ser iniciada pela parte da nuca, tendo o cuidado de dobrar o velcro para não enroscar nos cabelos e prender cabelos compridos, se necessário. Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para conforto;
- Em caso de utilização de colar ajustável, certificar-se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima;
- Primeiro Socorrista: Permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até que a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

Observação

Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente;

colar não deve impedir a abertura da boca do paciente (espontânea ou realizada pelo socorrista caso ocorra saída de secreção/êmese);

O colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação.

POP 20 COLOCAÇÃO DO DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Definição

Dispositivo de uso externo utilizado em pacientes do sexo masculino com incontinência urinária ou inconscientes.

Objetivo

Conforto e controle da diurese em pacientes incontinentes ou inconscientes.

Contraindicação: Alergia ao látex.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento);

Bandeja;

Material para higiene: água morna, sabão, bacia e toalha;

Material para tricotomia, se necessário;

Dispositivo para incontinência urinária (UripenR) de tamanho adequado;

Coletor de urina sistema aberto;

Fita hipoalergênica;

Tesoura.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar a paciente, confirmar o nome, e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Preparar os materiais, cortando a fita hipoalergênica previamente (1 tira de 20cm).
- Paramentar-se com os EPI;

643

- Realizar a tricotomia dos pêlos pubianos se necessário;
- Realizar higiene íntima, secando o pênis;
- Coloque o dispositivo como um preservativo, deixando um espaço livre na ponta do pênis;
- Enrole a fita hipoalergênica, metade sobre o dispositivo e metade sobre a pele para garantir a fixação;
- Conecte o coletor ao dispositivo;
- Recolha o material utilizado;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar o EPI e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Trocar o dispositivo diariamente.

Realizar a higiene do pênis e do dispositivo, com água e sabão e secar muito bem;

No ambiente domiciliar o dispositivo pode ser utilizado várias vezes, desde que bem higienizados;

Se possível, retirar o dispositivo durante a noite, dando preferência ao uso do papagaio;

Observar frequentemente: garroteamento, fixação, vazamentos e lesões decorrentes do trauma pela fita hipoalergênica;

Suspender o uso se apresentar lesões ou edema no pênis. Aguardar restabelecimento da pele.

POP 21 CONTENÇÃO MECÂNICA

Definição

É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito devido ao grau de risco que esse apresenta para si e/ou para os outros, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais.

Objetivo

Controlar o comportamento violento evitando danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

Contraindicação

Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente se encontra agressivo. Sendo vedado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Conjunto de faixas específicas para contenção física (faixa imantada ou de algodão merceirizado com espuma);
Lençol;
Algodão Ortopédico.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Avaliar técnica e clinicamente a necessidade terapêutica de realizar este procedimento;
- Assegurar que o procedimento faça parte de um projeto terapêutico;
- Verificar a existência da prescrição médica e/ou do Enfermeiro;

695

- É recomendado que haja cinco pessoas para auxiliar na contenção: um profissional de enfermagem para auxiliar em cada membro do corpo, além do tórax e cabeça;
- É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe.
- Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente - dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;
- Abrir a faixa, juntar as pontas e passá-las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;
- Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original;
- Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem com muita facilidade deve-se ajustá-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);
- Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa na lateral do leito;
- Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais (alimentação, higiene, eliminações, ambiente terapêutico);
- Em caso de contenção por mais de um período, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas e liberação de uma área corporal por vez para a realização de movimentos ativos e passivos;
- Observar e anotar em prontuário quanto a segurança e conforto da contenção a cada uma hora;
- Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

Observação

A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de a realizar faça parte de um projeto terapêutico baseado clinicamente, não realizando-o com finalidade punitiva ou intimidadora.

Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro;

Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro;

Somente pelo motivo da contenção física não se justifica a sondagem vesical ou uso de dispositivo de incontinência urinária (Uropen R), ou qualquer outro procedimento invasivo;

Não há motivos que justifiquem manter o paciente contido após instalar-se o estado de sedação, pois cessa o perigo anteriormente presente;

Deve-se evitar adaptações ou improvisações de faixas devido ao risco que essas representam ao paciente.

POP 22 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

Definição

Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto resulta no eletrocardiograma.

Objetivo

Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Eletrocardiógrafo;

Papel milimetrado;

Cardioclip;

Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;

Álcool a 70%;

Algodão seco ou gaze;

Gel condutor;

Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);

Lençol.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;

- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;
- Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;
- Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;
- Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;
- Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;
- Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que ele não fique totalmente exposto;
- Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;
- Ligar o eletrocardiógrafo;
- Inserir papel milimetrado no local indicado.
- Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;
- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
- Cabo vermelho (RA) em membro superior direito; Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo; Cabo preto (RL) em membro inferior direito;
- Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.
- Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:
- Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
- Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno; Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4; Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;

649

- Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
- Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
- Apertar o botão "segue";
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;
- Retirar eletrodos e cardioclips;
- Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
- Retirar e/ou destacar folha do ECG;
- Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;

Realizar tricotomia, caso seja necessário;

Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;

Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;

Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;

É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando elas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;

Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

651

POP 23 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

Definição

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Objetivo

Remover a sujidade e outros resíduos;

Reduzir a microbiota transitória;

Prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Pia;

Papel toalha;

Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
- Retirar adornos;
- Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
- Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
- Abrir a torneira;
- Molhar as mãos;
- Fechar a torneira;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;

Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:

- palma contra palma;
- palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
- palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;
- palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;
- parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;
- rotação dos polegares direito e esquerdo;
- friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;
- esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;
- Abrir a torneira;
- Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;
- Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e desprezá-lo na lixeira de resíduos comuns.

Observação

Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;

Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;

Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;

Evite espirrar pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

POP 24 LAVAGEM GÁSTRICA

Definição

Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica.

Objetivo

Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal;

Drenar secreções da cavidade gástrica;

Limpar e remover secreções irritantes;

Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica;

Obter conteúdo gástricos para análise laboratorial;

Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico.

Contraindicação

Ingestão de substância corrosiva.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material

EPI (luva de procedimento);

Sonda nasogástrica calibrosa;

Gaze não estéril;

Gel hidrossolúvel;

Seringa de 20ml;

Soro Fisiológico 0,9%;

Equipo macro gotas;

Bolsa coletora.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Paramentar-se com o EPI;
- Proceder à técnica de SNG, se o paciente não estiver sondado;
- Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na SNG e infundir lentamente;
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuando a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;
- Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;
- Retirar a sonda e recolher o material.
- Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca.
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta
- segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.

Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.

Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.

Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente.

655

POP 25 LAVAGEM INTESTINAL

Definição

Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enteroclisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

Objetivo

Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação;

Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

Contraindicação

Portadores de apendicite;

Obstrução intestinal;

Hemorragia retal não diagnosticada;

Lesões intestinais.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)

Solução prescrita;

Sonda retal;

Equipo macrogotas;

Suporte de soro;

Comadre ou fralda descartável;

Xylocaína 2%, (se for necessário realizar toque retal);

Biombo se necessário.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem

- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Aquecer a solução prescrita a 37º e conectar o equipo macrogotas e a sonda retal;
- Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;
- Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;
- Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7cm nas crianças e 10 a 13cm nos adultos;
- Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;
- Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;
- Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento;

Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico, o toque retal é realizado de forma exclusiva pelo enfermeiro ou médico, com o consentimento prévio do médico, paciente e/ou família;

Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente;

enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicílio até o final do gotejamento;

cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento;

GSA

Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

POP 26 LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERELIZAÇÃO DE MATERIAIS

Definição

Processos realizados para remoção de sujidades, orgânicas e inorgânicas, reduzindo a carga microbiana, para que as etapas subsequentes sejam eficazes. Alguns artigos termossensíveis passarão pelo processo de desinfecção e os demais serão submetidos a esterilização

Objetivo

Garantir de modo sistematizado a desinfecção de materiais em quantidade, qualidade e condições adequadas para o uso, a fim de promover uma assistência segura e eficaz ao paciente e condições de biossegurança ao profissional.

Contraindicação Não há.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material (por sala)

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

EPIs (gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável), sapato fechado.

Recipiente plástico de cor opaca com tampa;

Detergente enzimático;

Gaze não estéril;

Panos limpos e macios;

Escova de cerdas duras e finas;

Bucha não abrasiva;

Detergente neutro;

Preparo e esterilização de materiais

Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado.

Embalagem: Papel grau cirúrgico, campo cirúrgico, saco plástico

Tesoura

Máquina seladora

Pacote teste desafio

659

Ampolas indicador biológico (ampola para teste e ampola controle)

Incubadora para indicador biológico

Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico

Etiqueta

Livro de registro para controle dos testes biológicos

Instrumento para controle dos parâmetros da autoclave/desinfecção química

Autoclave

Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes)

Desinfecção de materiais termossensíveis

EPIs (luvas de borracha, máscara, óculos de proteção, gorro, avental impermeável), sapatos fechados;

Recipiente plástico de cor opaca e com tampa para solução química;

Recipiente plástico com tampa para a água potável corrente;

Recipiente plástico com tampa para armazenamento de materiais;

Detergente neutro;

Seringa de 20 ml;

Solução química (hipoclorito de sódio 1%);

Panos limpos e macios;

Bucha não abrasiva;

Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções (conter: nome do produto, validade da solução, nome do profissional e Coren).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional e os fluídos corporais e matéria orgânica;
- Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;

- Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio de gaze, pois a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes, tornando o método ineficaz;
- Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante e não excedendo este tempo, para a solução não se tornar um substrato para as bactérias, propiciando um aumento da contaminação dos artigos
- Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;
- Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;
- Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos
- Realizar limpeza manual com auxílio de escova e detergente, com movimentos de fricção; A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações, ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;
- Enxaguar novamente até completaremoção dos resíduos;
- Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo, para secagem do material;
- Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;
- Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;
- Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem: hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas; caixas plásticas vazias e limpas, as luvas de borrachas lavadas;
- Realizar lavagem das mãos.

Preparo e esterilização de materiais

- Higienizar as mãos;

661

- Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
- Higienizar novamente as mãos;
- Colocar os EPIs - luvas de procedimento, gorro e máscara.
- Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integralidade e funcionalidade.
- Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço.
- Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.
- Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microorganismos
- Montar "pacotes teste desafio", preparados para conter a ampola do indicador biológico, feitos com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido uma ampola, embalada em papel grau cirúrgico e selado);
- Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto.
- Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. O papel grau cirúrgico possa ser posicionado o lado filme em contato com lado filme do outro pacote
- Posicionar o pacote teste desafio no local com maior dificuldade de circulação do vapor- em cima do dreno, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e deixar espaço entre os pacotes;
- Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio
- Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;
- Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;

- Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retirá-los da câmara da autoclave;
- Observar integralidade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorre alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;
- Separar os pacotes teste desafio, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. A Incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação. As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão); os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização; indicador biológico der resultado positivo.
- Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na parte do filme ou na aba de manuseio do material.
- Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;
- Observar os materiais já estocados quanto a integralidade da embalagem e validade da esterilização, se necessário encaminhar para ser reprocessado;
- Manter a sala em ordem.

Desinfecção de materiais

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs: luva borracha, máscara, gorro, óculos proteção;
- Desconectar todas as peças e lavar com água e detergente neutro. Se houver materiais tubulares, injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com auxílio de seringa;
- Enxaguar bem os materiais em água corrente, inclusive a parte interna dos tubos com auxílio de seringa;
- Colocar sobre pano limpo os materiais para secar. Usar ar comprimido para secar as partes internas de tubos;
- Se necessário utilizar pano limpo e macio para completar a secagem dos materiais, garantindo que os materiais estejam secos antes de colocar na solução desinfetante para evitar que ocorra alteração na sua concentração;

663

- Imergir completamente todas as peças em recipiente opaco e com tampa contendo a solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos, pois é o tempo necessário para realização do processo de desinfecção uma vez que o produto sofre inativação quando exposto a radiação ultravioleta;
- Retirar os materiais da solução de hipoclorito;
- Enxaguar rigorosamente em água, até diminuir a impregnação do odor característico do agente químico;
- Retirar os materiais e colocar sobre pano limpo para escorrer e completar a secagem com pano limpo, seco e macio;
- Guardar as peças em recipiente com tampa;
- Após vencimento, desprezar solução de hipoclorito, lavar e secar recipiente (a solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas, conforme necessidade ou no máximo em 24 horas).
- Manter a sala limpa e organizada.

Observações

Alguns conceitos importantes:

Limpeza: primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterelização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático.

Desinfecção: processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.

Esterelização: processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

Pacote teste desafio: é um pacote preparado para conter a ampola do teste biológico. É feito com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido a ampola, embalado em papel grau cirúrgico e selado. Dentro da autoclave deve ser colocado nos locais com maior dificuldade de circulação do vapor.

Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.

Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo.

Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.

A solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas ou conforme necessidade no máximo em 24 hs.

Segundo APECIH, 2010 até o momento é impossível recomendar tempo de estocagem para itens estéreis, pois não há uma metodologia padronizada e universalmente aceita para determinação de prazos de validade. A determinação deste prazo está relacionada as condições de estocagem e integridade das embalagens.

665

POP 27 LIMPEZA HOSPITALAR

Definição

É um processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante aplicação de produtos químicos, ação física ou combinação de processos.

Objetivo

Proporcionar aos usuários um ambiente com a menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução de possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas.

Executante

Equipe de serviço de higiene e limpeza.

EPI e Material

Luvas de borracha;

Botas de borracha;

Avental impermeável;

Óculos de proteção;

Balde, rodo, escova sanitária, panos, saco de lixo branco e preto;

Álcool 70%, detergente neutro, desinfetante;

Materiais de reposição (sabonete, papel higiênico, papel interfolha etc.).

Áreas do ambiente hospitalar

Áreas Críticas: risco potencial de adquirir infecções. Ex: UTI, sade de emergência, sala de parto, sala de coleta de sangue, Centro Cirúrgico, CME, Isolamento etc.

Áreas Críticas: ocupadas por clientes com doenças de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. Ex: enfermarias

Áreas não críticas: áreas não ocupadas por pacientes: Ex: administração, diretorias etc.

Princípios da limpeza

Inicia-se do local mais limpo para o local mais sujo, ou do local menos contaminado de acordo com o "provável nível de sujidade ou contaminação":

1º. Mobiliários;

2º. Parede;

3º. Piso.

Técnicas de limpeza

Do mais limpo para o mais sujo;

Da esquerda para direita;

De cima para baixo;

Do distal para o proximal;

Direção unilateral ou sequencial.

Descrição do procedimento

Limpeza concorrente:

É o processo de limpeza realizado diariamente em diferentes dependências: unidade do paciente, piso de quartos e enfermarias, corredores, saguões, instalações sanitárias, áreas administrativas, salas de espera etc. Essa limpeza é úmida e menos completa quando comparada com a limpeza terminal.

Limpeza terminal

É o processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies verticais e horizontais de diferentes dependências, incluindo paredes, vidros, portas, pisos etc. A periocidade depende da área onde a limpeza é realizada, sendo que em quartos e enfermarias, ocorre após a alta, óbito e transferência do paciente.

Unidade do paciente

A unidade do paciente é representada por todo mobiliário, materiais e equipamentos que estejam proximos ao paciente e sejam passiveis de toques frequentes pelas maos dos profissionais de saude e do paciente. A frequencia deve ser diaria ou quando necessária.

667

POP 28 MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

Definição

Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.

Objetivo

Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
- Afastar a roupa do paciente de forma que a região da cintura fique despida;
- Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;
- Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;

- Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
- Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente.
- Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.

669

POP 29 MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL

Definição

Medida da circunferência do quadril obtida ao nível das espinhas ilíacas anteriores.

Objetivo

Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada com a circunferência abdominal do indivíduo.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível;
- Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;
- Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;

- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

671

POP 30 MEDIDA DE ESTATURA

Definição

Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

Objetivo

Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Antropômetro

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Crianças menores de 2 anos:

- Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;
- Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
- a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
- os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;

- Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.
- Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;
- Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;
- Retirar a criança;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

- Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;
- Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;
- Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;
- Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;
- Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;
- Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

POP 31 MEDIDA DO PERÍMETRO CEFÁLICO

Definição

Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo.

Objetivo

Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;
- Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;
- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Não incluir pavilhão auricular;

Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

675

POP 32 MEDIDA DO PERÍMETRO TORÁCICO

Definição

Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos.

Objetivo

Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;
- Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;
- Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;
- Realizar a leitura;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

A medida não deve ser feita sobre a roupa.

POP 33 MEDIDA DO PESO CORPORAL

Definição

Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.

Objetivo

Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.

Executante

Enfermeito, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Balança mecânica ou digital;

Papel toalha.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Forrar a base da balança com papel- toalha;
- Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá-la e verificar a tara (eletrônica);
- Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;
- Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);
- Ajudar o paciente a descer da balança;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.

- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Aferir periodicamente as balanças;

Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelação da agulha;

Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme;

Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de roupas;

Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas;

Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado;

Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

POP 34 MOVIMENTAÇÃO EM BLOCO

Definição

Deslocar/rolar em bloco o paciente enquanto se mantém a estabilização manual, com mínimo movimento da coluna.

O rolamento em bloco é indicado para colocar o paciente na prancha longa, ou outro dispositivo que facilite o transporte dele, e para virar o paciente com suspeita de trauma vertebromedular para examinar seu dorso.

Objetivo

Impedir a angulação da coluna cervical.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar/ de Enfermagem.

Material

Prancha longa;

Colar cervical.

Descrição do procedimento

Para realizar este procedimento com segurança é necessário a presença de três socorristas.

Ação de enfermagem

Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal ou Posição Supina:

- Realizar colocação do colar cervical adequada e eficiente, protegendo a coluna cervical de compressão;
- Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento;
- Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax;
- Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente;

- Esticar os braços do paciente e colocá-los juntos ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, enquanto as pernas são colocadas em posição neutra alinhada;
- Segurar o paciente pelos ombros (segundo socorrista) e quadris (terceiro socorrista) de tal forma que se mantenha a posição neutra alinhada das extremidades inferiores;
- Rolar o paciente "em bloco", ou seja, ao mesmo tempo, para decúbito lateral
- Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;
- Manter a prancha longa contra o dorso do paciente, e deslocá-lo em bloco sobre ela, que deve ser abaixada ao chão com o paciente sobre;
- Logo após deve-se segurar o paciente firmemente pelos ombros, pelve e extremidades inferiores;
- Movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do paciente);
- Verificar se o paciente se encontra posicionado na prancha longa com sua cabeça no topo da prancha e seu corpo centrado.

Paciente em Decúbito Ventral ou Semipronação

- Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento.
- Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax e segurar o ombro, o punho e a pelve do lado oposto.
- Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente e segurar o punho, a pelve e as extremidades inferiores;
- Colocar a prancha longa na borda lateral e posicionada entre o paciente e os socorristas.
- Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;
- Após ter colocado o paciente deitado em posição supina sobre a prancha longa deve-se movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do doente);
- Após posicionar o paciente corretamente na prancha deve-se colocar o colar cervical correto e então fixá-lo na prancha longa.

Observação

Os braços do paciente são posicionados prevendo-se a posição final que o este ficará após a rotação completa. No método do rolamento em bloco com o paciente em semipronação, o colar cervical só pode ser colocado com segurança quando o paciente estiver em posição supina alinhada sobre a prancha longa e nunca que isso ocorra;

Sempre que possível, o paciente deve ser girado na direção oposta daquela para onde sua face esta direcionada.

POP 35 OXIGENOTERAPIA

Definição

É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.

Objetivo

Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.

Contraindicação

Não há contra-ndicação absoluta para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPI (luvas de procedimento)

Bandeja;

Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização;

Fonte de oxigênio;

Água bidestilada;

Fluxômetro.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Paramentar-se com o EPI;

Quando cateter

- Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;

- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de nebulização

- Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;
- Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a traqueia da máscara no umidificador de oxigênio;

Quando máscara de Venturi

- Conectar o umidificador, sem água bidestilada, no fluxômetro de oxigênio;
- Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;
- Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;
- Retirar o EPI e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador;

Kit máscara de Venturi é composto por: máscara facial, extensor de silicone, traqueia, umidificador, regulador de fluxo de oxigênio e adaptador para nebulização;

Kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador;

Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio;

Verificar se a fonte de oxigênio contém oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita;

Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento delas;

Fornecer cuidados orais de higiene frequente;

Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões;

Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do paciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.

POP 36 ORGANIZAÇÃO DE SALAS E SETORES

Definição

Compreende a preparação da sala ou setor para as atividades de enfermagem a serem desenvolvidas no plantão. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma unidade de saúde e a providência dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

Objetivo

Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Contraindicação

Não há contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas de borracha;

Álcool a 70%;

panos limpos;

Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica);

Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;
- Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas;

- Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
- Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;
- Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

Observação

As superfícies referidas nesse protocolo compreendem: mobiliários. equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.

Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência;

Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço;

Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional;

POP 37 PRANCHAMENTO EM POSIÇÃO SUPINA

Definição

Imobilizar a coluna do paciente traumatizado e que deambula, e que tenha a indicação para imobilização da coluna.

Objetivo

Imobilização total do paciente em pé na prancha longa enquanto a cabeça e o pescoço são mantidos em posição neutra, diminuindo o risco de outras lesões.

Contraindicação

Não existe contraindicação para realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Prancha longa;

Colar cervical.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Três ou mais Socorristas

- Os socorristas devem realizar a estabilização e o alinhamento manuais tanto pela frente como por trás do paciente;
- Uma vez obtida a estabilização alinhada manual da cabeça e do pescoço do paciente, o colar cervical de tamanho correto pode ser colocado;
- A prancha longa é colocada atrás do paciente e pressionada contra ele. Assim que a prancha estiver no lugar, mantém-se a estabilização manual por todo o procedimento e o paciente é fixado na prancha longa;
- Dois socorristas ficam em pé de cada lado do paciente, virados na direção do deste, e inserem a mão que se encontra mais próxima do paciente sob a axila dele, segurando a alça mais

687

próxima sem movimentar o ombro do paciente. A outra mão segura a alça superior da prancha. Enquanto o alinhamento e a estabilização manuais são mantidos o paciente e a prancha são deitados no chão;

- Conforme o paciente é baixado ao chão, o socorrista, atrás dele, mantém a estabilização manual, rotacionando suas mãos;
- Os outros socorristas, posicionados um de cada lado da maca, precisam soltar sua porção superior e colocar as mãos sob o braço do profissional responsável pela estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente;
- Com o paciente e a prancha no chão, este é imobilizado na prancha longa.

Dois Socorristas

- O primeiro socorrista faz e mantêm a estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente, enquanto o segundo socorrista verifica a medida e coloca o colar cervical de tamanho adequado;
- Após a colocação do colar, o segundo socorrista posiciona a prancha atrás do paciente e na frente do primeiro socorrista;
- O segundo socorrista segura a prancha com a mão mais próxima a ela. Esse profissional agora põe a outra mão, com a palma e os dedos estendidos, na cabeça do paciente, e aplica uma leve pressão para auxiliar a manutenção da estabilização manual;
- O primeiro socorrista agora pode liberar a cabeça do paciente com as mãos mais próxima do segundo socorrista. Com sua outra mão, o socorrista se reposiciona ao lado da cabeça do paciente, aplicando pressão lateral enquanto se move e posiciona a prancha à altura da cabeça do paciente ou mais acima;
- O paciente e a prancha são colocados no chão, enquanto os dois socorristas mantêm a estabilização manual, exercendo igual pressão lateral na cabeça do paciente. Os socorristas responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar precisam trabalhar juntos durante esse movimento, garantindo a máxima estabilização manual;
- Assim que o paciente e a prancha estiverem no chão, a estabilização manual pode ser mantida por um socorrista localizado acima da cabeça do indivíduo, até que este seja imobilizado na prancha longa;

Observação

Quando três ou mais socorristas não estão disponíveis, dois socorristas podem realizar a imobilização conforme descrito acima.

POP 38 REALIZAÇÃO DE CURATIVO

Definição

Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.

Objetivo

Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.

Contraindicação

É importante verificar se há contraindicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Mesa auxiliar ou bandeja

Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de-rato e uma pinça Kelly;

Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);

Tesoura;

Pacote de gazes esterilizadas;

Atadura de rayon estéril;

Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;

Agulha 25x1.2 ou 40x1.2; Alcool 70%;

Luvas de procedimento e/ou estéril;

Micropore/Esparadrapo;

Atadura de crepe; Espátula;

Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;

EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;

Papel Toalha.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar execução;
- Higienizar as mãos
- Reunir todo o material;
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Higienizar novamente as mãos;
- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- Observar o curativo anterior antes da remoção;
- Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;
- Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
- Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
- Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
- Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com ácool 70%;
- Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%
- Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;
- Na presença de tecido desvitalizado solto ou não solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;
- Secar a pele peri-lesão com gaze;

691

- Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal;
- Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico* e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;
- Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observações

Todos os curativos crônicos devem passer por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistencia de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nivel médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.

Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo.

Na unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis(pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência deles.

A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.

A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro.

Desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.

POP 39 RETIRADA DE PONTOS

Definição

Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).

Objetivo

Facilitar a cicatrização.

Contraindicação

Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

EPIs: luvas de procedimentos e avental;

Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker;

Soro Fisiológico 0,9%;

Gazes (estéreis).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com os EPIs;

Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;

Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;

Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;

Cobrir a ferida se houver necessidade;

693

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas;

Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.

Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão do Enfermeiro e a prescrição médica.

POP 40 SONDAGEM NASOENTERAL

Definição

Introdução de uma sonda maleável, com fio guia metálico, flexível e radiopaco, através da narina até o intestino.

Objetivo

Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição.

Contraindicação

Pacientes com desvio de septo;

Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;

Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;

Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

Executante

Enfermeiro.

Material:

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);

Bandeja;

Sonda nasoenteral tipo Dobhoff;

Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);

Gaze não estéril;

Seringa de 20ml;

Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;

Estetoscópio;

Soro fisiológico 0,9%;

Toalha ou papel toalha;

Biombo (se necessário).

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Checar a prescrição
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente em posição "Fowler" alta, a menos que haja contraindicação
- Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;
- Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;
- Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

- Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Encaminhar o paciente para controle radiológico;
- Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;
- Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia;

Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;

Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;

No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE);

Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno;

Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;

Realizar higiene oral a cada 6h;

Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;

697

Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;

Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;

Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

POP 41 SONDAGEM NASOGÁSTRICA

Definição

Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.

Objetivo

Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento.

Contraindicação

Pacientes com desvio de septo;

Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;

Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;

Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave;

Pacientes com neoplasia de esôfago ou estômago;

Pacientes com mal formação e/ou obstrução mecânica/ cirúrgica do trato gastrointestinal.

Executante

Enfermeiro, Técnicos / Auxiliares de Enfermagem.

Material

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);

Bandeja;

Sonda nasogástrica tipo Levine;

Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);

Gaze não estéril;

Seringa de 20ml;

Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;

Estetoscópio;

Toalha ou papel toalha;

Coletor de secreção (se necessário);

Biombo (se necessário).

699

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Checar a prescrição;
- Higienizar as mãos;
- Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
- Posicionar o paciente em posição "Fowler" alta, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;
- Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;
- Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;
- Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;
- Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;
- Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;
- Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;
- Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;
- Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;
- Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;
- A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

- Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitar a drenagem;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;

Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;

Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;

Realizar higiene oral a cada 6h;

Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;

Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;

Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;

Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

701

POP 42 TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIO

Definição

Prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações relativos à assistência prestada a um Usuário. A instituição de saúde é a responsável legal pela guarda e conservação desses documentos. Transferência é o ato de deslocar / movimentar esses documentos de um serviço de saúde para outro.

Objetivo

Realizar a movimentação de prontuário de usuários, de forma a preservar e conservar as informações nele contidas.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Administrativo com apoio de equipe multiprofissional da qual a equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem) faz parte.

Material

Guia de remessa específica

Envelope

Prontuário do paciente

Descrição do procedimento

- Ação Administrativa
- Solicitar ao usuário endereço antigo e endereço atual obrigatoriamente.
- Verificar qual o CS destino da área de abrangência de transferência.
- Numerar as folhas do prontuário (apenas a frente da folha) e anotar o total de folhas na última página do prontuário, como o modelo: "Nesta data, feito a transferência deste prontuário para o CS XXXX, com um total de número de folhas de 98 até o momento".
- Transferência intramunicipais: Fazer guia de remessa em QUATRO vias completas (1ª via: CS de origem; 2ª via: CS de origem após assinatura do CS de destino; 3ª via: CS de destino, 4ª

via: Distrito). Transferências intermunicipais/interestaduais: utilizar mesmo fluxo enviando ao DRS.

- Atentar para que todos os nomes contidos no prontuário estejam completos e com o respectivo número da FF.
- Colocar novo endereço no sistema SIGA e alterar vínculo para a nova unidade de referência.

Descrição do procedimento:

- Colocar as fichas individuais em pasta específica (para melhor organização interna) que será retirada na rotina do malote.
- Profissional do Distrito, no ato da retirada do malote, assina de forma legível a primeira via da guia de remessa e a deixa no serviço.
- Entrada de Prontuário
- Verificar os prontuários (inclusive o conteúdo), assinar a planilha de controle do distrito, assinar a 2ª via da guia de remessa recebida e entregar para o profissional do distrito, devolvendo-a para a origem.
- Guias de remessa (prontuários) sem endereço atual serão devolvidas para a unidade de origem.

Observação

Recomenda-se que transferência do prontuário seja realizada pelo Agente Comunitário de Saúde da área de abrangência do Usuário, ou por outro profissional indicado pela gestão local.
Recomenda-se que nas transferências entre municípios, seja realizada cópia do prontuário para transferência e o prontuário original fique arquivado na unidade.
Recomenda-se que após o recebimento do prontuário, este seja incluído no arquivo da unidade.
Recomenda-se que o prontuário não seja transferido pelo próprio usuário.

7703

POP 43 USO DE LUVAS ESTERÉIS

Definição

É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitar contaminação.

Objetivo

Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva.

Contraindicação

Procedimentos que não necessitem de tal material.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Luvas esterilizadas na numeração adequada.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Higienizar as mãos;
- Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;
- Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;
- Abrir as dobras horizontais do envelope;
- Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;
- Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura dela;
- Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
- Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;

- Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;
- Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;
- Ajustar as luvas de ambas às mãos;
- Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;
- Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

RETIRAR AS LUVAS

- Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;
- Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, à medida que vai sendo retirada;
- Segurar a luva retirada com a mão que se encontra com luva;
- Permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;
- Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;
- Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;
- Higienizar as mãos.

Observação

Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas;

Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.

POP 44 VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

Definição

Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.

705

Objetivo

Verificar e estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;

Avaliar estado geral do paciente;

Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Relógio com marcador de segundos;

Estetoscópio se necessário.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente, confirmer o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Manter o paciente em posição confortável;

Verificação de Pulso Apical

- Expor a região torácica;
- Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);
- Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

Verificação de Pulso Arterial

- Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;
- Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);

Ao final do procedimento

- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;

Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.

2707

POP 45 VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Definição:

Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

Objetivo:

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas.

Avaliar estado geral do paciente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

Executante:

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem.

Material:

Relógio com marcador de segundos

Estetoscópio se necessário

Descrição do procedimento:

- Ação de enfermagem
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;
- Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
- Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
- Higienizar as mãos;

- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Comunicar enfermeiro se alterações.
- Registrar o procedimento em Planilha de Produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado e desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Observações:

Observar os padrões de frequência respiratória:

IDADE	Batimentos por minuto*
Recém-Nascido	35-40
Lactentes (06 meses)	30-50
Crianças que começam a andar	25-32
Crianças	20-30
Adolescentes	16-19
Adultos	14-20

* valores conforme referência no repouso (acordado ou dormindo).

POP 46 VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA CORPÓREA

Definição

Determinar a temperatura corpórea (da superfície da pele).

Objetivo

Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;

Avaliar estado geral do paciente;

Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;

Acompanhar a evolução da doença.

Contraindicação

Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

Algodão;

Álcool a 70%;

Termômetro coluna de mercúrio ou digital.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmer o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Manter o paciente em posição confortável;
- Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente (para crianças preferir o termômetro digital);
- Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);

- Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;

Em crianças observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

Acidente Biológico

ORIENTAÇÕES E FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO - SCIH

1. QUIMIOPROFILAXIA PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

Ainda não existe qualquer tipo de quimioprofilaxia absolutamente segura em caso de exposição ao HIV. Isto reforça a necessidade do rigoroso estabelecimento de normas universais de biossegurança para diminuir o risco desta exposição. A exposição ocupacional deve ser tratada como emergência médica, uma vez que deve ser iniciada o mais rápido possível, preferencialmente nas primeiras horas após o acidente e no máximo até 72 horas.

A indicação da QP para a exposição ocupacional deve ser avaliada com cuidado, levando-se em conta:

1. Risco de o paciente fonte estar ou não infectado: realizar sempre que possível ou necessário o Teste Rápido anti-HIV.
2. Gravidade da exposição
3. Potencial benefício da medicação antirretroviral

711

O profissional de saúde acidentado não tem indicação de realizar o Teste Rápido. Necessita, porém, fazer o exame convencional, sem pressa do resultado, com a intenção de se aproveitar o evento do acidente para conhecermos o estado sorológico prévio, já que não há qualquer influência da urgência da testagem, para se instituir a QP.
Quando indicada a QP deve se prolongar por 28 dias (4 semanas).

Recomenda-se:

1. Em situações de menor risco de transmissão o uso de duas drogas antirretrovirais ITRN, preferencialmente a associação de zidovudina com lamivudina, se possíveis combinadas na mesma formulação (Biovir);
2. Em situações de maior risco, recomenda-se o uso de esquemas potentes, com a adição de um IP com Ritonavir como adjuvante, preferencialmente Lopinavir com Ritonavir ou ITRNN especificamente o Efavirenz (excetuando-se nas funcionárias com atraso menstrual, devido risco de teratogenicidade. O uso de Atazanavir está também indicado com Ritonavir, porém este esquema tem a icterícia como efeito adverso).
3. Antirretrovirais diferentes destes podem ser indicados quando há suspeita de exposição a cepas virais resistentes, quando há evidência de exposição a paciente fonte multirresistente aos antirretrovirais que já tenha utilizado.
4. A falta do especialista no momento do atendimento não deve ser razão para retardar o início da quimioprofilaxia com o esquema indicado pelo fluxograma, tendo em vista que o período ótimo para se evitar a aquisição do HIV é imediatamente após o acidente até 30 minutos a 2 horas.
5. Quando se inicia a QP no profissional exposto, anteriormente à realização do teste rápido no paciente fonte e resulta negativo, interrompe-se imediatamente a QP.

1.1. SUGESTÕES TERAPÊUTICAS PARA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

Esquema por 28 dias	2 drogas	3 drogas
1ª escolha	AZT+3TC	AZT+3TC+EFZ (1) AZT+3TC+LPV/r

2ª escolha	TDF+3TC	TDF+3TC+EFZ (1) TDF+3TC+LPV/r Considerar outros esquemas ARV Quando há possibilidade de exposição a vírus resistentes em pacientes fonte multiexperimentados

1. O EFZ (efavirenz) não deve ser utilizado em mulheres grávidas ou com possibilidade de gravidez durante o período de Quimioprofilaxia, pelo risco de ocorrer efeito teratogênico.
2. Contraindicação ao AZT (Zidovudina) é entendido como: Hb < 8,0g% e/ou neutrófilos < 500 /mm3.
3. O TDF (Tenofovir) pode ser indicado em casos de intolerância ou resistência presumida ao AZT e ao d4T para maiores de 18 anos e que não tenham lesão renal prévia, embora haja menor experiência clínica de seu uso em situações de profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV (em relação ao uso de AZT). Para seu uso deve-se considerar também a dificuldade logística e incremento potencial no custo ao MS.

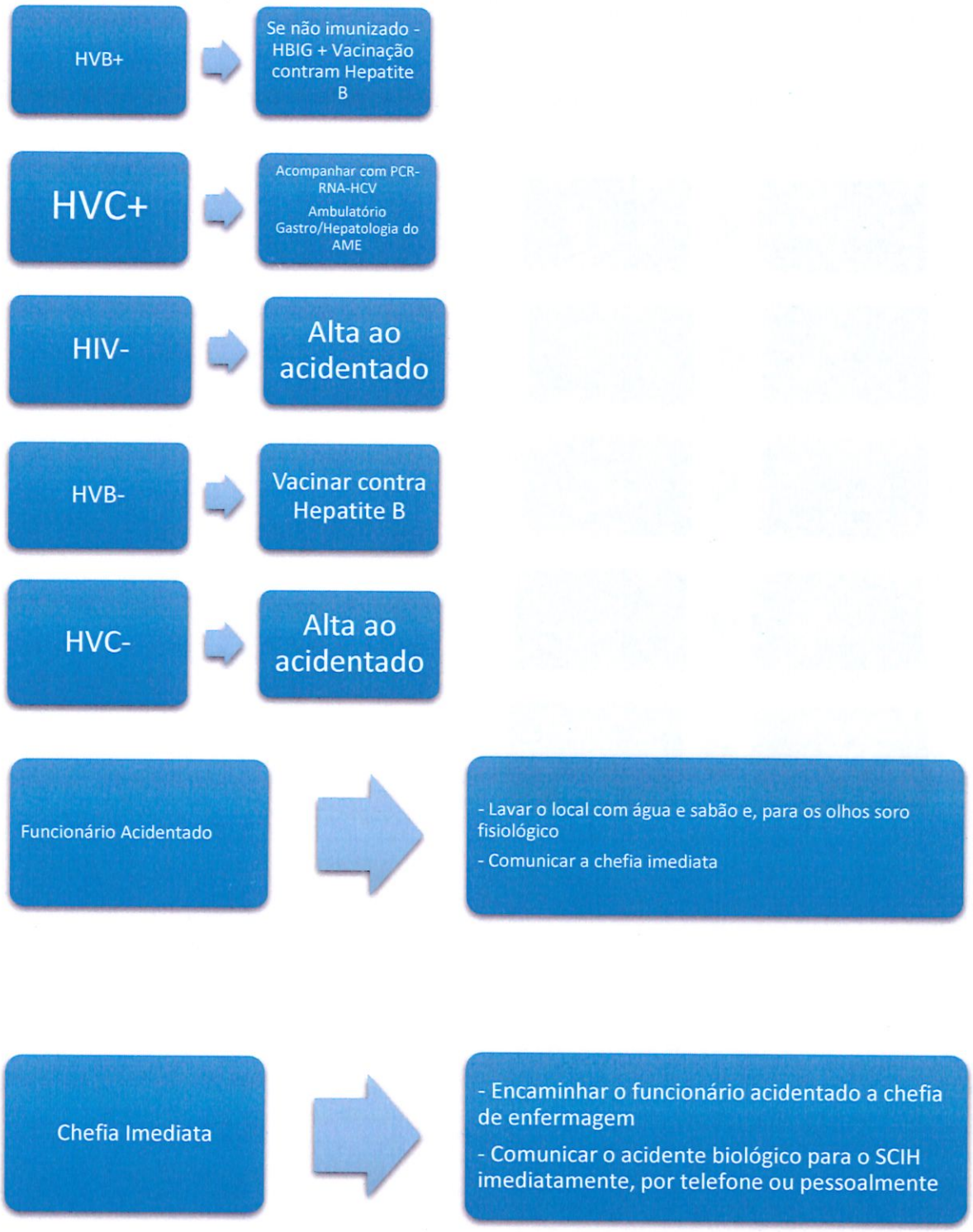
EFAVIRENZ	ITRNN	EFV	1 caps de 600mg 1X/D à noite
LAMIVUDINA (3TC)	ITRN	3TC	1compde 150mg 2X/D
LOPINAVIR/RITONAVIR	IP	LPV/r	2compde 200mg /ritonavir de 100mg 2X/D (formulação associada)
TENOFOVIR	ITRNt	TDF	1 comp de 300mg 1X/D
ZIDOVUDINA+LAMIVUDINA	ITRN	BIOVIR	1 comp 2X/D

Fonte: ANVISA- Agência Nacional de vigilância Sanitária- Resolução- RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

713

2. Fluxograma do Acidente Biológico

1- Verificar rapidamente estado sorológico do paciente fonte para HIV, HVB e HVC com os seguintes quesitos:


HVB+
Se não imunizado - HBIG + Vacinação contram Hepatite B
HVC+
Acompanhar com PCR-RNA-HCV
Ambulatório Gastro/Hepatologia do AME
HIV-
Alta ao acidentado
HVB-
Vacinar contra Hepatite B
HVC-
Alta ao acidentado
Funcionário Acidentado
- Lavar o local com água e sabão e, para os olhos soro fisiológico
- Comunicar a chefia imediata
Chefia Imediata
- Encaminhar o funcionário acidentado a chefia de enfermagem
- Comunicar o acidente biológico para o SCIH imediatamente, por telefone ou pessoalmente

715

Enfermeira do SCIH

- Informar o paciente fonte e solicitar autorização para sorologia de HIV;
- Entrar em contato imediatamente com o infectologista da SCIH para comunicar o caso;
- Providenciar consulta médica imediata para o funcionário, para solicitação de exames;
- Encaminhar o funcionário e o paciente para exames :
- FUNCIONÁRIO - Anti HIV (Teste Rápido) , Anti HCV (Teste Rápido), HBsAg ,Anti Hbs, Anti HIV, Anti HCV e VDRL;
- PACIENTE FONTE – Anti HIV (Teste Rápido) , Anti HCV (Teste Rápido), HBsAg ,Anti Hbs, Anti HIV, Anti HCV e VDRL;
- Informar o resultado do Teste Rápido ao paciente fonte e ao funcionário;
- Notificar a Vigilância Epidemiológica;
- Solicitar a QP (quimioprofilaxia), caso seja necessário;
- Preencher a ficha de notificação de acidente biológico
- Encaminhar o funcionário ao SESMIT;
- Comunicar paciente fonte e funcionário sobre o resultado das sorologias.
- Reavaliar o caso e orientar
- Acompanhar com sorologias , se necessário

SESMT/MEDICINA OCUPACIONAL

Atender, orientar em relação a cuidados para com o acidente;

Abrir CAT

Observações:

1. Os exames de HIV do paciente fonte só poderão ser realizados após autorização (impresso próprio);
2. O profissional acidentado deverá ter prioridade no atendimento, acolhimento encaminhamentos;
3. O teste rápido é feito no laboratório e o resultado sai em 20 minutos;

4. Todos os acidentes biológicos serão comunicados ao SCIH.

Pacientes Portando Arma de Fogo

1. INTRODUÇÃO

A Cultura de Segurança do Paciente busca a redução de qualquer evento que venha trazer danos a pacientes e colaboradores, de forma que devemos enquanto profissionais da área da saúde aprimorar nossos conhecimentos para tal. Desta forma foram desenvolvidas ferramentas que colaborem para estas práticas.

Não conhecemos aqueles que prestamos assistência: sua história, sua origem; fato este que nos leva a termos rotinas institucionais que colaborem com a segurança daqueles que aqui frequentam. Sabendo que opiniões de foro íntimo não devem ser parâmetros para a assistência prestada.

Infelizmente, a violência cresce na atualidade, e desta forma avaliou-se a necessidade de desenvolver Procedimento para Atendimento ao Paciente portando armas de fogo, pois além dos profissionais de segurança que atendemos, contamos também com um número considerável de pacientes privados de liberdade.

Nenhuma legislação hoje norteia, quanto aos profissionais que portam arma de fogo, a sua não utilização em ambientes hospitalares/saúde, ainda que não estejam estes em serviço; contamos apenas com o bom senso destes, para que não o façam.

O Estatuto do Desarmamento (Brasil, 2003) norteia quanto àqueles que possuem autorização para portar armas, sendo competência do Ministério da Justiça e Força Policial sua fiscalização.

2. OBJETIVO

Este documento tem como objetivo orientar os colaboradores em casos de pacientes estarem portando armas de fogo.

3. ORIENTAÇÕES EM SITUAÇÕES QUE O PACIENTE ESTEJA PORTANDO ARMA DE FOGO

Quando o paciente, portando arma, não possuir condições físicas que colaborem para que ele permaneça armado, deve-se então acionar o atendimento por viatura através do telefone 190, para elaboração de Boletim de Ocorrência e entrega da arma.

4. ÁREAS ENVOLVIDAS

Todos os profissionais da instituição.

5. OBSERVAÇÃO

Não há legislação que obrigue uma Instituição de Saúde a efetuar a guarda de armamento, contudo nosso código penal proíbe a guarda ou posse de arma por pessoa não habilitada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. (dezembro de 2003). LEI No 10.826, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – Sinarm define crimes e dá outras providências.

Pacientes Vítimas de Violência

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, considera-se violência o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Também estabelece diferentes tipologias a três grandes grupos segundo o autor do ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

São destacadas também distinções de acordo com a natureza da violência, sendo estas: violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeiro-econômica, negligência/abandono, trabalho infantil e em intervenção legal.

2. OBJETIVO

Promover o Acolhimento da vítima de violência, de forma sigilosa e humanizada.

SER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA E/OU APRESENTE SINAIS QUE EVIDENCIEM ORIENTAÇÕES CASO OCORRA SITUAÇÕES EM QUE O PACIENTE ATENDIDO DECLARE

A equipe multidisciplinar deve promover o acolhimento da vítima, classificando se o caso se trata de uma urgência e/ou emergência. Promover anamnese nos casos agudos antes de encaminhar, este atendimento deve ser humanizado e resolutivo. Atentando-se a deixar todos os campos da

ficha de encaminhamento/transferência devidamente preenchidos a fim de não gerar dúvidas ao colega, interno ou externo, que dará andamento, pois cada vez que a vítima relata a situação ela revive a agressão sofrida.

3. LOCAIS PARA REFERÊNCIA AO ENCAMINHAR

ORIENTAÇÃO QUANTO A NOTIFICAÇÃO

Notificação de Violência é Compulsória para casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades.

No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

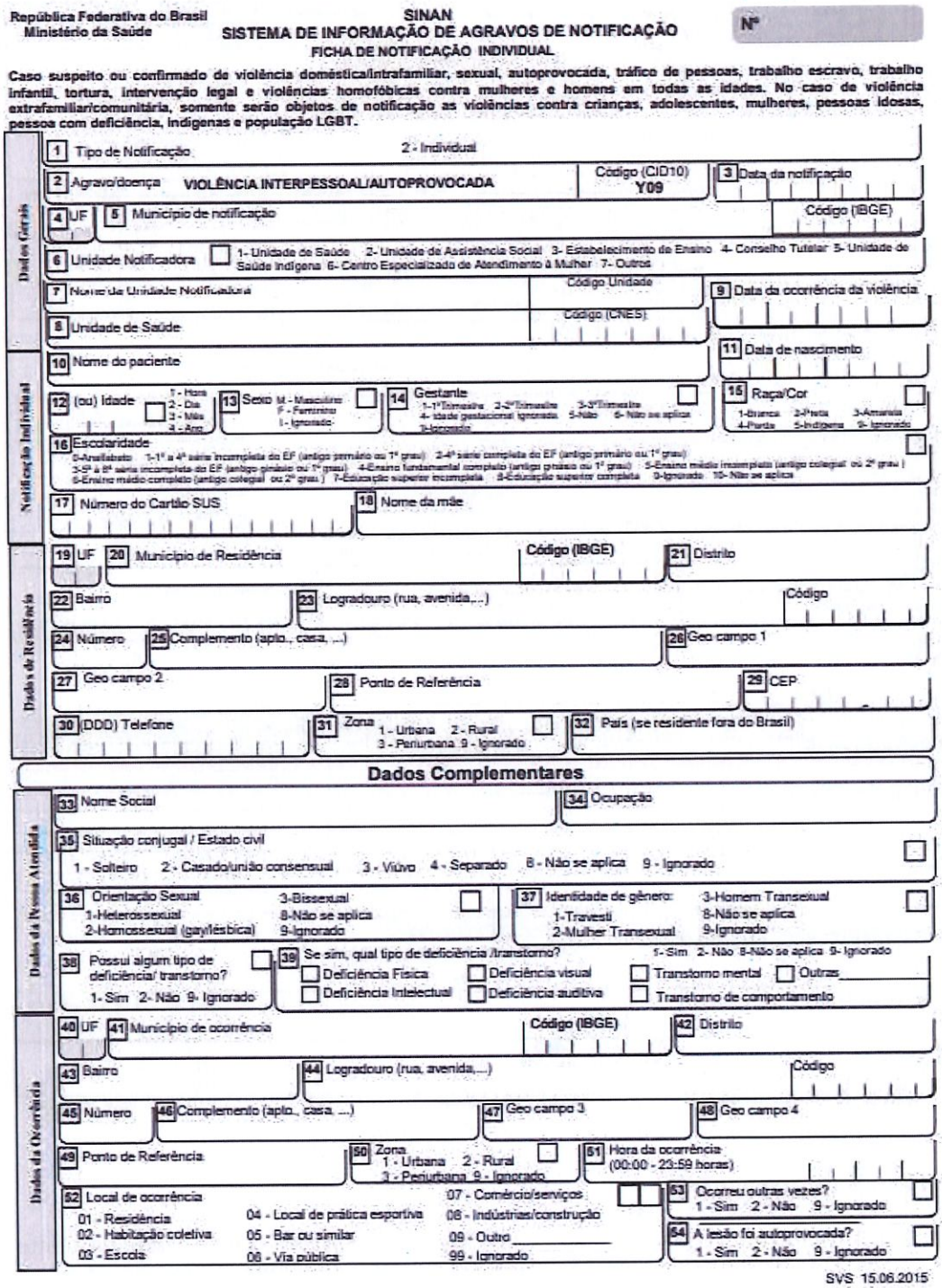
Preencher a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Vide Anexo); uma cópia da Ficha deve permanecer na unidade de atendimento e outra cópia deve ser encaminhada à vigilância epidemiológica do município.

Em casos de violência a crianças, adolescentes ou idosos o Conselho Tutelar, Conselho do Idoso e/ou autoridades competentes (Delegacias Especializadas, Ministério Público) devem ser comunicados.

Comunicação deve ser feita através de ofício, não utilizar a ficha de notificação.

719

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros

7 Nome da Unidade Notificadora — Código Unidade — 9 Data da ocorrência da violência

8 Unidade de Saúde — Código (CNES)

Notificação Individual

10 Nome do paciente — 11 Data de nascimento

12 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

17 Número do Cartão SUS — 18 Nome da mãe

Dados de Residência

19 UF — 20 Município de Residência — Código (IBGE) — 21 Distrito

22 Bairro — 23 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

24 Número — 25 Complemento (apto., casa, ...) — 26 Geo campo 1

27 Geo campo 2 — 28 Ponto de Referência — 29 CEP

30 (DDD) Telefone — 31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — Deficiência Física — Deficiência visual — Transtorno mental — Outras ____ — Deficiência Intelectual — Deficiência auditiva — Transtorno de comportamento

Dados da Ocorrência

40 UF — 41 Município de ocorrência — Código (IBGE) — 42 Distrito

43 Bairro — 44 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

45 Número — 46 Complemento (apto., casa, ...) — 47 Geo campo 3 — 48 Geo campo 4

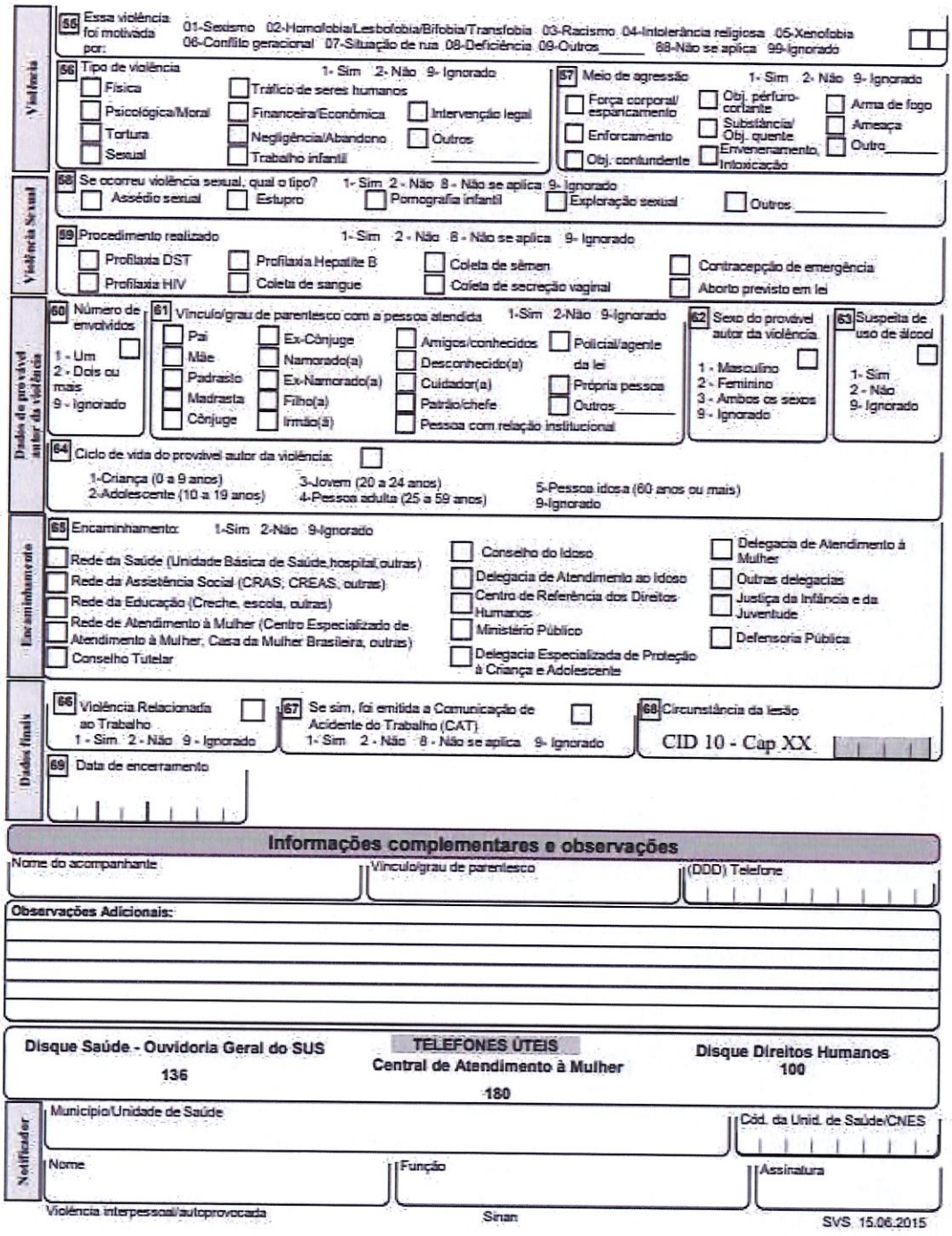
49 Ponto de Referência — 50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

52 Local de ocorrência — 01 - Residência — 02 - Habitação coletiva — 03 - Escola — 04 - Local de prática esportiva — 05 - Bar ou similar — 06 - Via pública — 07 - Comércio/serviços — 08 - Indústrias/construção — 09 - Outro ____ — 99 - Ignorado

53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS E AUTOPROVOCADAS. MS.

- SVS. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 2017.
- Brasil. OPAS/OMS. Disponível em: https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf
- Brasil. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. VIOLÊNCIAS. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage-new/outrosdestaques/violencias/orientacoes_not_violencia.pdf

Pacientes Idosos, Gestantes, Portadores de Deficiência

INTRODUÇÃO

Com o intuito sempre de prestar atendimento humanizado, visualizando os pacientes de acordo com suas necessidades, respeitando sempre sua individualidade foram criadas rotinas de atendimento que buscam priorizar o atendimento destes.

Mesmo existindo legislações que garantam a prioridade no atendimento, muitas atitudes necessitam de reciprocidade e bom senso, e usando desta empatia além de possuirmos guichês específicos avaliamos estes pacientes para entender cada caso, sua individualidade priorizando desta forma consultas e exames.

OBJETIVO

Atendimento aos pacientes de forma individualizada respeitando as legislações vigentes garantindo assim prioridade no atendimento.

AÇÕES DESENVOLVIDAS

Para melhor atender este grupo de pacientes, prezando pela prática da legislação SUS, pelas Políticas de Atenção à Saúde, Estatuto do Idoso entre outras legislações vigentes.

Rampa de acesso;

Portas largas;

Banheiro adaptado;

Guichês e senhas para atendimento preferencial;

Disponibilização de cadeiras de rodas; Garantia de um acompanhante aos pacientes;

Chamadas com sinal sonoro, por número e nome.

Chamada no vídeo com letras grandes;

Colaboradores treinados em LIBRAS; Protocolo Risco de Queda.

ÁREAS ENVOLVIDAS

De acordo com as características de cada setor envolvido na assistência de forma direta ou indireta a estes pacientes: Portaria e Controle de Acesso; Atendimento/Agendamento; Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lei Federal nº 10.741 de 01/10/2003 (Estatuto do Idoso) – determina o atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.
- Lei Federal n° 10.048/2000, prevê o atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo e os obesos.
- Lei Federal nº 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência, no artigo 9º apresenta como deve ser realizado o atendimento prioritário às pessoas com deficiência.

2. OBJETIVO

Promover atendimento aos pacientes Indígenas respeitando a sua cultura e garantindo que sejam cumpridas as Políticas Públicas voltadas a este grupo.

3. AÇÕES DESENVOLVIDAS

Garantia do acompanhante que promove a comunicação com melhor entendimento por parte do paciente, já que este mesmo não sendo indígena vive na aldeia e tem facilidade em passar as informações de forma mais clara tanto para o paciente, quanto para o profissional.
Priorizar o atendimento deste paciente, pois as aldeias não se localizam em locais de fácil acesso e para evitar que eles adquirirem doenças de fácil contágio e levar para a aldeia.

4. ÁREAS ENVOLVIDAS

Todos os profissionais da instituição.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª Edição - Brasília:

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

Evasão de Pacientes em Atendimento

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a portaria nº 312/2002 do MS, evasão é a saída do paciente sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado. No entanto é preconizado que todos aqueles que chegam ao ambulatório e preenchem uma ficha de atendimento, e voluntariamente deixam a Unidade, sem atingir seu objetivo, cometem "fuga hospitalar". Em todos esses casos, a instituição deverá entrar em contato com o familiar informando a fuga do paciente e registrar boletim de ocorrência na Polícia Militar.

OBJETIVO

Esse protocolo foi criado com objetivo de normatizar as condutas da equipe multidisciplinar, frente a saída voluntaria do paciente sem autorização.

DESCRIÇÃO

O serviço engloba uma série de cuidados que devem ser tomados a partir do momento da admissão do paciente até sua alta médica ou fim da consulta. Durante todo esse período, são adotadas diversas medidas para garantir o cuidado integral do paciente e resguardar a equipe multidisciplinar. No entanto, quando os profissionais de saúde detectam um risco de evasão, algumas ações são intensificadas para assegurar a permanência do paciente no ambulatório no tempo necessário e recomendado pelo médico, tais como:

ENFERMEIRO

Ao suspeitar da evasão do paciente, comunicar o setor de controle de acesso e recepção central para intensificar a procura do paciente.

Confirmada a Evasão, o enfermeiro deverá comunicar o episódio ao médico responsável, para ciência e tomada de providencias, coordenação e serviço social para contato com a família.

Registrar o fato, em relatório de ocorrências que deve ser assinado por duas testemunhas, e impresso em duas vias, onde uma deverá ser anexada no prontuário do paciente e outra na pasta de ocorrência do setor. O documento deverá ser preenchido com data, horário, descrição detalhada do ocorrido e medidas adotadas, incluindo o contato com outros profissionais.

Notificar a evasão no sistema de notificação de eventos adversos.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Registras a história do fato ocorrido no prontuário.

Importante salientar que o profissional de enfermagem tem obrigação de registrar em prontuário ou ficha de atendimento a evasão ocorrida, por força dos artigos 25 e 41 do Código de Ética dos profissionais de enfermagem (resolução do COFEN 311/2007).

SERVIÇO SOCIAL

Entrar em contato imediatamente com o familiar do paciente, informando o ocorrido.

ABRANGÊNCIA

Todos os funcionários são responsáveis pelo cumprimento do protocolo de evasão, respeitando o rigoroso controle de acesso na instituição e se certificando da execução das regras de entrada e saída de pacientes, acompanhantes, visitantes, funcionários e prestadores de serviço. Além disso, a equipe multidisciplinar deve verificar, criteriosamente, os relatórios de alta, pulseiras de identificação, crachás e documentos no momento da alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Parecer do Conselho Regional de Enfermagem (Coren)/Gerência de Fiscalização (GEFIS), - SP, nº 27/2010 - Evasão de pacientes: conceito, responsabilidade e formas de preservação;

Art. 12. do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

Art. 3° e 4° do Código Civil Brasileiro;

Normativa Operacional Institucional "Evasão Hospitalar".

Prevenção de Suicídio

1. INTRODUÇÃO

O Suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

Ele sempre é um acontecimento complexo. A pessoa não tem como objetivo a morte, mas sim o fim do sofrimento pelo qual está passando e o único jeito que enxerga no momento para chegar nisso é através da morte. Este sofrimento pode ter várias naturezas: culpa, remorso, depressão, ansiedade, medo, humilhação, entre outros. Em geral, suicídios são planejados e as pessoas dão sinais. Elas avisam e pedem por ajuda de maneiras conscientes e inconscientes. Reconhecer estes sinais e ofertar apoio pode prevenir uma tentativa e começar um caminho de superação do sofrimento.

725

Estudos tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento revelam dois importantes fatores relacionados ao suicídio: primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos. Esses são os grupos diagnósticos, em ordem decrescente de risco de:

Depressão (todas as formas);

Transtorno de personalidade (antissocial e borderline com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor);

Alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes);

Esquizofrenia;

Transtorno mental orgânico.

2. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo promover o acolhimento da vítima que apresenta risco de suicídio, de forma sigilosa e humanizada. Diante disso desenvolvemos esse protocolo para capacitar os colaboradores e equipe médica a prestar uma assistência integral e adequada aos pacientes com idealização suicida.

3. CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE

Pacientes que apresentam ideação suicida e/ou sinais de violência autoprovocada.

4. DIAGNÓSTICO

A ideação suicida deve ser levada a sério, desmistificando a ideia de que quem ameaça não faz. Diante de sinais de risco, a abordagem não precisa ser eufemizada: deve-se conversar abertamente com o paciente. O profissional precisa ter paciência para ouvir, promovendo boa escuta.

A avaliação inclui o questionamento direto quanto a intenção, ideação e o plano suicida.

Identificados os fatores de risco para comportamento suicida, classificar a urgência da situação.

Baixa urgência: casos em que há ideação suicida, mas não há planejamento específico e a intencionalidade é baixa. Nestes casos o paciente ainda vislumbra alternativas para lidar com o sofrimento.

Média urgência: casos em que o paciente apresenta planos suicidas possíveis, mas não tem acesso fácil aos meios para concretizá-los. Visualiza seu planejamento como algo possível, para

o futuro, caso a situação não melhore. Nestes casos o paciente deve ter consulta agendada em serviço especializado de saúde mental, como o CAPS, num período máximo de 7 a 10 dias.

Urgência elevada: onde há planejamento claro, com convicção, e intenção de levá-lo a cabo nas próximas horas ou dias. A convicção nunca é absoluta, pois todos os pacientes têm uma ambivalência, que abre possibilidade para a intervenção. Casos com risco muito grave podem exigir internação em serviço de saúde mental de hospital geral ou em hospital psiquiátrico. Em geral é possível montar uma relação boa com o paciente, evitando um desfecho ruim.

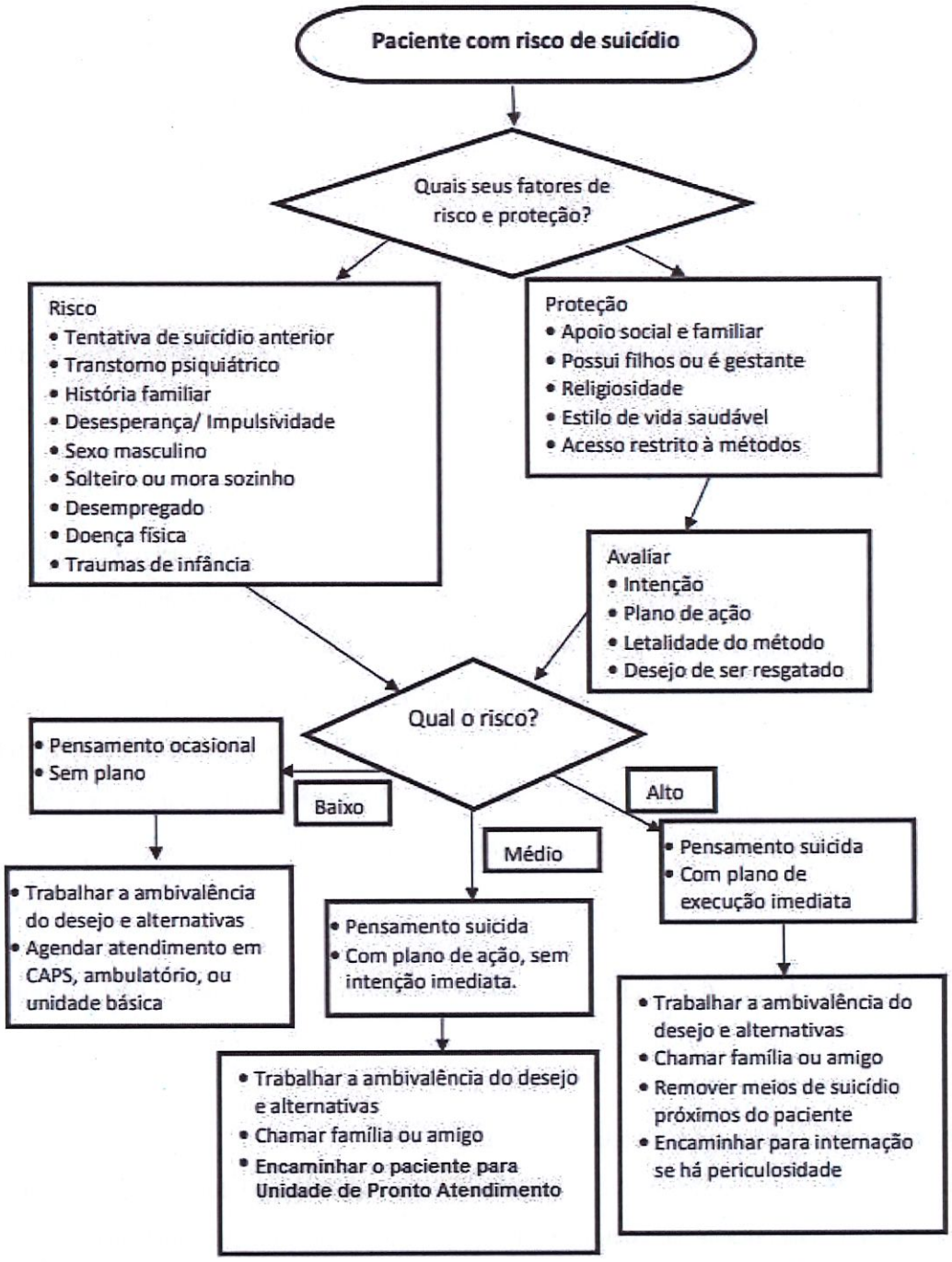
5. TRATAMENTO

Os pacientes de baixo risco (pensamentos suicidas ocasionais, sem planos) orientam-se fornecer suporte emocional e encaminhar para acompanhamento com profissional de saúde mental e assim como a família e amigos devem ser contatados.

Os de médio risco (pensamento e planos suicidas de caráter não imediato) também devem ser estimulados quanto a trabalhar seus sentimentos suicidas e sua possível ambivalência e às alternativas ao suicídio, com encaminhamento o mais breve possível para acompanhamento de sua saúde mental, assim como a família e amigos devem ser contatados.

Os de alto risco (plano definido, meios de execução e de caráter imediato) devem ser acompanhados em tempo integral. Para os mais graves deve se providenciar hospitalização. A família deve ser contatada e informada, caso não saiba da situação. Se houver meios de suicídio em posse do paciente, eles devem ser removidos.

6. ANEXOS



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BOTEGA, N. J. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.

4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

- D'OLIVEIRA, C. F.; BOTEGA, N. J. Prevenção do Suicídio–Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde–Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, p. 74, 2006.
- MARTINS, H. S. et al. Emergências clínicas: abordagem prática. 12ª. ed, Barureri: Manole, 2017.
- NETO, M. R. L.; ELKIS, H. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.
- QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. (Org.). Emergências psiquiátricas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 336p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, 2014.

INTRODUÇÃO

Há dois tipos de Acidente Vascular Cerebral e cada um deles requer um tratamento diferente. O diagnóstico correto é fundamental, pois as medicações adotadas para cada tipo têm efeitos opostos. Uma das principais causas de morte no Brasil é uma desconhecida de grande parte dos brasileiros. Mesmo entre as pessoas que já ouviram falar de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame a doença que responde por 100 mil óbitos por ano no País, estima-se que apenas cerca de 20% têm noção de quais são os seus sintomas. Um número ainda menor sabe que existem dois tipos de AVC: o isquêmico e o hemorrágico, que requerem tratamentos diferentes. [1]

1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o pronto atendimento ao paciente de acidente vascular cerebral.

3. Definição de Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), também conhecido por derrame ou isquemia cerebral, é causado pela falta de sangue em uma área do cérebro por conta da obstrução de uma artéria. Responsável por 85% dos casos de derrame, a doença é a principal causal de morte e incapacidades no Brasil. A cada 6 segundos uma pessoa no mundo morre decorrente de um AVC. Raro em crianças, acomete tanto pessoas jovens quanto idosas. Quando não mata, o AVCI deixa sequelas que podem ser leves e passageiras ou graves e incapacitantes. As mais frequentes são paralisias em partes do corpo e problemas de visão, memória e fala. Os fatores de risco para o

729

AVC podem ser considerados modificáveis (controlados com mudanças no estilo de vida ou medicamentos) ou não modificáveis. [2]

O acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) se caracteriza pelo sangramento em uma parte do cérebro, em consequência do rompimento de um vaso sanguíneo. Pode ocorrer para dentro do cérebro ou tronco cerebral (acidente vascular cerebral hemorrágico intraparenquimatoso) ou para dentro das meninges (hemorragia subaracnoidea). A hemorragia intraparenquimatosa (HIP), é o subtipo mais comum de hemorragia cerebral, acometendo cerca de 15% de todos os casos de AVC.[3]

3.1. Metodologia

Em ambos, os sintomas são semelhantes e aparecem de uma hora para outra. Os mais comuns são: fraqueza em um lado só do corpo, perda de força da musculatura da face, dificuldades em articular as palavras, no equilíbrio e no andar, alterações na visão, dor de cabeça súbita e intensa e perda da coordenação motora. Na dúvida quanto a qualquer dessas manifestações, o melhor é correr para o hospital. O tempo é fator decisivo para salvar a vida do paciente e evitar sequelas mais graves.

Os exames de imagem tomografia computadorizada e ressonância magnética permitirão ao médico identificar a área do cérebro afetada e o tipo de AVC. O isquêmico (cerca de 85% dos casos) ocorre quando há uma interrupção do fluxo sanguíneo em uma artéria do cérebro, causada por um coágulo. Já o hemorrágico se caracteriza pelo sangramento em uma parte do cérebro, em consequência do rompimento de uma artéria.

3.2. Descrição do Protocolo

Atendimento Inicial do Paciente com AVC

Manutenção da permeabilidade das vias aéreas

- ✓ Nível de consciência (escala de coma de Glasgow).
- ✓ Inspeção de orofaringe: prótese dentária, alimentos, corpo estranho, reflexo do vômito e deglutição.
- ✓ Remoção de corpo estranho/ prótese dentária, aspiração de secreções.

Posicionamento do paciente:

✓ Elevação do mento e da cabeceira 30° em caso de rebaixamento do nível de consciência. Caso contrário, manter cabeceira a 0°.

✓ Oferecer O2 por máscara ou cateter nasal se saturação for menor que 92%.

✓ Intubação orotraqueal dos pacientes com rebaixamento do nível de consciência pela incapacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas e/ou lidar com

Respiração: ventilação e oxigenação

✓ Pacientes incapazes de respirar: ventilação ambu/ máscara, ambu/tubo orotraqueal ou ventilação mecânica.

✓ Pacientes com respiração espontânea: verificar frequência, profundidade e eficiência.

✓ Oxímetro de pulso; suporte de O2 para atingir saturação igual ou superior a 95%.

✓ Excluir possíveis erros de medida: doença vascular oclusiva, hipotensão, envenenamento por monóxido de carbono. OBS: Oxímetro não avalia a ventilação.

Circulação:

✓ Verificar pulso e pressão arterial (MMSS direito e esquerdo) DD: AVE x dissecção de aorta.

✓ Tratamento agressivo da hipotensão arterial. Reposição de 500 a 1000 ml de SF 0,9%. Repetir se necessário.

✓ Monitorização cardíaca e eletrocardiograma: ritmo e função cardíaca podem ser afetados pela liberação de catecolaminas durante AVE (alterações inespecíficas).

✓ ECG, arritmias cardíacas, ICC e IAM.

✓ Tratamento das arritmias: risco de repercussões hemodinâmicas.

✓ Escala de Cinccinati

Avaliação de Trauma Craniano/ Raquimedular:

✓ Pesquisar hemotímpano, sinal de Battle, equimose periorbitária, pontos dolorosos no escalpo e coluna cervical, espasmo paraverebral.

Cuidados gerais:

✓ Evitar uso de soluções de glicose a 5%

431

- ✓ Controle da hipertermia com dipirona e/ou paracetamol.
- ✓ Administrar tiamina 100mg (IV) para alcoólatras e desnutridos.
- ✓ Evitar sonda nasogástrica ou sondagem vesical se houver indicação de trombólise.
- ✓ Abordagem Neurológica

História clínica:

- ✓ Tempo de início dos sintomas
- ✓ Traumatismo crânio encefálico no início dos sintomas.
- ✓ Crise convulsiva antecedendo ou acompanhando os sintomas.
- ✓ Uso de anticoagulantes orais
- ✓ Sintomas sugestivos de IAM
- ✓ Dispneia
- ✓ Sintomas sugestivos de Hemorragia intracraniana
- ✓ Rigidez de nuca
- ✓ Intolerância a luz
- ✓ Náuseas e vômitos
- ✓ Diagnóstico diferencial
- ✓ Paciente comatoso, confuso ou afásico: desafio diagnóstico.
- ✓ Crises convulsivas: período pós ictal?
- ✓ Condições metabólicas: hiperglicemia e hipoglicemia. Considerar também
- ✓ Distúrbios do sódio sérico e encefalopatias?
- ✓ Hematoma subdural e tumores
- ✓ Migranea com déficit transitório ou persistente (diagnóstico de exclusão)
- ✓ Infecções: abcessos e meningoencefalite
- ✓ Abuso de drogas
- ✓ Encefalopatia hipertensiva

Diagnóstico topográfico:

A) Hemisfério dominante: habitualmente esquerdo

- ✓ Afasia
- ✓ Desvio do olhar conjugado para esquerda
- ✓ Hemianopsia homônima direita
- ✓ Hemiparesia/ hemiplegia a direita

- ✓ Hemi-hipoestesia/ anestesia a direita

B) Hemisfério não dominante: habitualmente direito

- ✓ Negligência ou "extinção"
- ✓ Desvio do olhar conjugado para direita
- ✓ Hemianopsia homônima esquerda
- ✓ Hemiparesia/ hemiplegia a esquerda
- ✓ Hemi-hipoestesia/ anestesia a esquerda

C) Tronco cerebral: Sintomas bilaterais ou cruzados

- ✓ Hemiparesia ou quadriparesia
- ✓ Hemi-hipoestesia ou perda sensitiva nos 4 membros
- ✓ Anormalidades na movimentação ocular
- ✓ Disfagia
- ✓ Vertigem ou tinitus
- ✓ Soluços ou alterações respiratórias
- ✓ Incoordenação axial ou apendicular

Acidente Vascular Cerebral

Etiologia:

A) Sintomas sugestivos de AVE hemorrágicos:

- ✓ Cefaleia intensa
- ✓ Instalação súbita
- ✓ Sinal focal (hemorragia intra-parenquimatosa)
- ✓ Rebaixamento do nível de consciência
- ✓ Náuseas ou vômitos
- ✓ Diplopia horizontal
- ✓ Papiledema ou hemorragias retinianas

B) Sintomas sugestivos de hemorragia subaracnoide (HSA):

- ✓ Todos os anteriores
- ✓ Dor cervical e/ou rigidez e nuca
- ✓ Ausência de sinais focais

- ✓ Manejo da Pressão Arterial
- ✓ Regulação da perfusão cerebral
- ✓ Pressão de perfusão cerebral = pressão arterial média – pressão intracraniana
- ✓ PPC = PAM – PIC
- ✓ PPC (normal) = 70 a 95 mmHg
- ✓ PPC > ou = 140 (edema cerebral)
- ✓ PPC < 50 (isquemia global cerebral).

Controle da Glicemia:

A) Hipoglicemia: administrar glicose hipertônica a paciente com glicemia menor que 60 mg%.

B) Hiperglicemia: controle rigoroso nas primeiras horas, com medidas da glicemiacapilar horas, tratar com insulina regular(simples) se glicemia for maior que 250 mg%.

Controle de Convulsões:

A) Diazepam (Amp. Com 10 mg): 10 mg EV, infundir 5 mg por minuto, até dose máx. de 30 mg.

B) Fenitoína (Amp. Com 250 mg):Utilizar após controle com benzodiazepinico, diluir em SF 0,9%, na dose de 15 a 20 mg/Kg, infundir 50 mg/min.

C) Infusão contínua de Midazolam fenobarbital EV (só nos hospitais)

D) Pentobarbital (somente com monitorização da PIC nos casos de AVE).

Controle da Hipertensão Intracraniana:

A) Quando houver evidências de edema cerebral o tratamento deve ser iniciado precocemente é mantido por no mínimo 5 dias.

B) Manitol a 20 %: Dose de ataque de 1 g/Kg de peso, seguida por dose de manutenção de 0,25 a 0,5 mg/Kg, in bolus, a cada 4 horas.

Tratamentos Específicos (Uso hospitalar)

A) Antiagregantes Plaquetários:

Se não houver contraindicações ou possibilidade do uso de trombolíticos, introduzir AAS (200/ 325 mg/dia) nas primeiras 48 horas.

.

B) Trombolíticos:

Rt-PA (actilise®): Dose 0,9 mg/Kg, dose máx. 90 mg, dose de ataque de 10 % e o restante em 60 min.

C) Heparinização:

Considerar possibilidade nos casos de AVE cardioembólicos com alto risco de recidiva ou em evolução em que não exista possibilidade de trombólise

Dose inicial de 80 U/Kg, seguida de infusão de 18U/Kg/h. Diluir 7500U de heparina em 150 ml de SF e correr em bomba de infusão contínua. Aferir TTPa de 6/6 horas até 2 medidas estáveis consecutivas; depois medir a cada 24 horas.

TTPa = 1.2 x controle 80U/Kg bolus, aumentar a infusão 4U/Kg/hora

TTPa = 1.2 a 1.5 x controle 40U/Kg em bolus, entào aumentar infusão 2U/Kg/hora

TTPa = 1.5 a 2.3 x controle sem alteração

TTPa = 2.3 a 3.0 x controle diminuir infusão em 2 U/Kg/hora

TTPa > 3 x controle parar infusãopor 1 hora, então reiniciar com diminuição de 3U/Kg/hora

Destino do paciente:

Após medidas de estabilização, solicitação do serviço de regulação e transporte

Notificação na ficha de encaminhamento.

4 Referências Bibliográficas:

ALBERT EINSTEIN. Einstein saúde na veia. Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Publicado em 23/04/2010. Disponível em:< http://www.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/ha-dois-tipos-de-acidente-vascular-cerebral-e-cada-um-deles-requer-um-tratamento-diferente.aspx> Acesso em 24 jun 2015.

BUENO, M. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Publicado em 26/04/2012. Disponível em:< http://www.einstein.br/einstein-saude/doencas/Paginas/tudo-sobre-acidente-vascular-cerebral-isquemico.aspx> Acesso em 24 jun 2015.

BUENO, M. Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico. Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Publicado em 26/04/2012. Disponível em:< http://www.einstein.br/einstein-saude/doencas/Paginas/tudo-sobre-acidente-vascular-cerebral-hemorragico.aspx> Acesso em 24 jun 2015.

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ÀSURGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Diretoria de Urgência e Emergência, Secretária Estadual da Saúde DRS-XV – São Paulo, São José do Rio Preto, 2013.

Anticoagulação

Introdução:

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e incapacidade em indivíduos adultos no Brasil e no mundo. O AVC é considerado o mais comum e mais grave acometimento agudo do encéfalo. De acordo com os dados do Ministério da Saúde o AVC é a 2ª causa da mortalidade e está entre as 10 primeiras doenças que motivam uma internação hospitalar. O AVC é a maior causa de incapacitação para o trabalho entre adultos, a cada ano cerca de 125.000 novos casos são detectados no Brasil.

Daí a grande importância no reconhecimento precoce do AVC, visto que a valorização dos primeiros sinais e sintomas de um ataque cerebral pode interferir de forma substancial no prognóstico dos pacientes, pois o seu tratamento precoce pode reduzir o número de mortes e incapacitações.

Cerca de 80% dos AVC são isquêmicos, ou seja, de origem trombótica ou embólica. Embora os AVC hemorrágicos sejam menos frequentes, apresentam maior mortalidade e sequelas mais graves.

Os AVC isquêmicos são ocasionados pela causa cardioembólica em 1/3 dos casos, podendo estes casos serem passíveis de prevenção com utilização de anticoagulantes orais.

Anticoagulantes orais:

Os cumarinicos são antagonistas da vitamina K (reduzindo os níveis dos fatores de coagulação vit. K dependentes – II, VII, IX, X, proteína C e proteína S), usados para anticoagulação crônica. O

Warfarin é o cumarinicos mais utilizado. As doses do Warfarin são ajustadas de acordo com o tempo de Protrombina, expressado como RNI. O Warfarin causa queda rápida dos níveis de fator VII e Proteínas C e S devido a suas curtas meias-vidas (6-8h). Outros fatores de coagulação levam 24-48h para terem seus níveis reduzidos. Portanto, quando se inicia o uso do Warfarin, seu efeito anticoagulante precede seu efeito antitrombótico em cerca de 24h, e esse efeito é associado a um estado de hipercoagulabilidade transitório devido à redução das proteínas C e S. Por isso normalmente inicia-se o Warfarin quando o paciente já está anticoagulado com Heparina.

A resposta ao uso do Warfarin varia de paciente para paciente, e alterações individuais da resposta à medicação com o tempo são comuns, sendo necessária a monitorização regular para o ajuste das doses. Muitas drogas interagem com o Warfarin, causando alteração na resposta terapêutica. Quando estas drogas são utilizadas concominantemente com o Warfarin a monitorização deve ser intensificada. Todos estes fatores dificultam bastante o controle, estimando-se que a taxa de pacientes que mantêm seu RNI na faixa desejada oscile de 40- 60%.

Antimicrobianos

Sulfametoxazol/Trimetropin

Nafcilina

Eritromicina, Rifampicina

Fluconazol, Griseofulvina

Isoniazida

Metronidazol

Miconazol

Drogas cardiovasculares

Amiodarona, Colestiramina, Atenolol

Propranolol, Metoprolol

Propafenona

Drogas que atuam no SNC

Inibidores da recaptação da Serotonina

Barbitúricos

Clordiazepóxido, Fluoxetina

Carbamazepina

7437

Drogas de efeito gastrointestinal

Omeprazol, Sucralfato, Antiácidos.

Cimetidina, Famotidina

Nizatidina

Ranitidina.

Antiinflamatórios

Fenilbutazona, Naproxeno

Piroxicam

Sulfinpirazona

Miscelânea

Lovastatina

Indicações de anticoagulação:

a) Trombose venosa Profunda:

O quadro clínico é caracterizado principalmente por dor na panturrilha ou coxa, associada a edema. 50% dos pacientes são assintomáticos.

Geralmente há história de ICC, cirurgia recente, trauma, neoplasia (ocorre em 20% das TVP, sendo as mais comuns: Pulmão, pâncreas, próstata, mama e ovário.), uso de anticoncepcionais orais ou inatividade prolongada.

Os sinais clínicos têm baixa sensibilidade (50% das TVP e 60-70% dos TEP não têm sintomas ou sinais na extremidade afetada). Em função disso, o diagnóstico é normalmente feito pelo Duplex Scan.

A anticoagulação é feita inicialmente com Heparina 80u/kg em bolus seguida de infusão contínua de 18u/kg/h (aumentando o PTT para 1,5 – 2 vezes o normal). O Warfarin é iniciado após esta anticoagulação ser atingida, sobrepondo as terapias para evitar a já citada hipercoaguabilidade associada ao uso inicial do Warfarin.

O tempo de tratamento recomendado para o primeiro episódio não complicado de TVP é 3-6 meses de Warfarin mantendo o RNI = 2-3. Após um segundo episódio o Warfarin deve ser mantido indefinidamente.

Condições que justificam o uso indefinido do Warfarin (ou até a remoção da causa):

§ Mutações do fator V Leiden, deficiência de proteína C, síndrome antifosfolípide, deficiência de proteína S, deficiência de antitrombina III e resistência homozigótica à proteína C ativada.

§ História familiar

§ Trombose venosa em paciente jovem

§ Malignidades

§ Infecções crônicas

§ Doença inflamatória intestinal

§ Síndrome nefrótica

§ Hipertensão Pulmonar Tromboembólica

b) Valvopatias: A história natural das valvopatias associa-se a potencial tromboembólico com expressiva influência sobre o prognóstico. O evento tromboembólico torna-se mais frequente à medida que fases mais avançadas da doença são atingidas e pela associação do progredir da idade ou com desenvolvimento de fibrilação atrial, arritmia que é um fator de risco independente. O implante de prótese metálica dá continuidade ao potencial tromboembólico que os portadores de cardiopatia valvar praticamente nunca perdem. A terapêutica antitrombótica é eficaz na prevenção do fenômeno tromboembólico associado a valvopatia/fibrilação atrial/prótese metálica.

O diagnóstico de valvopatia "per si" não é indicação isolada de uso de antitrombótico a longo prazo. A presença de certas variáveis associadas é que recomenda o uso. Elas incluem fibrilação atrial, história de fenômeno tromboembólico, achado de trombo (eco, cirúrgico).

Prótese Valvar

Bioprótese: O implante de bioprótese em qualquer posição não constitui recomendação isolada de uso de anticoagulante.

Observações nacionais sobre taxas de evento tromboembólico no pós-operatório de implante de prótese permitem concluir pela não obrigatoriedade do uso de anticoagulante nos três primeiros meses, desde que não haja outro fator que justifique.

Os fatores que indicam o uso de anticoagulante no primeiro trimestre pós implantem de bioprótes incluem: fibrilação atrial crônica, história de tromboembolismo, achado de trombo intra-atrial (eco, cirúrgico).

Durante os três primeiros meses após a cirurgia, enquanto o anel se torna endotelizado, a taxa de tromboembolia é alta o suficiente para que a terapêutica com anticoagulante seja muito aconselhável. Consequentemente o uso de anticoagulante não é necessário para valvas suínas na posição aórtica (taxa de embolia é de 1 a 2 episódios por 100pacientes-ano sem o uso de anticoagulante).

Quando as próteses estão na posição mitral em pacientes em ritmo sinusal, sem história de insuficiência cardíaca, sem trombo no átrio esquerdo e sem história de embolia pré-operatória, os anticoagulantes não são necessários após os três primeiros meses, pois a taxa de embolia é de 1 a 2 episódios por 100 pacientes/ano (semelhante aos pacientes com prótese mecânica que receberam anticoagulante).

Em pacientes submetidos à substituição de valva mitral, que tiveram episódio prévio de embolia, no qual o trombo é encontrado no átrio esquerdo durante a cirurgia ou nos que permanecem em fibrilação atrial no pós-op., o risco de tromboembolia e a necessidade de uso de anticoagulante persiste.

Prótese Mecânica: Pacientes com prótese mecânica devem ser submetidos à anticoagulação em longo prazo com warfarina sódica, objetivando níveis ideais de INR de 2,5-3,5. Recomenda-se uma uniformidade de uso, independentemente do tipo, posição e número de próteses implantadas.

c) <u>Fibrilação atrial</u> - Aumenta em 6 vezes o risco de AVCI e é uma arritmia prevalente (cerca de 15% da população idosa). Quando associada a fatores de risco (abaixo), aumenta a chance de AVC em 17 vezes.

Fatores de alto risco para tromboembolismo em portador de fibrilação atrial:

§ História de episódio isquêmico cerebral transitório

§ História de tromboembolismo

§ História de hipertensão arterial

§ Disfunção ventricular esquerda (ECO, ICC recente) (ar) – FE < 40%

§ Idade > 75 anos (as)

§ Combinações de diabete, coronariopatia, idade > 65 anos, tirotoxicose.

Valvopatia reumática – AE > 5,5cm e presença de contraste espontâneo

§ Prótese valvular mecânica

Fibrilação Atrial Aguda - O registro de fibrilação atrial aguda não requer anticoagulação nas primeiras 48 horas do início do episódio, ocasião em que a probabilidade de formação de trombo é estimada em 1%.

Esquema de Anticoagulação para cardioversão (CV) da Fibrilação ou Flutter Atriais Agudos:

01) Warfarim 5 mg/dia (INR entre 2,0 e 3,0) por 3 semanas - CV –
Warfarin por mais 4 semanas.

02) Havendo disponibilidade de Ecocardiograma Trans Esofágico
(ETE): Heparina EV por 24 h (PTT entre 1,5 e 2,5) mais Warfarin 5 mg - ETE, que se não demonstra trombo ou fluxo lento atrial – CV - Warfarin por 4 semanas.

03) Na instabilidade hemodinâmica: CV – Heparina EV por 72 h mais
Warfarin 5mg/dia por 4 semanas.

Possíveis achados ao ETE na pesquisa da Fonte do AVC Embólico:

§ Trombo atrial esquerdo ou mitral;

§ Defeitos e aneurisma do septo atrial;

§ Tumores intracardíacos;

§ Fluxo lento intra-atrial ("rêmora atrial");

§ Ateromatose e trombos aórticos.

A cardioversão farmacológica após transcorridas 48 horas do início do episódio recomenda também a anticoagulação, à semelhança da cardioversão elétrica.

A reversão ao ritmo sinusal deve ser sucedida pela manutenção da anticoagulação com warfarina sódica por período de 4 semanas. A justificativa é a taxa estimada em 1,2-1,5% de evento tromboembólico pós-cardioversão elétrica ou farmacológica.

Os objetivos incluem a prevenção da formação de novo trombo pós-cardioversão até a normalização da contração atrial, que pode ser tardia, a necessidade de aguardar que o eventual trombo desenvolva aderência e segurança quanto à possível recorrência precoce da fibrilação atrial.

FA Paroxística - A recomendação é controversa. Admitindo a ocorrência de 3 episódios de fibrilação atrial em período de até 12 meses, a anticoagulação com warfarina sódica deve ser aplicada preferencialmente em pacientes com alto risco; os níveis ideais de INR são de 2,0-3,0.

A associação com fator etiopatogênico reversível como hipertiroidismo e abuso na ingestão de bebida alcoólica não recomenda o uso de anticoagulante.

FA Crônica - Anticoagulação oral com warfarina sódica em longo prazo é recomendada para os pacientes com fibrilação atrial crônica classificada como de alto risco (acima). Os estudos mostram que o uso de warfarina sódica em doses ajustadas pelos níveis de INR supera em benefícios esquemas de dose baixa (até 03 mg) e fixa da droga – que pouco alteram os níveis de INR.

Os níveis ideais de INR são de 2,5 (2,0-3,0), exceto em presença de prótese valvular mecânica que requer INR de 2,5-3,5. Eles são obtidos com doses iniciais de 5mg/dia e ajustes conforme reavaliações do INR. Os limites foram estabelecidos de acordo com dados que indicam baixa eficácia com INR < 2,0 e elevação de risco hemorrágico com INR >4,0-5,0. Há opiniões na literatura que consideram mais adequado o equilíbrio entre prevenção de tromboembolismo/hemorragia mantendo INR nos limites mais inferiores da faixa de recomendação para idosos.

A recomendação justifica-se na conclusão de estudos randomizados: portadores de fibrilação atrial em uso de anticoagulante são altamente beneficiados com redução das taxas de evento tromboembólico (influência de cerca de 70% sobre o risco), bem como mortalidade (cerca de 33% menos riscos), de modo estatisticamente significante em relação aos que não usam.

Ademais, concluiu-se que a ocorrência de eventos tromboembólicos apesar do uso de anticoagulante não se associou a maior gravidade clínica.

O uso de Ácido Acetilsalicílico deve ser recomendado em situações de recusa/contraindicação/impossibilidade de controle adequado ao uso de anticoagulante, baseando-se nos seguintes dados:

§ Reduz a incidência de AVCI em 25%.

§ Indicado para todos os que tiveram IAM, Angina Instável, AVCI, AI T ou doenças cardioembólica baixo risco.

§ Possivelmente benéfico nas doenças obstrutivas vasculares e na aterosclerose aórtica.

Doses Preconizadas:

1 – AAS 75 a 130mg/dia redução do risco @ 25%

2 – Ticlopidina 250mg 2X/dia redução do risco @ 25 a 40%

3 – Clopidogrel 75 mg / dia redução do risco @ 30%

4 – Dipiridamol 200mg 2x/dia, associado ao AAS (ainda necessitando de maiores estudos clínicos) redução de risco 35 a 40%.

Em casos com idade < 65 anos (com FA) em ausência de doença cardiovascular, o AAS pode ser considerado alternativa ao anticoagulante; o risco do fenômeno tromboembólico nesta situação parece ser menor que os riscos da anticoagulação oral.

d) <u>Cardiopatia Isquêmica</u>:

Os anticoagulantes são usados na cardiopatia isquêmica por variadas razões, destacando-se a prevenção secundária da doença arterial coronariana, o tratamento do infarto agudo do miocárdio, e a prevenção do embolismo sistêmico, sendo que com vistas a esta última, o anticoagulante tem sido utilizado tanto na forma aguda como na forma crônica da doença.

Em cada uma dessas situações a prevenção da AVC surge como um dos desfechos alcançáveis.

Embora demonstrasse nos pacientes, numa janela otimizada de INR de 3-4, o menor índice possível efeitos combinados de sangramento – AVC isquêmico, o receio do sangramento sempre ofereceu certo óbice ao emprego mais generalizado do anticoagulante.

Em paralelo a estas observações estudos de prevenção secundária da doença arterial coronariana anti-agregantes, especialmente o ácido acetil salicílico (AAS), revelavam resultados favoráveis. A comparação direta dos cumarinicos em baixas doses combinadas a AAS também em baixas doses, com AAS em doses convencionais, não mostrou benefícios adicionais.

Este conhecimento constitui a base do princípio de que, no paciente não selecionado, portador de doença arterial coronariana, levando-se em conta custo e facilidade do emprego, o AAS se constitui no anti-agregantes de escolha, quando em uso oferece as vantagens da prevenção do AVC, que não são suplantadas pela adição dos anticoagulantes.

Em pacientes com indicação para o uso de anticoagulante oral para prevenção do AVC, a associação de AAS não reúne evidências definitivas para o seu uso rotineiro. Quando eventualmente utilizada, requer cuidadoso acompanhamento quanto à sua potencialização de sangramentos.

9743

No IAM:

Os trombos murais decorrem do processo inflamatório na região endocárdica acometida pelo infarto, sendo sua ocorrência facilitada pela hipocontratilidade da parede envolvida e pelo estado de hipercoagulabilidade existente no IAM.

O exame de eleição para o seu diagnóstico é o Ecocardiograma bidimensional, que apresenta sensibilidade de 85% e especificidade de 90%.

A maioria dos trombos (83%) se instala na primeira semana. O embolismo sistêmico ocorre em menos de 4% dos portadores de IAM anterior, sendo a sua ocorrência ainda mais rara quando outras são acometidas. Este embolismo ocorre na 1ª semana, quase nunca depois do 3º mês, exceto se houver disfunção generalizada do ventrículo esquerdo.

Os aneurismas de ponta do VE não se associam a risco de tromboembólico após o 3º mês. A anticoagulação é indicada por 3 – 6 meses.

Na cardiopatia isquêmica crônica (IAM prévio) recomenda-se a anticoagulação oral para prevenção do AVC quando houver: fibrilação atrial crônica; fração de ejeção < 20% e história prévia de AVC embólico.

e) <u>Situações de Gravidez</u>:

As diretrizes refletem a informação nova de importância no tratamento de complicações tromboembólicas durante a gravidez:

- Heparina não fracionada à mini dose: 5000ui SC de 12/12h
- Dose moderada: doses ajustadas, 12/12h SC, um nível-alvo de 0,1 a 0,3UI/ml.
- Dose ajustada: Dose ajustada, 12/12h SC, até para atingir um intervalo médio dentro da variação terapêutica.
- Anticoagulante pós-parto: warfarina administrada 4 a 6 semanas (objetivo RNI 2,0 a 3,0), inicialmente associada com HNF até que RNI atinja > 2,0.
- Acompanhamento: supervisão clínica e investigação agressiva de sintomas sugestivos de TVP e TEP.

e.1) Paciente com risco aumentado de TVP:

Características do paciente:

- TVP prévia associada com um fator de risco.
- Acompanhamento transitório;

- Ausência de fatores de risco anticoagulantes pós-parto
- Obesidade mórbida ou repouso restrito ao leito
- Episódio de TVP idiopática; ausência atual Opções: acompanhamento, de terapêutica anticoagulante de longo HNF em mini dose ou dose prazo moderada e anticoagulante pós-parto.
- Ausência de TVP prévia; trombofilia. Opções: acompanhamento, (confirmada laboratorialmente), ausência HNF em mini dose ou dose atual de terapêutica anticoagulante de moderada, e anticoagulante longo prazo oral pós-parto. A indicação para profilaxia ativa é mais forte nas mulheres com deficiência antitrombina.
- 2ou mais episódios TVP, e/ou anticoagulação Opções: dose ajustada HNF em longo prazo (ex: episódio único de TVP, além de uso anticoagulante idiopático ou associado com trombofilia pós-parto em longo prazo).

e.2) Tratamento do tromboembolismo venoso na gravidez:

Características do paciente:

Risco médio de TVP: recorrente HNF IV em bolus + infusão contínua (manter na variação terapêutica > 5dias), em seguida HNF em dose ajustada até o parto. Suspender HNF 24h antes da Indução trabalho de parto.

Risco muito elevado de TVP: recorrente HNF IV, a fim de manter (ex: TVP proximal no período < 2sem) dentro variação terapêutica e suspender a terapia 4 a 6h antes período previsto do parto; anticoagulante durante >6semanas pós-parto ou >3meses após TVP.

e.3) Profilaxia em pacientes grávidas com valvas cardíacas mecânicas:

- HNF agressiva em dose ajustada, de 12/12h SC durante a gravidez, com intervalo de ptta mantido em 2 vezes os níveis controles;
- HNF conforme acima até 13ªsemana, transferir para warfarin até a metade do terceiro trimestre, em seguida reiniciar a terapêutica com HNF até o parto.

Contraindicações ao uso de anticoagulantes orais (verificar o risco/benefício):

§ Sangramento ativo (risco > benefício);
§ dificuldade de controlar o INR por problemas socioeconômicos;

745

§ história de sangramento importante;

§ neoplasias;

§ HAS descontrolada (> 180/100);

§ Gravidez (contraindicação absoluta);

§ Úlcera péptica ativa;

§ Trombocitopenia < 50000 ou disfunção plaquetários;

§ AVC hemorrágico recente;

§ Demência ou severo déficit cognitivo (sem responsável capaz de realizar o acompanhamento);

§ Alcoolismo;

§ Quedas frequentes (> 3/ano);

§ Cirurgia ou procedimento invasivo planejado (normalmente a suspenção por 4 a 5 dias normaliza o RNI, a não ser em idosos ou quando há interações de drogas que potencializem o Warfarin);

§ Uso crônico de AINEs.

Dados Clínico-Laboratoriais relevantes para fundamentar decisões sobre anticoagulação:

§ História de evento embólico (+);

§ História de doenças potencialmente hemorrágicas (-);

§ História de hemorragias (-);

§ Intercorrências de eventual uso prévio (-);

§ Presença de fibrilação atrial (+);

§ Probabilidade de tromboembolismo (acurácia do diagnóstico) (+);

§ Tipo de prótese valvular mecânica (+), bioprótese (-);

§ Dados ecocardiográficos sobre presença de trombo (+);

§ Trombofilia (+);

§ Drogas em uso (considerar as interações).

<u>Orientações para o uso dos anticoagulantes orais:</u>

Uma vez definida a indicação de anticoagulação oral sugerem-se algumas orientações:

1. Deve-se dosar o RNI basal do paciente.

2. O nível de INR dever ser mantido entre 2 e 3 para a maioria das situações clínicas, com exceção da síndrome anticorpo antifosfolípide, quando recomendasse entre 3 e 4.

3. O início da anticoagulação oral pode ser realizado com a administração de warfarina 5 mg dia, até do INR desejado. Salienta-se, que para estabilização do INR deve ser aguardado no mínimo 3 meias vidas do medicamento. Portanto, o RNI deve ser dosado novamente após 3 doses. Finalmente, para facilitar a monitorização matinal do INR, recomenda-se administração da warfarina às 18h.

4. A dose inicial de 10mg de Warfarin não é necessária, podendo levar à anticoagulação precoce e excessiva, além de não ser mais eficaz que a dose de 5mg para alcançar a anticoagulação no 4º ao 5º dia.

5. Se a anticoagulação for excessiva após 3 doses, deve-se considerar condições que causem elevação rápida do RNI. Os novos exames devem ser a princípio semanais, até a estabilização do RNI, que normalmente ocorre após cerca de 2 semanas (mais precoce nos obesos e idosos).

6. Com 02 exames semanais dentro da faixa desejada, considera-se alcançada a estabilização do alvo. Após isso, a periodicidade dependerá da estabilidade do RNI (que varia de paciente para paciente).

7. Alterações na dose devem sempre ser precedidas da análise clínica de fatores associados que possam estar alterando o RNI. O aumento de 10% na dose aumentará o RNI em cerca de 0,7 a 0,8. Novo estado de estabilização do RNI só ocorre após cerca de 3 semanas com a nova dose, recomendando-se a monitorização semanal neste período.

A dose deve ser menor nos seguintes casos:

§ Idade > 75 anos;

§ Múltiplas comorbidades;

§ Desnutridos;

§ RNI basal alterado;

§ Disfunção hepática ou tireoidiana.

Princípios de controle do uso de anticoagulante:

§ Determinação das doses iniciais e manutenção;

§ Determinação do nível ideal laboratorial;

§ Periodicidade de reavaliações;

§ Interações medicamentosas;

§ Interações alimentares;

Indicações para suspensão temporária do anticoagulante oral:

§ Intervenções cirúrgicas ou procedimentos invasivos;

§ Níveis excessivos;

§ Hemorragia;

§ Gestação;

Na ocorrência de evento tromboembólico na vigência de anticoagulação oral:

§ Ajustar o nível de anticoagulação;

§ Associar AAS;

§ Investigar Trombofilia;

Tratamento da Hipocoagulação Excessiva:

Na ausência de sangramento:

1. INR entre 4,0 e 6,0:

§ suspender o anticoagulante;

§ repetir o INR a cada 24 h;

§ retornar em doses menores

2. INR entre 6,0 e 10,0:

§ vitamina K: 0,5 a 1,0 mg sc;

§ repetir a dose se INR > 6,0 após 24 h.

3. INR entre 10,0 e 20,0 (UPA ou hospitalar);

§ vitamina K à 3 a 5 mg EV;

§ INR a cada 6h;

§ repetir a dose se INR > 10,0 após 12 h.

4. a) INR > 20,0 na ausência de sangramento

b) presença de sangramento com INR < 20,0

c) necessidade de cirurgia imediata.

Tratamento hospitalar:

§ suspender o anticoagulante;

§ vitamina K 10 mg EV;

§ plasma fresco à 10 a 20 ml/kg;

§ INR a cada 6 h;

§ Repetir a dose se necessário, após 12 h.

5) Sangramento grave, ameaçando a vida do paciente (tratamento hospitalar):

Administrar concentrado de fator IX 50ui/kg de peso (mais eficaz que o plasma fresco).

Recomendações úteis para o paciente:

§ Verificar hematomas e sangramentos;

§ Fazer exame de atividade de Protrombina periódico;

§ Preocupar-se com interação medicamentosa e alimentar;

§ Modificações no estilo de vida para evitar traumatismos;

§ Evitar alimentos ricos em vitamina K: Espinafre, grão de bico, repolho, couve de Bruxelas, brócolis e alface.

Reação Alérgica

1. INTRODUÇÃO

O uso de contrastes é recomendado por radiologistas para tornar exames por imagem mais sensíveis. Em tomografias e raios-X, o produto pode evidenciar problemas em regiões vascularizadas. O mesmo ocorre em ressonâncias, recomendado principalmente para diagnóstico no crânio, tórax, coluna, abdômen e articulações.

Os meios de contrastes iodados são substâncias radio densas capazes de melhorar a especificidade das imagens obtidas em exames radiológicos, pois permitem a diferenciação de estruturas e patologias vascularizadas das demais.

Entre as condições que influenciam a qualidade do exame, destacam-se:

- Via de administração: determina, em parte, a quantidade de substância que chegará ao órgão estudado;
- Dose de contraste;

749

- Velocidade de injeção;
- Calibre do cateter: em função da viscosidade da solução utilizada;
- Temperatura da substância;

Os contrastes são líquidos e incolores, que momentos antes da realização do exame, podem ser aplicados na veia ou administrado por via oral.

Reações adversas ao meio de contraste iodado são eventos que ocorrem no cotidiano de trabalho, apresentando-se desde formas leves até quadros ameaçadores à vida do paciente.

Os contrastes iodados são substâncias injetadas na veia para a realização de alguns exames, com o objetivo de melhorar a visualização e auxiliar na investigação de inúmeras doenças. Estes produtos são muito úteis para a detecção precoce de doenças e tem ampla utilização, infelizmente podem provocar em algumas pessoas reações indesejáveis e algumas vezes graves. Estas reações são imprevisíveis e dependem das características de cada pessoa.

As reações adversas podem ser tóxicas, ocorrendo em resposta à ação direta do contraste, dependentes da dose e podendo manifestar com calor e dor no local da injeção ou com sintomas gerais.

Grande parte dos pacientes que utilizam o contraste iodado evolui bem, sem problemas, e as reações quando surgem, tendem a ser leves e passíveis do controle pelo médico. Os pacientes considerados de risco a reação alérgica ao contraste iodado, apresentam uma ou mais das características citadas abaixo:

- Doença renal pré-existente (Cr>1,5mg/dl);
- Diabetes mellitus;
- Desidratação;
- Histórico pregresso de alergia alimentar por iodo;
- Doenças cardiovasculares;
- Idade avançada (>70 anos);
- Mieloma múltiplo;
- Hipertensão;
- Hiperuricemia;
- Uso de drogas nefrotóxicas;
- Pessoa com história de alergia significativa;

DESCRIÇÃO SISTEMA/REAÇÃO

ÓRGÃO/CONDIÇÕES	REAÇÃO
Pulmão	Broncoespasmos
Função Renal	Nefropatia induzida
Coração	Sobrecarga volêmica
Doenças Tireoidianas	Exacerbação de hipertireoidismo, especial atenção para bócio nodular atóxico e prematuro e neonatos.
Mieloma múltiplo	Ligação proteica com maior risco Nefropatia
Doenças autoimunes	Ativação do complemento com exacerbação dos sintomas
Anemia Falciforme	Crise de falcização
Feocromocitoma	Crise hipertensiva
Miastenia Gravis	Exacerbação e indução de crise miastênica
Gravidez	Passagem transplacentária muito pequena, mas não há evidência comprovada da segurança do uso.
Lactação	Absorção pelo lactente de 0,2% da dose Provavelmente sem efeito adverso

1.1. REAÇÃO ANAFILÁTICA

Considerada síndrome clínica que representa reações alérgicas graves. O mecanismo da anafilaxia envolve uma reação antígeno-anticorpo (IgE), e a reação anafilactóide é causada por ativação de mastócitos e consequentemente liberação de mediadores inflamatórios. Clinicamente são indistinguíveis.

751

1.2. SINAIS E SINTOMAS

SINAL/SINTOMA	PREDOMÍNIO
Cutâneos	90,00%
Urticária e Angioedema	85-90%
Flushing	45-55
Prurido sem rush	2-5%
Respiratório	40-60%
Dispnéia, Sibilos	45-50%
Angioedema de via aérea superior	50-60%
Rinite	15-20%
Hipotensão, Síncope, Alteração da Consciência	30-35%
Náusea; Vomito; Diarreia; Cólica Abdominal	25-30%
Cefaleia	5-8%
Dor retroesternal	4-6%
Convulsão	1-2%
1:10000 a 1:20000	

1.3. CLASSIFICAÇÃO DA REAÇÃO ALÉRGICA

TIPO	DESCRIÇÃO	TRATAMENTO
Leve	Reação limitada e sem progressão: náusea, vômito, tosse calor, cefaleia, tontura, tremores, alteração do gosto, coceira, palidez, rubor, calafrios, suor, nariz entupido, edema facial, periorbital e ansiedade.	SF 0,9% (100 ml) + Dexametasona 01 ampola + Hidrocortisona (500mg) EV

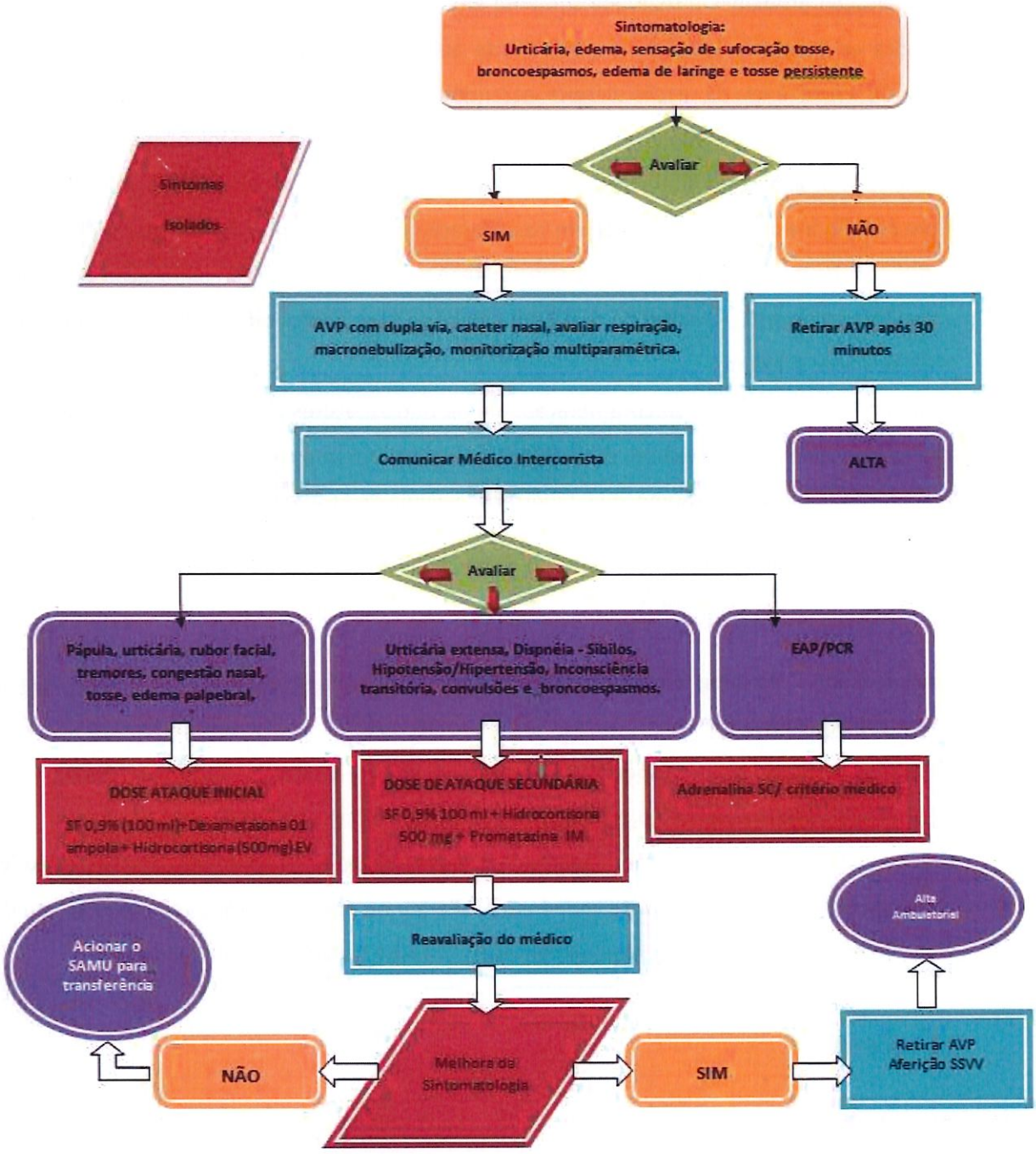
Moderada	Maior intensidade dos sintomas *Sinais sistêmicos* Taquicardia/bradicardia, hipertensão, eritema difuso ou generalizado, dispneia, broncoespasmo, sibilos, edema laríngeo, hipotensão moderada.	SF 0,9% (100ml) + Hidrocortisona 500mg Prometazina IM - 01 ampola
Grave	*Risco de vida:* Edema laríngeo (acentuado ou rapidamente progressivo), sem estímulo verbal e doloroso, EAP, PCR, e hipotensão moderada.	Adrenalina SC/ critério médico 1:1000

2. ATUANDO NA REAÇÃO ALÉRGICA

O primeiro passo é realizar a avaliação da gravidade, realizando a inspeção geral do paciente, realizar o posicionamento adequado do paciente, deitando-o em uma maca de fácil acesso a toda equipe; estabelecer e manter a via aérea (Via aérea segura), com oxigênio (6-8 litros por minuto); mantenha os sinais vitais mantidos constantemente.

753

2.1 FLUXOGRAMA



3. PROFILAXIA

A medicação profilática é realizada somente em pacientes com histórico pregresso de reação alérgica ao contraste iodado ou sensibilidade ao componente do contraste, com intuito de prevenir a ocorrência da reação alérgica, garantindo assim a segurança do paciente.

Nestes casos, é comunicado ao enfermeiro responsável do setor e ao médico intercorrista, onde é realizada profilaxia medicamentosa (Soro fisiológico de 100ml com dexametasona 10mg EV). Com relação a este, devemos levar em consideração que o paciente já passa por preparo para realização do exame em sua residência, onde é orientado a utilizar medicação Agasten e Prednisona 20 mg 01 comprimido de 12 em 12 horas via oral, iniciando 03 dias antes do exame, e 03 dias após o exame.

Contudo, devemos levar em consideração, ainda, outros fatores que podem levar a avaliação clínica, cancelamento do exame, ou realização do mesmo sem o contraste iodado, sendo estes, hiperglicemia (acima de 180mg/dl) e hipertensão acima de 160/110mmhg.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Equipe médica do Blog da Alegria <http://blogdalergia.blogspot.com/2007/03/alergia-aos-contrastes-iodados.html>

Rodolfo Stancki, **Especial para a Gazeta do Povo** < http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=1126215>

Gracitelli, Mauro E. C; Beltrame, Registila; Grumach, Anete S.:**Reações alérgicas ou pseudo-alérgicas aos meios de contraste iodados? / Allergic or pseudo-allergic reactions to iodide contrast medium?** < Rev. bras. alergia imunopatol;24(4):136-145, jul.-ago. 2001. tab.>

Hiperglicemia

INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus no adulto está presente em, aproximadamente, 10% das internações hospitalares. O aumento da glicemia pode surgir em pacientes com diabetes conhecido ou ainda não diagnosticado e, em pacientes previamente normoglicêmicos, em decorrência do estresse da doença aguda (hiperglicemia de estresse) ou do uso de terapêuticas com potencial hiperglicemiante (glicocorticoides, octreotide, imunossupressores, nutrição enteral e

parenteral). Portanto, a monitorização da glicemia na enfermaria deve ser iniciada em todo paciente diabético e naqueles não diabéticos com alto risco de desenvolverem hiperglicemia[1].

1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o atendimento ao paciente com hiperglicemia.

3. Definição de Hiperglicemia

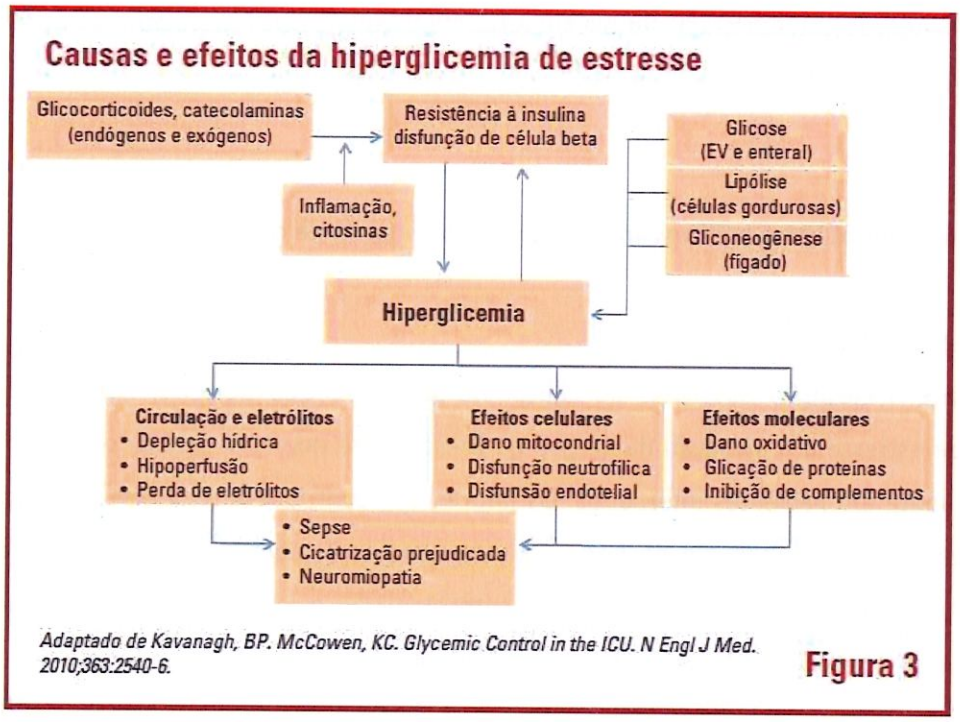
A hiperglicemia é a elevação das taxas de açúcar no sangue e que deve ser controlada. Hiperglicemia de estresse é a elevação da glicose na presença de doenças agudas, sendo um fenômeno frequente em pacientes internados. Os fatores que contribuem para hiperglicemia nestes pacientes incluem a liberação de hormônios de estresse (epinefrina, glucagon, GH e cortisol), o uso de medicações, como corticoides e catecolaminas, e a liberação de citoquinas inflamatórias, como nos casos de sepse ou trauma cirúrgico.

3.1 Metodologia

MECANISMOS DE FORMAÇÃO DO ESTRESSE HIPERGLICÊMICO EM PACIENTES CRÍTICOS

- ✓ Alterações hemodinâmicas
- ✓ Distúrbio eletrolítico e desidratação
- ✓ Estresse oxidativo
- ✓ Fatores inflamatórios
- ✓ Hipercoagulabilidade
- ✓ Piora de isquemia miocárdica e cerebral
- ✓ Alteração de imunidade
- ✓ Cicatrização
- ✓ Inflamação
- ✓ Função endotelial

Todas as condições acima citadas inibem a liberação e a ação da insulina, e, portanto, aumentam a neoglicogênese e a glicogenólise, além de dificultar a captação periférica de glicose.



Infusão endovenosa de insulina e pacientes críticos

A administração de insulina por bomba de infusão EV contínua é o sistema mais eficiente, seguro e fácil para controlar a glicemia. Utiliza-se preferencialmente a insulina regular humana em soluções de 100 unidades diluídas em 100 mL de solução salina 0,9% (1 U/mL), com homogeneização do meio. A meia vida curta da insulina EV, ao redor de 4-5 min, permite rápido controle de eventuais hipoglicemias, tão logo se suspenda a infusão pela bomba. Recomenda-se também a utilização de acessos venosos distintos para a infusão de soluções para hidratação, reposição eletrolítica e administração de medicamentos, para que estes não sejam afetados numa eventual interrupção da infusão de insulina.

A enfermeira deve desprezar 10% da solução através do equipo plástico, pois parte da insulina corrente adsorve ao equipo e pode atrasar a ação da insulina. Convêm efetuar a troca da bolsa de solução pelo menos a cada 6 horas, em razão da precipitação e perda de efetividade da insulina. Recomenda-se também trocar o cateter de infusão. Na presença de glicemias acima de 300 mg/dL devemos quantificar a cetonemia para afastar a possibilidade de cetoacidose diabética, principalmente no portador de diabetes mellitus (DM) tipo 1 ou pancreatectomizado. Alguns autores utilizam aplicação inicial de bolus de insulina EV antes de iniciar a infusão contínua, para reduzir o efeito da glicotoxicidade nas hiperglicemias acima de 300 mg/dL, utilizando uma fórmula padrão (glicemia ≥300 ÷100 = dose de insulina). O ritmo de infusão inicial pode ser calculado por Ritmo (mL/h) = Glicemia atual – Glicemia Mínima x Fator de Correção (FC). A glicemia mínima depende de cada caso, podendo ser estabelecida em 100 mg/dL. O FC

7527

depende da resistência insulínica estimada do paciente, sendo comum iniciar com FC = 0,02, elevando-se este fator em 0,03-0,05 para casos mais resistentes ou reduzindo-se para 0,01 nos pacientes mais sensíveis à insulina.

- ✓ **Exemplo**: paciente com glicemia de 240 mg/dL.
- ✓ Ritmo de infusão inicial = (240-100) x 0,02 = 2,8 mL/h.

O ritmo de infusão deve ser ajustado para manter a glicemia no alvo desejado, lembrando que quedas glicêmicas exageradas devem ser evitadas, reduzindo-se o ritmo de infusão, enquanto quedas insatisfatórias exigem aceleração do ritmo. Desta forma, o comportamento dinâmico da glicemia, analisado pelas três últimas medidas, é importante para o ajuste do ritmo de infusão de insulina.

Considerações sobre monitorização

A monitorização da glicemia pode ser feita com amostras colhidas de diferentes locais, tais como cateteres venosos, arteriais, ou "ponta de dedo". É preciso estar atento para não haver contaminação por soluções endovenosas ricas em glicose, ou prejuízo pela presença de edema, hipoperfusão ou anemia. A frequência de monitorização deve obedecer aos níveis absolutos como as oscilações glicêmicas. De uma maneira geral, durante infusão de insulina EV, devemos medir a glicemia a cada hora, podendo este intervalo ser aumentado a cada 2 ou 3 horas, nos indivíduos com controle glicêmico dentro do alvo, nas últimas 6 ou 12 horas, respectivamente. A variabilidade glicêmica, ou seja, a amplitude das alterações das glicemias é importante fator de aumento de mortalidade, independentemente do valor da glicemia, pela indução de estresse oxidativo celular. Neste contexto, o desenvolvimento e uso hospitalar do CGMS com leitura em tempo real nos parece promissor.

Considerações sobre nutrição

Os pacientes críticos se encontram em estado catabólico e, por diversas razões, com seu apetite suprimido. Devemos, portanto, garantir um aporte de pelo menos 5-10 g/hora de glicose. Considerando os objetivos propostos para os níveis da glicemia, nós recomendamos que o suporte nutricional no paciente crítico em jejum seja preferencialmente por via enteral, introduzido gradualmente, evitando-se a infusão de grandes quantidades de glicose intravenosa. As infusões controladas de glicose podem ser utilizadas provisoriamente nas eventuais pausas da dieta enteral. Com relação à nutrição parenteral, as infusões de emulsões lipídicas estão associadas a aumento do risco de mortalidade e infecções em pacientes críticos. Da mesma

forma, o excesso de triglicérides e ácidos graxos circulantes são preditores prognósticos tão poderosos quanto a hiperglicemia.

Manuseio do diabetes e da hiperglicemia em pacientes internados não críticos

Alguns estudos também demonstraram que a hiperglicemia em pacientes não críticos aumenta a morbimortalidade. Apesar de frequente, a hiperglicemia em pacientes hospitalizados não críticos é pouco valorizada. Em estudo retrospectivo de instituições norte-americanas, observou-se que pelo menos 1/3 dos pacientes mantinham glicemias médias acima de 200 mg/dL, sem que a equipe promovesse qualquer mudança no tratamento. Desta forma, este Posicionamento Oficial da SBD visa à sugestão de metas a serem atingidas e a proposição de esquemas terapêuticos eficientes para alcançá-las.

Controle farmacológico da glicemia: insulina é a droga de escolha

Embora os agentes orais sejam amplamente utilizados em pacientes ambulatoriais, existem muitas desvantagens em mantê-los durante a internação. Os agentes orais só devem ser mantidos no paciente com DM tipo 2 bem controlado, em internações eletivas, de curta duração, desde que não concorram medicamentos ou alterações nutricionais que possam deteriorar o controle glicêmico. Ao contrário destes, a insulina age rapidamente, responde bem às titulações da dose, e pode ser utilizada em praticamente todos os pacientes, e em qualquer condição clínica para controlar a glicemia. Enquanto, a via de administração endovenosa é a preferida nos pacientes críticos, opta-se pela via subcutânea nos pacientes não críticos.

Alvos glicêmicos em pacientes não críticos durante internação

Até o momento, as recomendações das metas de glicemia a serem atingidas se baseiam inteiramente em opiniões de "experts", tendo em vista não haver estudos clínicos comparando diferentes objetivos glicêmicos com seus respectivos resultados. Conforme a força tarefa da AACE/ADA em 2009 propõe-se glicemia de jejum ou pré-prandial inferior a 140 mg/dL, não sendo recomendados valores inferiores a 100 mg/dL ou acima de 180 mg/dL, em qualquer momento. Deve-se atentar para o controle intra-hospitalar do paciente idoso. O controle da hiperglicemia e sintomas associados, durante a internação, minimiza o

aparecimento das síndromes geriátricas, acelerando a recuperação do paciente, bem como sua alta. Porém, hipoglicemia, mais do que a hiperglicemia no idoso deve ser evitada pelo risco de

755

desencadear quadros de delírio, comuns neste paciente durante a internação hospitalar. O mesmo deve ser observado para pacientes com doenças terminais onde o desconforto de repetidas hipoglicemias e os poucos benefícios de um controle intensivo não justificam uma abordagem tão restrita.

Reposição fisiológica de insulina (basal-bolus mais dose de correção)

O programa de insulinização do paciente internado necessita ser suficientemente flexível, para permitir a manutenção do controle glicêmico, mesmo na presença de condições operacionais mais adversas. Um regime de insulina subcutânea, no paciente não crítico, deve mimetizar a secreção fisiológica de insulina. No entanto, quando hospitalizados os pacientes sofrem uma mudança radical de sua rotina, pelo estresse da doença que motivou a internação, pela alteração do esquema nutricional e pelo uso de medicações que podem impactar na glicemia. Ou seja, além dos componentes fisiológicos, incluindo insulina basal e prandial, devemos realizar ajustes com a insulina de correção de acordo com a evolução clínica do paciente.

A dose total de insulina (DTI) é a soma da necessidade basal e prandial, e representa a quantidade de insulina requerida em um dia. Aproximadamente 50% da DTI são de insulina basal e 50% de insulina prandial. A dose de insulina de correção é dada quando o regime basal + prandial prescrito não atinge as metas desejadas. Em certas circunstâncias a proporção de insulina basal pode ser menor, como nos casos de insuficiência renal, pelo aumento da meia vida da insulina, ou em indivíduos com insuficiência hepática, pela menor reserva de glicogênio, que aumentam o risco de hipoglicemia no período noturno.

A insulina basal a ser utilizada pode ser a insulina glargina uma vez ao dia, devido à sua duração de ação (24 hs) e à ausência de pico, ou então, a insulina detemir, com um pico pouco pronunciado, porém, com mais curta duração e necessitando duas aplicações diárias e, finalmente, a insulina NPH duas a três vezes ao dia, igualmente eficaz, porém, com maior incidência de hipoglicemias em função do pico de ação. Indivíduos com DM tipo 1 ou pancreatectomizados jamais devem ficar sem reposição basal, mesmo em jejum oral, pelo risco de descompensação cetótica.

A insulina prandial é representada pelos análogos de ação rápida (lispro, asparte ou glulisina), aplicadas imediatamente antes da nutrição (refeição ou dieta enteral). A insulina regular apresenta o inconveniente de início de ação. Sempre que as doses de correção estejam sendo usadas com frequência é sinal de insuficiência das doses do basal-prandial, que devem ser corrigidas. Uma proporção de 50% da insulina de correção usada no dia anterior deve ser

distribuída entre basal e prandial, para o dia seguinte. A hiperglicemia hospitalar requer do médico uma atitude proativa, exigindo acertos diários de dose que, em geral, são baseados no comportamento glicêmico do dia anterior.

O uso de tabelas progressivas de insulina de acordo com a glicemia ("sliding scale") isoladamente, sem levar em conta o perfil fisiológico basal-prandial, se baseia num conceito equivocado, de tratar hiperglicemia com estratégia reativa. Neste tipo de tratamento, a insulina só é aplicada quando o controle metabólico já foi perdido e, frequentemente, a dose é excessiva, provocando episódios indesejáveis de hipoglicemia e grande variabilidade glicêmica. Portanto, o uso isolado de "sliding scale", apesar de amplamente utilizado, é contraindicado nestes pacientes.

1. Para pacientes sendo transferidos da unidade de terapia intensiva para enfermaria, e que vinham em uso de insulina endovenosa, utilize a quantidade média de insulina recebida por hora (de preferência nas últimas 6 horas), na bomba de infusão, e multiplique por 20, obtendo assim a DTD. É imprescindível desligar a bomba somente após 2 horas da aplicação da insulina basal, período este necessário para a obtenção de nível circulante mínimo para
se evitar descompensação cetótica, principalmente naqueles sem reserva pancreática. Cabe ressaltar que indivíduos não diabéticos podem não necessitar do esquema basal/prandial se a Hba1c de entrada for inferior a 6% ou o ritmo de infusão EV nas últimas horas for inferior a 1 UI/h.

2. Defina o aporte nutricional do paciente e siga as recomendações da Comissão de Controle de Glicemia da Sociedade de Medicina Hospitalar dos EUA quanto ao uso de insulina em diferentes situações de nutrição.

Recomendação de esquemas de insulinoterapia conforme a terapia nutricional

Terapia nutricional	Es uema insulínico
Jejum	50% DTD de basal Prandial zero
Refeições normais	50% DTD de basal 50% Prandial dividida em 3 refeições
Nutrição enteral descontínua	40% DTD de basal 60% Prandial dividida antes de cada refeição
Nutrição enteral contínua	40% DTD de basal 60% Insulina regular de 6/6 horas
Nutrição parenteral	Insulina regular contínua por via endovenosa

Adaptado de Schnipper, JL Magee, M. Larsen, K. et al. Society of Hospital Medicine Glycemic Control Task Force summary: practical recommendations for assessing the impact of glycemic control efforts. J Hosp Med. 2008;3(5Suppl):66-75.

Tabela 3

761

3. Em pacientes com esquema de redução de corticoterapia, para evitar hipoglicemia, reduzimos a oferta de insulina, em termos percentuais, em metade da redução do corticoide. Exemplo de prescrição de regime basal-bolus com insulina suplementar: ajustar este esquema de acordo com a sensibilidade à insulina de cada paciente.

✓ Dieta.

✓ Glicemia capilar 4x por dia (pré-refeições e às 23 horas).

✓ Glargina 0,2 UI/Kg/dia s/c 1x/dia. (Se for disponível insulina NPH ou Determinar fazer 0,1 U/kg a cada 12 horas).

✓ Lispro/asparte/glulisina 0,06 U/Kg s/c antes do café, almoço e jantar (não aplicar se glicemia capilar <70 mg/dL).

✓ Lispro/asparte/glulisina. Acrescentar ao item 4, de acordo com o seguinte esquema de doses adicionais:

70 a 100	-1ui
100 a 140	Nada
141 a 180	+2ui
181 a 220	+4ui
221 a 260	+6ui
261 a 300	+8ui
>300	+10 ui e solicitar ação médica.

4 Referências

1- LEAL, C.L; PISI, P.C.B; FIGUEIREDO, A.B; ALMEIDA, S.C.L; MORIGUTI, J.C. Manejo da hiperglicemina no paciente hospitalizado não crítico. Medicina Ribeirão Preto, v.43, n.2, p.134-142, 2010. Disponível em:< http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp5_Manejo%20da%20hiperglicemia%20no%20paciente%20hospitalizado.pdf> Acesso em: 24 jun 2015.

2- OYAFU S. - Protocolo de tratamento da Hiperglicemia – HIAE – Hospital Israelista Albert Einstein. Novembro de 2010 – São Paulo. Disponível em:< http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/diabetes/protocolo_tratamento.pdf> Acesso em: 24 jun 2015.

3- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Controle da hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não críticos. Posicionamento Oficial SBD n.º2/2011 – Maio de 2011, Disponível em:<http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-02-2011.pdf> Acesso em: 24 jun 2015.

Hipertensão

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. E considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, continua e independente[1]. Existem inúmeras definições para os termos crise hipertensivas, emergências hipertensivas e urgências hipertensivas. De uma maneira geral, o conceito de crise hipertensiva engloba um espectro de situações clínica quem tem em comum uma pressão arterial (PA) elevada e potencial de lesão em órgãos-alvo. O termo pressão arterial acentuadamente elevado deve ser utilizado em vez de crise hipertensiva, uma vez que a maioria dos pacientes que chegam ao pronto-socorro (PS) com PA acentuadamente elevada não apresenta, de fato, um risco de eventos cardiovasculares em curto prazo muito maior do que hipertensos não controlados acompanhados ambulatoriamente.[2]

1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o pronto atendimento ao paciente com hipertensão arterial sistêmica.

3. Definição de Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais

763

3.1 Metodologia

As principais dificuldades do manejo da PA acentuadamente elevada no PS englobam uma série de perguntas para o médico emergencista.

- ✓ A paciente está estável?
- ✓ Que investigação adicional deve-se realizar?
- ✓ O paciente necessita de intervenção imediata?
- ✓ Qual a intervenção mais adequada?
- ✓ O paciente necessita de internação em enfermaria, UTI, ou pode ir de alta para acompanhamento ambulatorial?
- ✓ Se sair de alta, em quanto tempo deve ser visto no ambulatório?

3.2 Descrição do protocolo

Avaliação inicial

A avaliação inicial deve incluir uma história e um exame físico sucintos e alguns exames complementares. Em pacientes com quadro nitidamente emergencial, deve-se dar prioridade a uma pronta intervenção terapêutica em detrimento de uma história clínica detalhada e estudos diagnósticos demorados. Tais itens da abordagem nas emergências hipertensivas podem ser realizados a partir do momento em que o paciente estiver estável.

Manejo geral

Os pacientes com uma emergência médica (dispneia, intensa, edema agudo de pulmão, dor precordial, palidez, sudorese, alteração do nível de consciência e ou sinais focais) devem ser encaminhados à sala de emergência e a tratamento iniciado concomitantemente a avaliação clínica complementar mais minuciosa. De uma maneira geral, considera-se que a PA deve ser reduzida em questão de minutos a uma hora nas emergências hipertensivas. A redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial. Em termos práticos, não se deve reduzir de imediato a PA diastólica para menos de 100 mmHg a 110 mmHg. Para tanto, devem ser utilizadas, de preferência drogas anti-hipertensivas de uso parenteral e com monitorização constante da PA. Já pacientes que se apresentam com quadros menos

dramáticos com queixas como cefaleia, tontura, ansiedade, dores torácicas inespecíficas, dispneia (sem a observação objetiva de dispneia) e PA acentuadamente elevada, devem ser

examinados clinicamente para excluir lesão aguda de órgãos-alvo, bem como avaliados quanto ao risco de desenvolvimento de lesão de órgãos-alvo em curto prazo, medicados com sintomáticos e observados no PS (preferencialmente num local silencioso e com pouca luminosidade) com avaliação posterior. Pacientes com tontura devem ser minuciosamente avaliados para se descartar doença cerebrovascular vertebrobasilar, medicados com sintomáticos e reavaliados periodicamente.

Emergência Hipertensiva

É definida como situação na qual ocorre elevação importante da PAS, associada ou não a lesão de órgão alvo irreversível.

Urgência Hipertensiva

São situações em que a PAS está elevada, com PAD > 120 mmHg, porém são mínimas ou mesmo não se observam lesão de órgão alvo.

Emergências Hipertensivas:

- ✓ Encefalopatia hipertensiva;
- ✓ Dissecção de aorta;
- ✓ Edema agudo de pulmão;
- ✓ Infarto agudo do miocárdio;
- ✓ Hipertensão intracraniana;
- ✓ Eclampsia;
- ✓ Feocromocitoma.

Conduta Inicial nos Pacientes com Emergências Hipertensivas

- ✓ Monitorização cardíaca, PAMNI e oximetria
- ✓ Acesso venoso
- ✓ Iniciar o tratamento farmacológico

Conduta Inicial nos Pacientes

✓ Objetivo – rápida e gradual redução da PAS. Nas emergências hipertensivas esta redução deverá ser obtida imediatamente, no máximo com 1 hora da chegada a Unidade de Saúde.

✓ Redução de 25% da PAM.

765

✓ Redução da PAD para 100 a 110mmHg nas 2 a 6 horas iniciais do tratamento, até níveis de PAS normais em alguns dias.

✓ Redução imediata em 15 a 20 min da admissão na suspeita de dissecção de aorta e/ou EAP. Utilizar B bloqueador + nitroprussiato para dissecção de aorta.

✓ Alcançar e manter a PAS 180X100mmHg em 6 a 12 horas da admissão no AVCI ou H.

Atenção para a conduta adequada na verificação da PA conforme manual de normas e rotinas institucionais.

Tabela 2. Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos (D):

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11-15	6	12
Infantil	16-22	9	18
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto grande	35-45	16	32

Tabela 3. Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes (modificada do The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents)

Classificação	Percentil* para PAS e PAD	Frequência de medida da pressão arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis de 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 a 2 semanas; se hipertensão confirmada, encaminhar para avaliação diagnóstica Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	

** Para idade, sexo e percentil de estatura.*
PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica.

FLUXOGRAMA

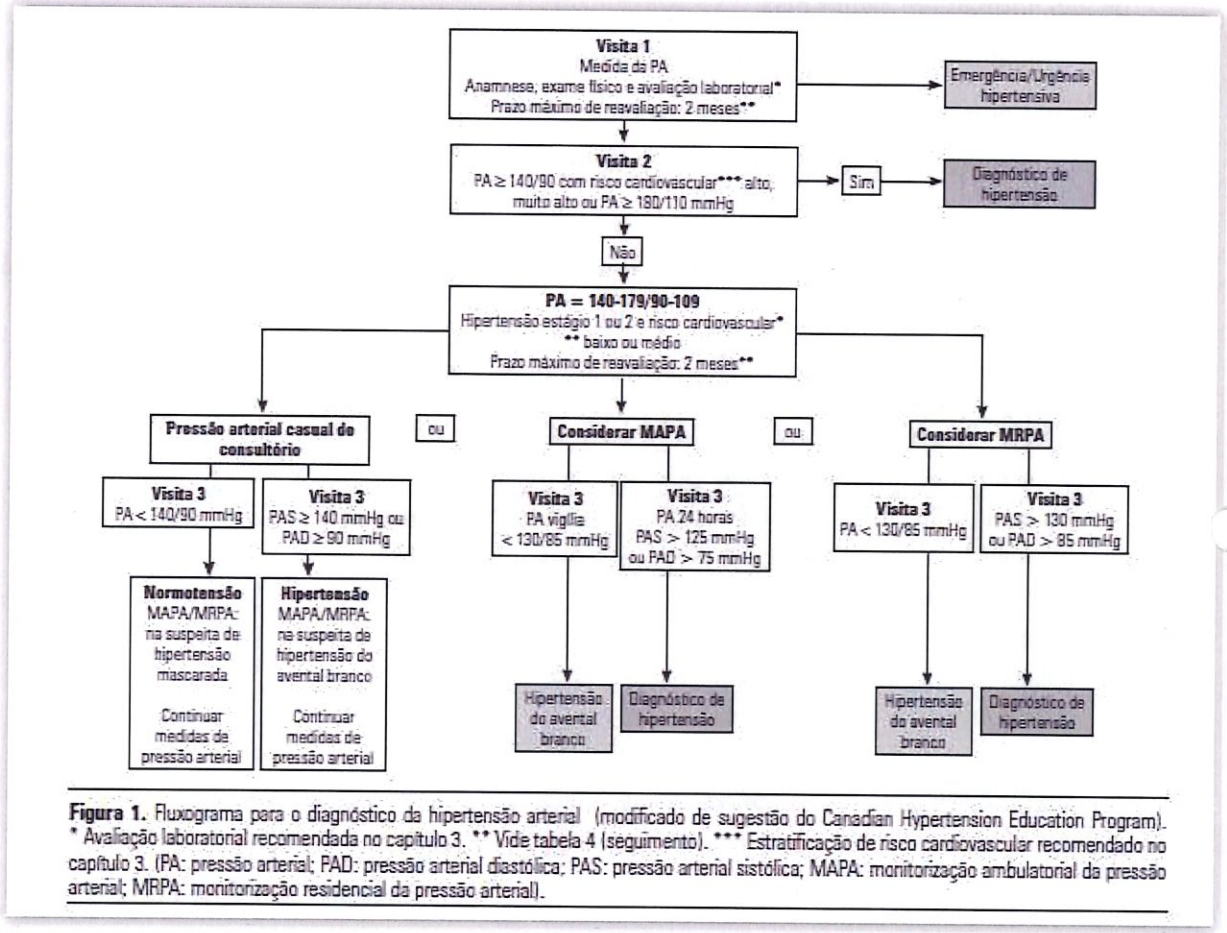


Figura 1. Fluxograma para o diagnóstico da hipertensão arterial (modificado de sugestão do Canadian Hypertension Education Program). * Avaliação laboratorial recomendada no capítulo 3. ** Vide tabela 4 (seguimento). *** Estratificação de risco cardiovascular recomendado no capítulo 3. (PA: pressão arterial; PAD: pressão arterial diastólica; PAS: pressão arterial sistólica; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial).

Fonte: VI DIRETRIZESIRETRIZES BRASILEIRASRASILEIRAS DEDE HIPERTENSÃOIPERTENSÃO. – DBH

4 Referências

1- VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. – DBH VI. Revista Brasileira de Hipertensão. v.17, n.1, p.7-10, 2010.

2- PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Diretoria de Urgência e Emergência, Secretária Estadual da Saúde DRS-XV – São Paulo, São José do Rio Preto, 2013.

Hipoglicemia

INTRODUÇÃO

A hipoglicemia é a emergência médica endocrinológica mais frequente, de fácil tratamento e da qual a maioria dos pacientes se restabelece completamente, sem sequelas, desde que devidamente diagnosticada e tratada prontamente. Em ambiente hospitalar, apesar do risco de

hipoglicemia, há evidências de que a glicemia deve ser bem controlada em pacientes com hiperglicemia de estresse. [1]

1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo protocolar o tratamento da hipoglicemia na instituição é manter uma atitude ágil e uniforme frente a um evento clínico frequentemente encontrado tanto em pacientes diabéticos quanto em pacientes em jejum prolongado ou em outras situações clínicas de risco.

3. Definição de Hipoglicemia

A primeira definição de hipoglicemia surgiu com Wipple, em 1938, a qual descrevia sintomas com queda concomitante da glicemia medida e reversão do quadro com a reposição de glicose. A maioria dos autores define hipoglicemia como valores abaixo do limite inferior do normal para o método bioquímico utilizado. [1]

3.1 Metodologia

A hipoglicemia é comum em pacientes com alguns fatores de risco:

- ✓ Desencontro entre a aplicação de insulina e o consumo de carboidratos;
- ✓ Jejum prolongado;
- ✓ Insuficiência renal;
- ✓ Hepatopatias;
- ✓ Deficiência na secreção de glicocorticoides ou catecolaminas;
- ✓ Anormalidades do metabolismo da glicose;
- ✓ Ingestão de álcool;
- ✓ Intoxicação por salicilatos;
- ✓ Cirurgias com anestesia geral, nas quais o paciente encontra-se em estado hipermetabólico e inconsciente;
- ✓ Diminuição ou suspensão súbita do uso de corticosteroides;
- ✓ Vômitos ou causas cirúrgicas que inviabilizem a ingestão por via oral;
- ✓ Redução da infusão de glicose no soro de manutenção ou dieta parenteral;
- ✓ Interrupção da dieta enteral;
- ✓ Doenças críticas como sepse e traumas severos.

Para a abordagem hospitalar, o mais importante e determinante na definição do tipo de terapia (endovenosa ou por via oral) não é o valor absoluto de glicemia e, sim, a capacidade do paciente de ingerir a solução de glicose dependendo do seu nível de consciência e de estar, ou não, com prescrição médica de jejum. A hipoglicemia está relacionada a sinais e sintomas devidos à liberação adrenérgica provocada pela queda da glicemia, o que ocorre precocemente, logo que a glicemia atinge valores menores que 70 mg/dl e/ou a falta de aporte de glicose ao cérebro (sintomas neuroglicopênicos), que ocorre, geralmente, com valores de glicemia menores que 50 mg/dl (tabela1).

3.2 Sinais e sintomas da hipoglicemia

Tabela 1 - Sinais e sintomas da hipoglicemia

ADRENÉRGICOS	NEUROGLICOPÊNICOS
Fome	Dificuldade de concentração
Sudorese	Confusão mental
Taquicardia	Incoordenação
Ansiedade	Tontura
Palidez	Sonolência
Irritabilidade	Pesadelos
Cefaleia	Convulsões
Tremor	Sinais focais: zumbido, vertigem, hemiparesia ou plegia, crises parciais, alterações visuais.
Alterações de comportamento e ou personalidade	Coma

Fonte: Hospital Sírio Libanês

769

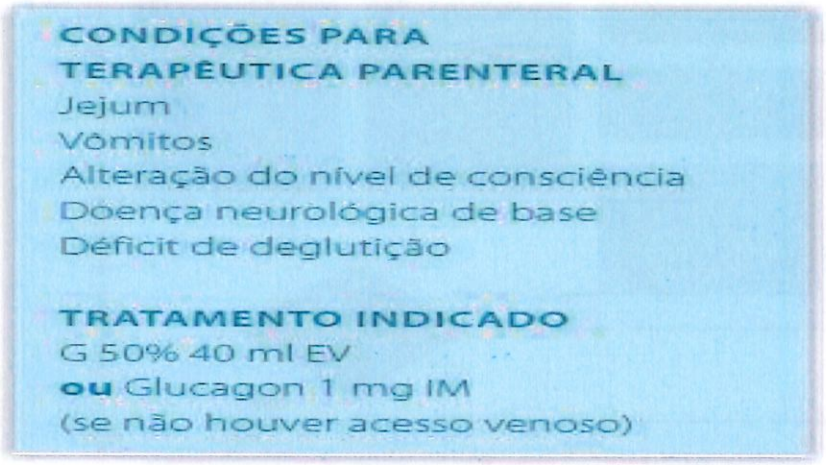
3.3. Descrição do Protocolo

A monitorização glicêmica capilar deve ser feita no mínimo quatro vezes ao dia: antes das refeições principais e no horário de dormir. Pacientes com dieta por via oral não devem ter a glicemia capilar medida em esquema pré-estabelecido de horário (por exemplo, de 6/6h ou 4/4h), já que a correlação com a alimentação é errática e predispõe a variabilidade glicêmica e hipoglicemia. A glicemia capilar deve ser medida antes das refeições, independentemente de horários e às 22 horas.

TRATAMENTO:

- Pacientes com alteração do nível de consciência

Conforme fluxograma, caso o paciente apresente alteração do nível de consciência e glicemia < 70 mg/dl, deverá receber terapêutica endovenosa com glicose 50%. Também deverá receber glicose endovenosa se houver interrupção do trânsito intestinal por algum motivo ou em pós-operatório com jejum.

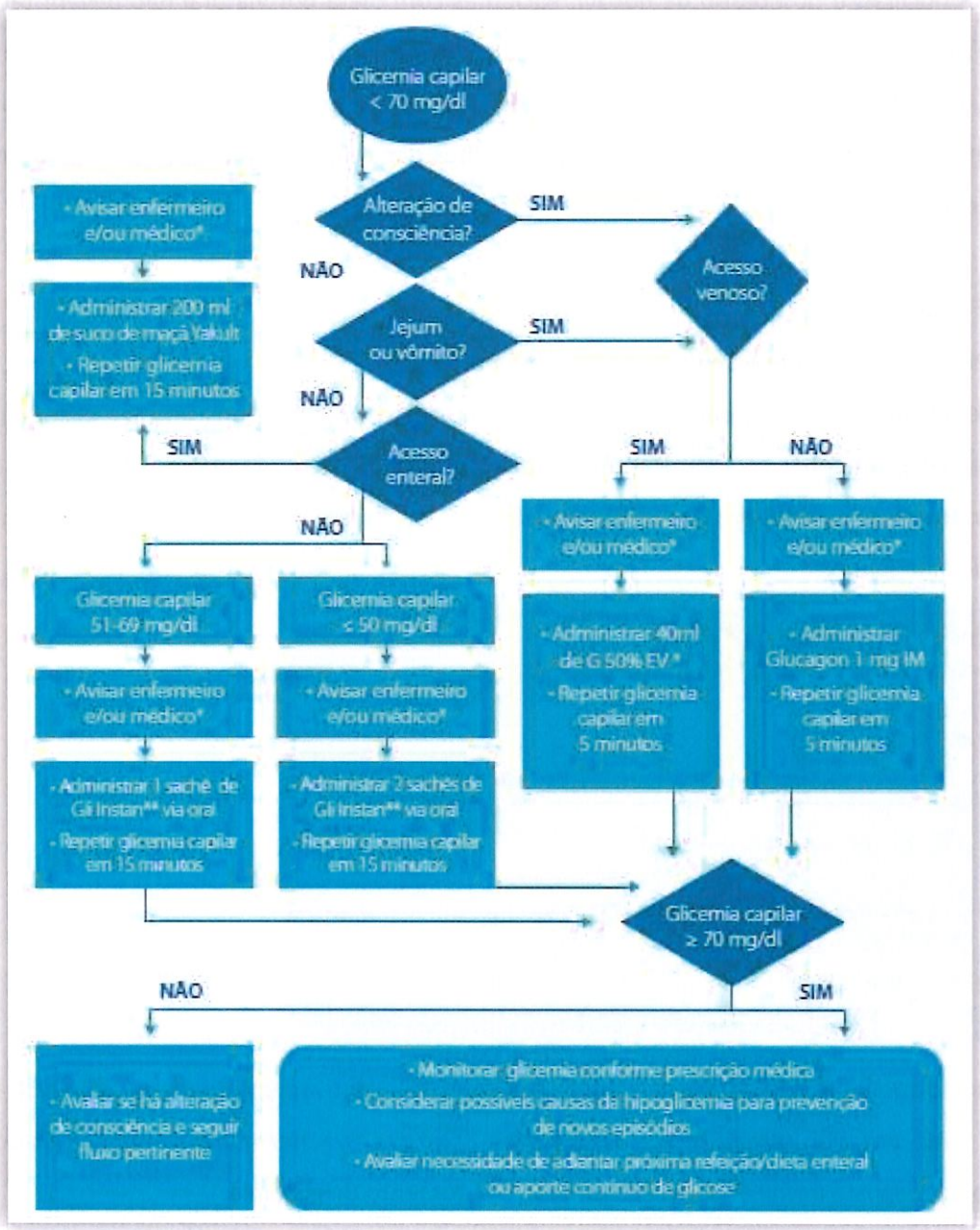


Caso haja indisponibilidade de acesso venoso imediato, alternativamente pode-se administrar glucagon 1mg por via intramuscular. O glucagon, por ser um hormônio contrarregulador envolvido na resposta inicial à hipoglicemia, acarreta aumento da glicemia.

- Pacientes sem alteração do nível de consciência

Se não houver sintomas neuroglicopênicos que contraindiquem a via oral, o tratamento deve ser feito com 15 g de glicose por via oral, preferencialmente na forma líquida por ser de mais rápida absorção, tanto em formas industriais como caseiras.

FLUXOGRAMA



4. Referências Bibliográficas:

1- HOSPITAL SÍRIO LIBANES. Protocolo de controle glicêmico intra-hospitalar.

2- LEAL, C.L; PISI, P.C.B; FIGUEIREDO, A.B; ALMEIDA, S.C.L; MORIGUTI, J.C. Manejo da hiperglicemina no paciente hospitalizado não crítico. Medicina Ribeirão Preto, v.43, n.2, p.134-

142, 2010. Disponível em:< http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n2/Simp5_Manejo%20da%20hiperglicemia%20no%20paciente%20hospitalizado.pdf> Acesso em: 24 jun 2015.

4- PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Diretoria de Urgência e Emergência, Secretária Estadual da Saúde DRS-XV – São Paulo, São José do Rio Preto, 2013.

Parada Cardiorrespiratória

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC)[1]. Como se pode constatar a partir dessas estatísticas, a probabilidade de encontrar um paciente que requeira suporte básico de vida (BLS, *basic life support*) ou suporte avançado de vida cardiológico (ACLS, *advanced cardiac life support*) é alta. Assim como o BLS é uma maneira sistemática de fornecer socorro para uma vítima de sufocamento ou para alguém que necessite de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), o ACLS se constitui numa estratégia ordenada de prover cuidado avançado emergencial para um paciente que possa estar apresentando um problema cardíaco[2].

1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR), para um atendimento rápido e organizado, com o intuito de aumentar a chance de sucesso das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

3. Definição de PCR

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. Iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado aumenta a chance de sobrevida e evita sequelas pós-PCR.

3.1. Metodologia

São sinais clínicos de PCR:

- inconsciência;
- ausência de movimentos respiratórios;
- ausência de pulso.

3.2. Atendimento a parada cardiorespiratória

ATENDIMENTO CARDÍACO DE EMERGÊNCIA

1. AVALIE A RESPONSIVIDADE * Se não responsivo: CHAME O CARRINHO DE PARADA

2. PEÇA UM DESFIBRILADOR

3. AVALIE A CIRCULAÇÃO (palpar pulso carotídeo)
* Se pulso ausente: INICIAR REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

4. Parada cardíaca assistida
* **SE SIM:** INSTALE O MONITOR/DESFIBRILADOR tão logo ele chegue. Verificar o ritmo e seguir o protocolo apropriado conforme o ritmo.
* **SE NÃO:** Realizar 5 ciclos (ou 2 minutos) de REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR e somente após esses 5 ciclos verificar o ritmo e seguir o protocolo apropriado conforme o ritmo.

SEQUÊNCIA DE ATENDIMENTO RECOMENDADA CABD

C- Circulação (circulation) procure sentir pulso carotídeo por pelo menos 5 segundos, e não mais que 10 segundos. Na ausência de pulso iniciar compressão torácica.

A - Significa - **A**irways em inglês, mas para nós será: Abertura de vias aéreas. Primeiramente **ver** se elevação e retorno do tórax **ouvir** se há escape de ar na expiração, **sentir** o fluxo de ar no seu rosto. Faca manobras de inclinação da cabeça elevação do queixo ou elevação da mandíbula sem extensão da cabeça caso suspeita de trauma.

B -Boa respiração (breathing) - se a respiração estiver ausente ou inadequado aplique 2 ventilações. Use um dispositivo de barreira se possível. Cada ventilação deve levar 1 segundo e provocar elevação visível do tórax.

D- Desfibrilação. Se não houver pulso conecte o desfibrilador do carrinho de parada e siga as mensagens do aparelho e aplique choque se for indicado.

Tudo isso será importante se o socorrista fizer todos os procedimentos e diagnosticar rapidamente o tipo de parada. Pois o algoritmo do ABCD é apenas uma maneira de gravar e standartizar o processo. Entretanto algumas paradas o C vira antes do A e do B, já que o processo do ABCD é usado em várias etapas do atendimento. Neste caso será usado nesta ordem ao fazer o primeiro contato com o paciente e diagnosticar o que está acontecendo de forma geral.

ENFASE PERMANENTE EM RCP DE ALTA QUALIDADE

- ✓ Frequência de compressão mínima de 100/minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto).
- ✓ Profundidade de compressão mínima de 2 polegadas (5 cm), em adultos
- ✓ Retorno total do tórax após cada compressão
- ✓ Minimização das interrupções nas compressões torácicas
- ✓ Evitar excesso de ventilação
- ✓ Relação compressão-ventilação de 30:2
- ✓ Alterne a pessoa que faz compressões a cada 2 minutos
- ✓ As terapias são concebidas por períodos (5 ciclos ou 2 minutos) de RCP ininterrupta
- ✓ A RCP deve ser iniciada imediatamente após o choque
- ✓ O ritmo é verificado após completado 5 ciclos de 30 compressões e 2 ventilações.

Quando uma via aérea permeável for estabelecida, as compressões torácicas externas devem ser feitas ininterruptamente a uma frequência de 100 compressões por minuto e as ventilações a uma frequência de 8 a 10 ventilações por minuto. Observar que não se deve interromper as compressões torácicas para efetuar-se a ventilação.

Dois ou mais socorristas devem fazer rodízio a cada 2 minutos entre o massageador e quem ventila no momento de checagem do ritmo (cada 2 minutos). Esse rodízio tem como propósito a manutenção da qualidade da massagem torácica externa.

TERAPIA ELÉTRICA

A ênfase na desfibrilação precoce integrada com RCP de alta qualidade é a chave para melhorar a sobrevivência à PCR súbita. Profissionais de saúde tratando PCR em hospitais ou outras

instituições com DEAs/DAE ou desfibriladores no local devem aplicar a RCP imediatamente e usar o DEA/DAE/desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível.

OS RITMOS CARDÍACOS QUE PODEM SER OBSERVADOS NUMA PARADA CARDÍACA SÃO OS SEGUINTES:

1. Taquicardia ventricular sem pulso (TV), na qual o eletrocardiograma (ECG) mostra complexos QRS alargados e regulares em uma frequência maior que 120 batimentos por minuto.
2. Fibrilação ventricular (FV), na qual se observam ao ECG deflexões caóticas e irregulares que variam em tamanho e forma, mas não há contração ventricular coordenada.
3. Assistolia, na qual não há presença de atividade cardíaca.
4. Atividade elétrica sem pulso (AESP), na qual a atividade elétrica é visível ao ECG, mas o pulso está ausente. TV e FV são **ritmos chocáveis.** Isto quer dizer que, aplicando um choque elétrico ao coração por meio de um desfibrilador, há a possibilidade de interrupção deste ritmo. Assistolia e AESP são **ritmos não chocáveis.**

Simplificando

Ritmos de Parada Cardíaca

Ritmos chocáveis
- Fibrilação ventricular
- Taquicardia ventricular

Ritmos não chocáveis
- Assistolia
- Atividade elétrica sem pulso

CARRO DE PARADA

Medicações	*Material*
Adrenalina 10 Amp	Ambu adulto 01
Aminofilina 02 Amp	Ambu infantil 01
Atlansil 05 Amp	Bureta com câmara graduada 01
Atropina 10 Amp	Cânulas endotraqueais c/ cuff nº 7.0 a 8.0
Bicarbonato de Sódio 01	01
Frasco Bicarbonato de Sódio 8.4% 10 Amp	Cateter de intracath adulto 01
Bricanyil 03 Amp	Cateter de intracath infantil 01
Cedilanide 04 Amp	Cateter nº 02 a 03 01

Cloreto de Sódio 05 Amp	Desfibrilador 01
Decadron 02 Frascos	Equipo 01
Dilacoron 04 Amp	Gel condutor 01
Dobutrex 02 Amp	Jelco nº 20 a 14 01
Dopamina 10 Amp	Mandril guia 01
Efedrina 05 Amp	Sonda de aspiração nº 12 a 16 01
Fernegan 03 Amp	Torneirinha 01
Flebocortid / Solucortef 500 mg 04 Frascos	
Glicose 50% 03 Amp	
Gluconato de Cálcio 03 Amp	
Heparina 01 Frasco	
KCL 01 Amp	
Lasix 02 Amp	
Narcan 01 Amp	
Nor Adrenalina 05 Amp	
Nipride 02 Amp	
Quelicin 02 Amp	
Seloquen 02 Amp	
Xilocaina 2% S/C 02 Amp	

VIAS DE ACESSO

✓ Acesso venoso periférico de grosso calibre é preferencial

✓ As medicações EV devem ser administradas rapidamente, em bolus. Após cada medicação IV, injetar um bolus de 20 a 30 mL de SSI EV e elevar, imediatamente, a extremidade – isto irá facilitar a chegada de drogas na circulação central (a qual pode levar 1 a 2 minutos). endovenoso, intraósseo e endotraqueal

✓ Várias medicações podem ser administradas via cânula endotraqueal, mas a dose deve ser de 2 a 2,5 vezes a dose endovenosa (EV). Diluir em 10 ml SSI e realizar hiperventilação.

✓ A administração de medicamentos EV ou IO (intraósseo) é preferível à via cânula endotraqueal.

✓ Intraósseo: zona vascular da medula óssea, agulha específica. Puncionar na tíbia 1 a 3cm abaixo da tuberosidade, em direção ao pé, ângulo de 60 graus. Todas as medicações podem ser utilizadas nas dosagens preconizadas para via intravenosa.

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Após a inserção da cânula orofaríngea deve-se insuflar o "cuff" com pressão adequada e verificar-se o posicionamento correto. Utiliza-se o método clínico: ausculta dos 4 campos pulmonares (bases direita e esquerda, ápices direito e esquerdo) e o foco gástrico para descartar-se intubação esofágica. Uma vez que o som está audível e simétrico em todos os quatro campos pulmonares e ausentes do foco gástrico, considera-se que, a princípio, a intubação está adequada e pode ser fixada a cânula pela equipe de enfermagem.

✓ Caso haja ausculta somente em campos pulmonares direitos sugere entubação seletiva em brônquio fonte direito. Desinsufla-se o "cuff" e procede-se a tração de poucos centímetros na cânula.

✓ Na ausência de som à ausculta pulmonar e presença de som de "borbulhar" no foco gástrico estamos frente a uma intubação esofágica. Desinsuflar o "cuff", retirar imediatamente a cânula e prosseguir a RCP para oxigenação adequada da vítima e nova tentativa após 2 minutos de RCP.

O ACLS preconiza o uso de dispositivos de verificação, além da verificação clínica: detector de CO_2 exalado ou detector esofagiano. Porém, tais dispositivos não são de fácil acesso na nossa rotina de atendimento. Lembrar sempre que uma entubação a princípio bem-sucedida deve ser monitorizada continuamente, pois há o risco de deslocamento da cânula e outras intercorrências passíveis de intervenção. O uso de pressão cricoide durante as ventilações, em geral, não é recomendado Equipamentos adjuntos de via aérea

✓ Via aérea orofaríngea (cânula de Guedel) – em pacientes inconscientes quando os procedimentos de abertura da via aérea não conseguem manter via aérea clara e desobstruída

✓ Dispositivos de aspiração devem estar disponíveis

✓ Cânula nasofaríngea / Máscara laríngea: opções a entubação orotraqueal, requerem experiência.

4. Referências Bibliográficas:

1- BRASIL. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País. Por: Radílson Carlos Gomes/Ministério da Saúde. Portal Brasil Publicado: 06/09/2011 18h32, última modificação: 28/07/2014 12h56. Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/ doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais> Acesso em: 24 jun 2015.

2- AEHLERT, B. ACLS, Suporte avançado de vida em cardiologia. Tradução Bianca Tarrise da Fontoura. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

3- HOSPITAL SÍRIO LIBANES. Protocolo de atendimento a parada cardiorespiratória.

4- MATTE, J.C; BITTENCOURT, M. G. Protocolo de Atendimento de Parada Cardíaca – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Clínica Médica – Disciplina de Cardiologia– junho 2007.

Trombose Venosa Profunda

INTRODUÇÃO

A trombose é a formação de coágulos (trombos) que bloqueiam a circulação do sangue ou deslocam-se pela corrente sanguínea. Resultado do desequilíbrio no mecanismo de coagulação sanguínea pode levar a complicações como a trombose venosa e a trombose arterial (relacionada ao infarto do miocárdio e ao derrame cerebral, ou AVC). Entre esses processos, destacam-se o tromboembolismo venoso (TEV), que engloba a trombose venosa profunda (TVP) e sua complicação mais grave, a embolia pulmonar, que ocorre quando o coágulo que se desloca pela corrente sanguínea atinge os pulmões, impedindo a oxigenação do sangue. Existem vários fatores de risco para estas situações, sendo idade e imobilidade os mais importantes. Estima-se que 50% dos casos de tromboembolismo venoso acontecem após a alta hospitalar. [1]

1. Objetivo

Este protocolo tem por objetivo padronizar o pronto atendimento ao paciente com TVP. Reduzir a ocorrência de TVP e TEP e suas consequências. Disponibilizar uma diretriz assistencial atualizada, apresentando uma recomendação terapêutica para profilaxia do TEV, segundo a literatura cientifica nacional e internacional.

3. Definição de TVP

A Trombose Venosa Profunda (TVP), conhecida como flebite ou tromboflebite profunda, é a doença causada pela coagulação do sangue no interior das veias vasos sanguíneos que levam o sangue de volta ao coração em um local ou momento não adequados (devemos lembrar que a coagulação é um mecanismo de defesa do organismo). As veias mais comumente acometidas são as dos membros inferiores (cerca de 90% dos casos). Os sintomas mais comuns são a inchação e a dor.

É uma patologia mais frequente em pessoas portadoras de certas condições predisponentes como o uso de anticoncepcionais ou tratamento hormonal, tabagismo, presença de varizes, pacientes com insuficiência cardíaca, tumores malignos, obesidade ou a história prévia de trombose venosa. [2]

3.1. Descrição do Protocolo

Fatores de risco para o tromboembolismo venoso (TEV)

Algumas doenças ou condições representam um risco adicional para o desenvolvimento de complicações tromboembólicas, tanto em pacientes clínicos quanto cirúrgicos.

- ✓ Abortamento recorrente
- ✓ Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico
- ✓ Anticoncepcional hormonal
- ✓ Câncer
- ✓ Cateter venoso central
- ✓ Doença inflamatória intestinal
- ✓ Doença pulmonar obstrutiva crônica
- ✓ Doença reumatológica ativa
- ✓ Idade ≥ 55 anos
- ✓ Infarto agudo do miocárdio atual
- ✓ Infecção
- ✓ Insuficiência arterial periférica
- ✓ Insuficiência cardíaca classe funcional III ou IV
- ✓ Insuficiência respiratória
- ✓ Internação em unidade de terapia intensiva
- ✓ Obesidade
- ✓ Paresia ou paralisia de membros inferiores

9749

- ✓ Puerpério (até 4 semanas)
- ✓ Quimioterapia
- ✓ Reposição hormonal
- ✓ Síndrome nefrotica
- ✓ Tabagismo
- ✓ TEV prévio
- ✓ Trombofilias (antecedente familiar de trombose)
- ✓ Varizes / Insuficiência venosa periférica

Contraindicações para quimioprofilaxia

Absolutas:

1. Hipersensibilidade as heparinas
2. Plaquetopenia induzida por heparina
3. Sangramento ativo

Relativas:

1. Cirurgia intracraniana ou ocular recente
2. Coleta de LCR nas últimas 24 horas
3. Diátese hemorrágica (alteração de plaquetas ou coagulograma)
4. Hipertensão arterial não controlada (>180x110 mmHg)
5. Insuficiência renal (clearence < 30 ml/ min)

Em pacientes com insuficiência renal, a preferência e por utilização de HNF, por esta depender menos de eliminação renal do que as HBPM. Outra vantagem e a possibilidade de fácil monitorização com tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) que não deve alterar quando se utilizam doses profiláticas de HNF. Sua alteração indicara, portanto, uma correção na dose.

Profilaxia com métodos mecânicos:

Quando o paciente apresentar risco de TEV aumentado, mas houver contraindicação a profilaxia medicamentosa, devem ser utilizados métodos mecânicos de profilaxia, como meia elástica de compressão gradual (MECG), dispositivos mecânicos de compressão pneumática intermitente (CPI) ou bombas plantares (BP). São contraindicações à utilização de profilaxia mecânica:

1. Fratura exposta
2. Infecção em membros inferiores

3. Insuficiência arterial periférica de membros inferiores
4. Insuficiência cardíaca grave
5. Úlcera em membros inferiores

Profilaxia em pacientes cirúrgicos:

Em pacientes cirúrgicos, a chance de desenvolvimento de TEV depende da idade do paciente, do tipo de cirurgia e da presença de fatores de risco associados. Pacientes jovens, sem fatores de risco adicionais e submetidos a procedimentos de pequeno porte, não necessitam de quimioprofilaxia específica para TEV. Já pacientes idosos, particularmente na presença de fatores de risco, ou submetidos a procedimentos considerados por si só como de alto risco, como as artroplastias de quadril ou joelho, apresentam alto risco. As recomendações da última diretriz de profilaxia em pacientes cirúrgicos, apresentadas no 8° consenso do American College of Chest Physicians, podem ser resumidas no algoritmo abaixo.

Considerações:

A TVP pode ser de extrema gravidade na fase aguda, causando embolias pulmonares muitas vezes fatais (embolia pulmonar é causada pela fragmentação dos coágulos e a migração destes até os pulmões, entupindo as artérias pulmonares e gerando graves problemas cardíacos e pulmonares). Na fase crônica, após dois a quatro anos, os principais problemas são causados pela inflamação da parede das veias que, ao cicatrizarem, podem levar a um funcionamento deficiente destes vasos sanguíneos. O conjunto das lesões (pigmentação escura da pele, grandes varizes, inchação das pernas, eczemas e úlceras de perna) é chamado de síndrome pós-flebítica. Esta complicação leva a imensos problemas socioeconômicos por ser de tratamento caro, prolongado e extremamente penoso em suas repercussões sociais.

A TVP é, muitas vezes, assintomática. O diagnóstico clínico é difícil. O exame mais utilizado para o diagnóstico da TVP é o Eco Color Doppler. O tratamento é feito com substâncias anticoagulantes (impedem a formação do trombo e a evolução da trombose) ou fibrinolíticas (destroem o trombo). Mais modernamente, e em situações selecionadas, o tratamento da TVP pode ser feito na própria residência do paciente, usando-se as heparinas de baixo peso molecular.

4. Referências Bibliográficas:

1- ALBERT EINSTEIN. Trombose: uma abordagem preventiva. Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Publicado em 22/03/2012. Disponível em:< http://www.einstein.br/einstein-saude/pagina-einstein/Paginas/ha-dois-tipos-de-acidente-vascular-cerebral-e-cada-um-deles-requer-um-tratamento-diferente.aspx> Acesso em 24 jun 2015.

2- SBACV. Trombose venosa profunda. Sociedade Brasileira de Angiologia de Cirurgia Vascular. Disponível em:< http://www.sbacv.com.br/index.php/publico/trombose-venosa-profunda.html> Acesso em: 25 jun 2015.

3- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Protocolo de Profilaxia de Tromboembolismo Venoso em Pacientes internados.

Protocolos Unidades de Emergência e Pediatria

Pediatria - Urgências e Emergências

Crises Convulsivas

Introdução

Referem-se a episódios paroxísticos recorrentes de disfunção do sistema nervoso central, manifestando-se em forma de atividade involuntária motora e da alteração da consciência. Não se trata de uma doença, nem mesmo de uma síndrome, mas, antes disso de um sintoma complexo, decor- rente de disfunção cerebral, resultando em descargas elétricas rápidas de um grupo de neurônios cerebrais, que, por sua vez, pode ser secundário a várias patologias de etiologias diversas. As características de cada convulsão vão determinar a sua classificação. Elas podem ou não ter atividade motora (denominadas convulsivas). A classificação aqui citada separa as convulsões em dois tipos fundamentais: as de origem focal ou parcial e as generalizadas, aparentemente sem origem focal. As parciais são divididas em simples, quando não há perda ou alteração da consciência, e complexas, quando ocorre a perda ou alteração da consciência (Quadro 1). Cerca de 25% das convulsões não são classificadas mesmo após uma anamnese bem-feita e apesar da experiência do examinador.

O estado de mal epiléptico (Status eplepticus – SE) é definido como qualquer convulsão que dure mais de 30 minutos, ou convulsões recorrentes durando mais de 30 minutos sem que haja

retorno completo da consciência entre as crises. Como nas convulsões isoladas, o SE pode ser também não convulsivo, ou seja, sem atividade motora.

Generalizadas de origem não focal

a. Tônico-clônica
b. Tônica
c. Clônica
d. Ausência
e. Atônica
f. Acinésica
g. Mioclônica

Parcial (focal)

b) Parcial simples com sintomatologia elementar (sem alteração da cons- ciência)
c) Com sintomas motores
d) Com sintomas sensoriais (incluindo visual, olfatório, gustativo, ver- tigem)
e) Com sintomas autonômicos
f) Com sintomas psíquicos
g) Misto

Parcial complexa com sintomatologia complexa (com alteração da consciência)

a) Convulsão parcial simples seguida de perda da consciência
b) Com automatismos

Não classificadas

Etiologia das convulsões e do se de acordo com a idade

Período neonatal

- Anormalidades congênitas
- Distúrbios metabólicos (Hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia) Erros inatos do metabolismo
- Infecção Tocotraumatismo, Hipoxia, hemorragia

Até os 6 anos

- Febre
- Pós traumatismo Infecções Tumores
- Tocotraumatismos
- Doenças metabólicas

783

- Síndromes neurocutâneas
- Doenças degenerativas cerebrais
- Toxinas

Toxinas e medicamentos que podem causar convulsões

- Hipoglicemiantes (Ex: Insulina, álcool)
- Alcalóides da beladona
- Anestésicos tópicos (lidocaína)
- Antidepressivos tricíclicos Cânfora
- Cianeto Cocaína Fenciclina (PCP)
- Isoniazida Metais pesados
- Monóxido de carbono
- Nicotina
- Overdose de anticonvulsivantes
- Pesticidas (Organofosforado)
- Simpaticomiméticos (anfetamina, fenilpropanolamina)
- Teofilina

CONDUTA NA CRISE CONVULSIVA

1- Anamnese e exame físico

- Como em qualquer situação de urgência, deve ser realizada simultaneamente ao exame físico e às medidas terapêuticas;
- Descrição pormenorizada da crise desde o início e dos fenômenos concomitantes, assim como os fenômenos pós-críticos, para classificar a mesma;
- História de TCE atual ou passado;
- História pregressa de epilepsia;
- História de doença de base;
- História do nascimento (por exemplo: partos distócicos, sofrimento fetal, hipoxemia, hiperbilirrubinemia, infecções, distúrbios metabóli- cos, convulsões);
- Desenvolvimento e crescimento;
- Intoxicação ou exposição a tóxicos;
- Uso de anticonvulsivantes e adesão ao tratamento;
- Derivação ventrículo peritoneal;
- Sinais ou sintomas de infecções.
- Exame físico

- Nível de consciência;
- Dados vitais: freqüência respiratória, freqüência cardíaca, pressão arterial;
- Coloração;
- Temperatura;
- Padrão respiratório;
- Estado hemodinâmico: ausculta cardíaca, freqüência e qualidade dos pulsos, tempo de enchimento capilar;
- Postura;
- Lesões cutâneas sugestivas de alguma doença ou síndrome;
- Evidência de traumatismo craniano ou geral;
- Condição das fontanelas;
- Sinais meníngeos;
- Síndromes toxicológicas.

2- Tratamento da crise

a) Posicionar a criança em posição semiprona ou em Tredenlemburg.

b) Aspirar secreções/Oferecer oxigênio na maior concentração possível.

c) Obter acesso venoso.

d) Medicamentos, pela via de acesso disponível.

i. Via venosa/Intraóssea: diazepam, midazolan, fenobarbital, hidan- toinas.

ii. Via IM: midazolan via retal: diazepan

iii. Via intranasal: midazolan

ANTICONVULSIVANTES NO TRATAMENTO DAS CRISES CONVULSIVAS

Classe	**Droga**	Início de ação	Duração	Sintomas		
				cardiorrespiratórios	SNC	Interações
Benzodia-zepínicos	Diazepam	1-3 min	5- 15 min	+	+	+
	Midazolan	1-5 min	1-5 horas	+	+	+
	Lorazepan	2-3 min	12-48 horas	+	+	+
Hidantoínas	Fenitoína	10-30 min	12-24 horas	+	-	-
	Fosfenitoína	10-30 min	12-24 horas	+-	-	-
Barbitúricos	Fenobarbital	10-20 min	1-3 dias	+	+	+

785

O Diazepam, assim como os outros benzodiazepínicos, é altamente eficaz no controle das convulsões generalizadas motoras. O médico deve estar preparado para atuar sobre a depressão respiratória, tendo à mão uma uni- dade ventilatória, antes de iniciar a infusão venosa. Devido a seu curto tempo de ação, pode haver recorrência da crise. O medicamento não deve ser diluído. A dose utilizada é de 0,1 a 0,3 mg/Kg, sendo a dose máxima de 10 mg/dose e 40 mg/24 hs.

O Midazolan é seguro, sendo o único eficaz, até o momento, para aplicação também intramuscular quando outra via de infusão não estiver disponível. A dose recomendada é de 0,05-0,2 mg/Kg e pode ser repetida a cada dez a 15 minutos. A dose máxima é de 5 mg/dose. A via intranasal pode ser utilizada na ausência de outra via de administração.

Para infusão de Fenitoína, a monitorização ECG é recomendada, e a droga deve ser infundida bem lentamente. A dose é de 10-20 mg/Kg, e a administração correta é fundamental. Deve ser diluída em solução salina, e a velocidade de infusão deve ser menor que 1 mg/Kg/minuto, em crianças, e menor que 50 mg/minuto em adultos. A dose máxima é de 1 g em crianças e 1,5 g em adultos.

O Fenobarbital tem alto grau de eficácia na maioria das crises, inclusive febris e neonatais. As principais desvantagens estão no demorado tempo de início de ação e na significativa depressão do estado de consciência e respiratória, principalmente após dose prévia de diazepínico. A dose é de 10 a 30 mg/Kg, sendo a dose máxima de 1 g. A taxa de administração não deve exceder 1-2 mg/Kg/minuto em crianças e 100 mg/minuto em adultos.

O Lorazepan venoso e a Fosfenitoína ainda não se encontram disponíveis em nossos serviços.

DOSES INTRAVENOSAS DE ANTICONVULSIVANTES

Droga	Dose	Taxa de infusão	Dose máxima	Concentração sérica eficaz
Diazepam	0,1-0,3 mg/kg A cada 2 min se necessário.	< 2 mg/min	10 mg/dose 40 mg/24 hs	Não aplicável
Midazolan Lorazepan	0,05-0,2 mg/kg 0,05-01 mg/kg A cada 10-15min. se ne- cessário	< 2 mg/min < 2 mg/min	5 mg/dose 4 mg/dose	Não aplicável- Não aplicável

Fenitoína	10-20 mg/kg	<1 mg/kg/min <50 mg/min	1000 mg 10-20 mcg/mL	
Fenobarbital	10-30 mg/kg	<1-2 mg/kg/min	1000 mg	15-40 mcg/ml

Midazolan intramuscular: 0,2 mg/kg.

Diazepam retal: 0,5 mg/kg (máximo = 20 mg/dose); administrar através de uma sonda gástrica ou um cateter, introduzindo aproximadamente 4 a 6 cm.

Fosfenitoína: é outra opção para aplicação IM, na falta de um acesso venoso imediato.

Tratamento das causas específicas

Algumas etiologias tornam difícil o controle das convulsões se não eliminadas. Entre elas, podemos citar:

- Distúrbios eletrolíticos do sódio, potássio, magnésio, cálcio.
- Deficiência de Piridoxina, com reposição da mesma na dose de 50 a 100 mg EV.
- Drenagem de hemorragias intracranianas e outras condições cirúrgicas, se pertinentes.
- Intoxicações.

Exames complementares de valor na urgência:

1. Eletroencefalograma: pouco valor na urgência, a não ser no estado de mal epiléptico.
2. Radiografia do crânio: em raras exceções trata-se de uma urgência.
3. Liquor: na suspeita de infecção do SNC.
4. Dosagens séricas de glicose, cálcio, magnésio, fósforo e sódio, sempre indicadas no período neonatal ou quando houver suspeita de origem metabólica.
5. Screen metabólico: nas crises de difícil controle com suspeita de erros inatos do metabolismo.
6. Tomografia: crises parciais, exames neurológicos alterados, sinais de hipertensão intracraniana, crises de difícil controle.
7. Exames de triagem toxicológica quando houver suspeita de intoxicação.

Outros que dependerão das várias suspeitas diagnósticas possíveis.

Indicações de internação

1. no estado de mal epiléptico
2. encurtamento do tempo entre as crises
3. aumento da duração da crise

7897

4. necessidade de caracterizar a crise
5. presença de infecção do SNC
6. presença de processos expansivos
7. período neonatal

Tratamento do estado de mal epiléptico

É fundamental iniciar o tratamento garantindo uma boa via aérea; se necessário, intubar para permitir uma boa ventilação e oxigenação. Deve ser obtido um acesso venoso seguro para infusão de drogas e, se necessário, restabelecer o volume circulatório. A monitorização dos dados vitais, assim como a oximetria de pulso e a eletrocardiográfica são sempre desejáveis. A abordagem deve ser organizada e agressiva para reduzir a morbidade e a mortalidade. Abordaremos aqui a conduta inicial e algumas medidas que, de preferência, deverão ser adotadas em um centro de terapia intensiva.

Abordagem do estado de mal epiléptico

I. Garantir a estabilização do paciente
1. Garantir via aérea pérvia; aspiração de secreções.
2. Considerar intubação endotraqueal
3. Imobilização da coluna cervical na suspeita de lesão da mesma
4. Fornecer oxigênio na maior concentração possível (100%)
5. Cânula oral ou nasofaríngea se necessário. Optar pela oral na presença de trauma
6. Obter acesso vascular (venoso ou intraósseo)
7. Sonda nasogástrica

II. Iniciar tratamento com anticonvulsivantes

Tem como objetivo atingir o efeito terapêutico em 30 a 60 minutos. Após infusão de cada droga, deve-se esperar tempo suficiente para que esta atinja seu nível terapêutico.

1- Iniciar infusão venosa com:

- Diazepam. Se a convulsão ceder, aplicar outro anticonvulsivante de ação mais prolongada para evitar recorrência.

2 - Caso não ceda, infundir:

- Fenitoína ou Fenobarbital.

Caso esteja difícil obter acesso vascular, administrar Midazolan intramuscu- lar ou Diazepan retal.

3- Para casos refratários às drogas acima propostas iniciar:

a) Anestesia geral induzida por barbitúricos ou anestésicos inalantes
b) Suporte cardiorrespiratório: intubação traqueal e uso de relaxantes musculares

c) Monitorização contínua cardiorrespiratória

d) Oximetria de pulso

e) Eletroencefalograma

Em geral, é utilizado o thionembutal, que é um barbitúrico de ação ultracurta, com vida média de nove horas. A dose para criança é de 1 a 8 mg/Kg EV em "bolus", seguida de infusão contínua de 1 a 14 mg/Kg/hora EV, devendo ser usada de acordo com os sintomas clínicos ou o aparecimento de efeitos adversos cardiovasculares. As doses de aminas vasoativas já devem estar calculadas e iniciadas conforme o acometimento cardiovascular, e, se esses efeitos não forem revertidos, a droga deverá ser suspensa. O tempo de uso dependerá dos sintomas clínicos e de controle eletroencefalográfico. O paciente, obrigatoriamente, deve ser intubado por via traqueal e receber as- sistência ventilatória.

Asma

Definição

É definida como uma condição clínica em que há uma piora progressiva da crise asmática, a despeito da instituição de tratamento adequado, podendo evoluir para a insuficiência respiratória.

Avaliação inicial

Em todos os pacientes, a avaliação inicial deve seguir a sequência do "ABC" da reanimação. A anamnese e um exame físico mais detalhado devem ser realizados após garantirmos a estabilidade das vias aéreas, respiração e circulação. Em poucos segundos, é possível reconhecer a gravidade do quadro clínico e definir as prioridades do tratamento:

"A" – airway – vias aéreas: o paciente é capaz de manter sua via aérea pérvia? O estado mental do paciente é adequado para proteger a via aérea?

"B" – Breathing – respiração: qual o grau de dificuldade respiratória? O paciente está cianótico?

"C" – Circulation – circulação: como estão os pulsos e a perfusão?

A morbimortalidade da crise asmática está frequentemente associada ao não reconhecimento da gravidade da crise, a ações iniciais inadequadas e ao subtratamento.

Anamnese

A anamnese deve ser direcionada para a detecção de fatores de risco que estão relacionados com o aumento da morbimortalidade do paciente com asma aguda grave:

- história prévia de crise asmática com necessidade de intubação e ventilação mecânica;
- história prévia de hospitalização ou atendimento em serviço de urgência no último ano;

7789

- uso crônico, suspensão recente ou diminuição de dose de corticóide;
- dependência de altas doses de ß2 adrenérgico inalatório;
- asma associada a problemas psicossociais;
- baixa aderência ao tratamento de manutenção;
- não reconhecimento dos sintomas pelo paciente ou pelo médico;
- crianças menores de três anos.

EXAME FÍSICO

Sinais vitais

Temperatura: febre pode indicar infecção de vias aéreas superiores, pneumonia ou outro foco de infecção;

- Pulso: geralmente há taquicardia, mesmo antes do início do tratamento;
- Frequência respiratória: taquipnéia;
- Pressão arterial: permite avaliar a presença de pulso paradoxal (diferença de pressão sistólica > 10 mmHg entre a inspiração e a expiração), o que indica comprometimento do débito cardíaco. A ausência de pulso paradoxal não exclui gravidade da crise e, no paciente pediátrico taquipnéico, essa medida é difícil de ser feita, tornando esse sinal clínico bastante impreciso.

Exame do tórax

a) Inspeção do tórax: o aumento do diâmetro ântero-posterior indica hiperinsuflação pulmonar;

b) Uso de musculatura acessória: presença de batimento de asa de na- riz, retração intercostal, retração do esternocleidomastóideo e balanço toraco-abdominal. Esses achados ao exame físico são os que mais se correlacionam com a gravidade da obstrução das vias aéreas;

c) Ausculta: presença de sibilos expiratórios nos casos leves, progredindo para sibilância inspiratória e expiratória nos casos modera- dos e silêncio respiratório nos casos graves. O achado de crepitações inspiratórias e expiratórias é comum nas crises moderadas e graves. Observa-se também aumento do tempo expiratório;

d) Palpação da região cervical e da parede torácica: a presença de crepitações à palpação indica enfisema subcutâneo, significando obstrução grave.

Exame cardiovascular

- Atenção deve ser dada à frequência cardíaca, ritmo cardíaco, presença de sopros, medida da pressão arterial, pulsos e perfusão.

Nível de consciência

- Alterações no estado de consciência, tais como agitação, confusão mental e obnubilação, indicam hipoxemia e hipercapnia graves, mas são sinais tardios.

Escore clínico

- Não há critérios únicos ou escores com poder preditivo que sejam aplicáveis a todos os pacientes. A literatura sugere alguns parâmetros que permitem a avaliação da gravidade da crise (Tabela 1).

Parâmetros*	Classificação		
Gerais	**Muito grave**	**Grave**	**Moderada/leve**
	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispnéia	Grave	Moderada	Ausente/leve
Fala	Frases curtas/monossilábicas Lactente: maior dificuldade de alimentar-se	Frases incompletas/parciais Lactente: choro curto, dificuldade de alimentar-se	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausentes com MV	Localizados ou difusos	Ausentes com MV

491

	diminuído/locali zados ou difusos		normal/localiza- dos ou difusos
Freqüência respiratória (irpm)**	Aumentada	Aumentada	Normal ou au- mentada
Freqüência cardíaca (bpm)	> 140 ou bradicardia	> 110	? 110

	Muito grave	Grave	Moderada/leve
Pico de fluxo expiratório (PEF) (% melhor ou previsto)	< 30%	30% - 50%	> 50 %
SaO_2 (ar ambiente)	≤ 90%	91% - 95%	> 95%
PaO_2 (ar ambiente)	< 60 mmHg	Ao redor de 60 mmHg	Normal
$PaCO_2$ (ar ambiente)	> 45 mmHg	< 40 mmHg	< 40 mmHg

Crianças menores de seis anos de idade, é recomendada a utilização dos critérios de Wood-Downes (Tabele abaixo). Escore 5 indica insuficiência respiratória iminente, e escore > 7 associados a PaCO2 > 65 mmHg indicam insuficiência respiratória instalada.

Variáveis	**0**	**1**	**2**
PaO2 (mmHg)	70 - 100/ar ambiente	< 70/ar ambiente	< 70 c/ FiO2 0,4
Cianose	Ausente	Em ar ambiente	Com FiO2 0,4
Murmúrio vesicular	Normal	Desigual	? ou ausente
Uso da musculatura acessória	Ausente	Moderado	Máximo

Sibilos expiratórios	Ausente	Moderado	Máximo
Estado de consciência	Normal	Deprimido/agitado	Coma

Exames complementares

Testes da função pulmonar

- Incluem o pico de fluxo expiratório (PFE) e o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) que são usados para quantificar o grau de obstrução e avaliar a resposta ao tratamento. Nem todos os pacientes estão familiarizados ou treinados para realizar tal procedimento, o que inviabiliza, sob o ponto de vista prático, a realização dessas medidas durante a crise.

Radiografia do tórax

a) Os achados radiográficos têm pouca relação com a gravidade da crise, mas o exame está indicado em todo paciente grave, com o objetivo de definir a extensão de doença parenquimatosa associada, presença de pneumotórax e/ou pneumomediastino e para excluir outros diagnósticos (aspiração de corpo estranho e insuficiência cardíaca congestiva, por exemplo);

b) Ao se indicar a realização da radiografia do tórax, deve-se tomar cuidado para que esse procedimento não acarrete atraso ou suspensão do tratamento e da monitorização;

c) Os achados radiológicos incluem: hiperinsuflação, espessamento peribrônquico e áreas de atelectasias, que podem ser erroneamente interpretadas como pneumonia.

Saturação de oxigênio

- Deve ser mensurada em todo paciente, de preferência por oximetria de pulso. Essa medida é especialmente útil em crianças, porque a avaliação objetiva da função pulmonar é difícil nessa faixa etária e uma saturação de oxigênio menor que 92%, em ar ambiente, sugere crise grave, que necessita de acompanhamento rigoroso e tratamento mais agressivo.

Análise dos gases arteriais

a) Não deve ser feita rotineiramente, mas está sempre indicada na asma aguda grave e quando não há resposta ao tratamento inicial;

b) O componente mais importante a ser avaliado é a PaCO2, cujos valo- res determinam a gravidade da crise. PaCO2 entre 40 e 45 mmHg deve alertar o médico de que o paciente está em insuficiência respiratória;

c) Hipoxemia (PaO2 entre 60 e 80 mmHg) ocorre mesmo nas crises moderadas. PaO2 menor que 60 mmHg indica insuficiência respiratória;

d) A análise seriada dos gases arteriais é mais útil na avaliação da resposta ao tratamento do que a análise de uma amostra única.

Outros exames

a) Dosagem sérica de eletrólitos: hipocalemia pode ocorrer pelo uso de altas doses de ß2 adrenérgico; hiponatremia como consequência de síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético;

b) Glicemia: hiperglicemia pode ocorrer pelo uso de corticoides;

c) Leucograma: leucocitose é um achado comum em razão do estresse, do uso de adrenérgicos e de corticoides.

TRATAMENTO DA CRIANÇA

Avaliação inicial

Exame físico rápido e relevante: frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), uso da musculatura acessória, dispneia, estado de consciência, cor, PFE e oximetria de pulso. Se a medida de PFE e a oximetria não forem disponíveis, os critérios clínicos são adequados para avaliação da gravidade da crise.

Tratamento inicial

A. Oxigênio

a) Deve ser administrado de acordo com a oximetria de pulso: SaO2 95%. Se isso não for possível, forneça oxigênio para todos os pacientes.

b) ß2 agonistas de ação curta (salbutamol, fenoterol e terbutalina)

c) Spray com espaçador/inaladores de pó ou nebulização.

Nome	**Apresentação e via de utilização**	**Dose**
Prednisona Prednisolona	Comprimido de 5 e 20 mg Sol. oral 5mg/5ml e 15 mg/ 5ml	1 a 2 mg/kg – máximo de 40 mg 1 a 2 mg/kg – máximo de 40 mg

Metilprednisolona	Fr. ampola 40, 125 e 500 mg	1 a 2 mg/kg de 4/4 ou 6/6 h
Hidrocortisona	Fr. ampola 100 e 500 mg	Dose de ataque: 8 mg/kg, segui- da de 2 a 4 mg/kg de 6/6 h

Reavalie o paciente

Boa resposta: PFE > 70% do basal, diminuição da FR e FC, sibilos raros ou ausentes, ausência de dispneia ou uso de musculatura acessória, SaO2 > 95% em ar ambiente. Assim:

a) Aumente o intervalo de ß2 agonista para cada duas horas;

b) Mantenha o paciente em observação por no mínimo uma hora;

c) Se o paciente se mantiver estável, dê alta para o domicílio, com orientação de uso de ß2 agonista; considere o uso de corticoide oral e encaminhe para acompanhamento ambulatorial.

Resposta incompleta: PFE 40% a 70% do basal, aumento da FR e FC, sibilância leve ou moderada, dispneia e uso da musculatura acessória moderados, sem melhora da SaO2. Assim:

a) Continue a administração de ß2 agonista a cada 20 minutos;

b) Mantenha ou adicione corticoide;

c) Reavalie o paciente em uma hora:

1. Se o paciente apresentar boa resposta clínica, faça como descrito acima;

2. Se o paciente apresentar resposta incompleta ou má resposta (PFE < 40% do basal, SaO2 < 91% e os outros parâmetros sem melhora), mantenha o tratamento e providencie a hospitalização do paciente.

Sulfato de magnésio

a) Não deve ser usado de rotina, mas há evidências na literatura de benefícios, inclusive para tratamento de crianças, reduzindo as taxas de hospitalização;

b) Não há necessidade de monitorização adicional e não há relato de efeitos colaterais;

c) Dose: 25 mg/kg diluído em 100 ml de NaCl 0,9%, via intravenosa em 20 minutos, máximo de 2 g.

795

Bronquiolite

Introdução

A bronquiolite é uma inflamação da mucosa do trato respiratório inferior, geralmente de etiologia viral. O vírus mais freqüentemente envolvido é o vírus sincicial respiratório (VSR), embora muitos outros possam levar a essa condição, como a influenza vírus, metapneumovírus, bocavírus, rinovírus, adenovírus etc. É a causa mais comum de infecção do trato respiratório inferior em crianças até os dois anos de idade, sendo o principal motivo de internação por causas respiratórias em lactentes.

Este texto é uma proposta para a abordagem diagnóstica e terapêutica dos lactentes com bronquiolite. É uma iniciativa do Núcleo de Pediatria Baseada em Evidências, com o intuito de fornecer ao corpo clínico revisões atualizadas da literatura médica sobre os temas mais prevalentes na prática pediátrica. Esperamos contribuir para melhorar ainda mais a qualidade do atendimento prestado aos pacientes desta instituição.

Definições

Bronquiolite: Infecção aguda dos bronquíolos, geralmente de etiologia viral, caracterizada por aumento de secreção de muco, edema e necrose do epitélio da mucosa, associada ou não a broncoespasmo, com sintomatologia de obstrução das vias aéreas inferiores.

Lactentes: pacientes com idade entre 0 e 2anos.

Estas recomendações se referem a pacientes saudáveis, excluindo-se aqueles com doenças pulmonares crônicas, cardiopatias congênitas cianogênicas ou com repercussão hemodinâmica e portadores de imunodeficiências.

Diagnóstico

- Idade entre 0 e 2 anos
- Início agudo de sintomas respiratórios como coriza, tosse, espirros precedidos ou não de febre
- Taquipnéia, com ou sem insuficiência respiratória
- Sinais clínicos de obstrução das vias aéreas inferiores, como sibilos, expiração prolongada

Pontos importantes:

- O diagnóstico da bronquiolite é clínico, baseado nos critérios acima
- A oximetria deve ser realizada para os pacientes atendidos em hospitais
- A presença de estertores difusos à ausculta pulmonar é um achado freqüente, não sendo patognomônico de pneumonia

- Lactentes nascidos com baixo peso, ou prematuros, podem se apresentar com apnéia

Exames complementares

1. Pacientes com quadro clínico típico, sem sinais de insuficiência respiratória não necessitam de estudo radiológico do tórax
2. A radiografia de tórax pode ser realizada seguintes situações:

a. Quando há dúvida diagnóstica

b. Quando a evolução clínica não segue o padrão habitual

c. Para pacientes admitidos na UTI

3. Hemograma: não auxilia na diferenciação entre infecções virais e bacterianas
4. A incidência de infecção bacteriana grave em pacientes com bronquiolite é menor que 2%. Nos menores que 60 dias, pode chegar a valores em torno de 10%, sendo que infecção urinária é a causa mais comum de infecção bacteriana invasiva em todas as faixas etárias. Não é necessária à coleta de culturas para pacientes com quadro clínico típico de bronquiolite.
5. A triagem para vírus respiratórios deve ser solicitada para pacientes que necessitem de internação, devido a medidas de precaução (contato, gotículas ou ambas, dependendo da etiologia)

Tratamento

A maioria dos casos podem ser tratados em domicílio.

Critérios de admissão:

1. Sinais clínicos de insuficiência respiratória
2. Hipoxemia (<92%)
3. Letargia
4. Incapacidade de ingerir líquidos
5. Considerar admissão em pacientes de alto risco:

a. Lactentes jovens

b. Prematuros abaixo de 35 semanas

c. Portadores de displasia broncopulmonar

d. Cardiopatias congênitas cianogênicas ou com repercussão hemodinâmica

e. Imunodeprimidos

797

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Broncodilatadores

1. A maioria dos pacientes não se beneficia do tratamento com broncodilatadores.
2. Em pacientes com sinais de desconforto respiratório pode ser feito um teste terapêutico, particularmente naqueles com antecedentes pessoais ou familiares de atopia
3. A epinefrina também pode ser utilizada, devido a sua ação alfa e beta agonista. Seu uso deve ser feito em ambiente hospitalar.
4. A manutenção dessas medicações só se justifica se houver melhora clínica significativa após 30 minutos da administração da primeira dose. Sugere-se a avaliação de parâmetros objetivos, como freqüência respiratória e saturação de oxigênio
5. Não há benefício no uso de brometo de ipatrópio em pacientes com bronquiolite

Corticosteroides

1. O uso de corticoesteróides sistêmicos não é indicado no tratamento rotineiro dos pacientes com bronquiolite
2. Não há benefício no uso de corticoesteróides por via inalatória na fase aguda do tratamento de pacientes com bronquiolite
3. Não foi demonstrado benefício a longo prazo no uso de corticoesteróides inalatórios para prevenção de hiperreatividade brônquica pós bronquiolite viral.

Antimicrobianos:

1. A ribavirina não deve ser utilizada no tratamento rotineiro dos pacientes com bronquiolite.
2. A ribavirina pode ser utilizada em pacientes com quadros muito graves ou em portadores de imunodeficiências graves, com bronquiolite causada por vírus sincicial respiratório, mediante confirmação etiológica.
3. O oseltamivir é liberado para uso em crianças acima de 1 ano de idade, e pode ser utilizado para o tratamento das infecções causadas pelo vírus Influenza em duas situações:
   a. Pacientes de alto risco para infecção grave
   b. Pacientes saudáveis com quadro clínico grave
   c. O benefício do tratamento é maior quanto mais precocemente utilizado. Se iniciado até 12 horas do início dos sintomas, diminui o tempo de duração da doença em 3 dias. Se iniciado nos primeiros dois dias, diminui a duração em 1 dia.

4. Antibióticos não devem ser utilizados no tratamento de rotina da bronquiolite, exceto em infecções bacterianas documentadas. A presença de estertores faz parte do quadro clínico, e sua presença não caracteriza pneumonia bacteriana.

5. A otite média aguda é a complicação bacteriana mais freqüente nos pacientes com bronquiolite, encontrada em cerca de 50% dos pacientes. O tratamento das otites agudas deve seguir a recomendação habitual, independente da presença da bronquiolite.

Anti-histamínicos

Descongestionantes, antitussígenos não devem ser utilizados em pacientes com bronquiolite.

TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA

1. Oxigênio: Pacientes com sinais de insuficiência respiratória devem receber oxigênio a fim de manter a saturação de oxigênio acima de 92%, e o mesmo deve ser retirado gradualmente, até que a saturação esteja consistentemente acima de 94% em ar ambiente.

2. Fisioterapia respiratória: o A fisioterapia respiratória por técnicas de vibração e/ou percussão não diminui o tempo de internação nos pacientes com bronquiolite. Os estudos avaliados não incluem pacientes em ventilação pulmonar mecânica, ou admitidos em unidades de terapia intensiva. Alguns guidelines recomendam a aspiração das vias aéreas superiores como uma medida eficaz.

3. Monitorização:

a. Pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva devem ter monitorização cardíaca e respiratória constantes

b. Pacientes de alto risco hospitalizados devem permanecer com monitorização cardíaca e respiratória constantes

c. Pacientes internados na enfermaria com quadros moderados devem ser submetidos a reavaliações clínicas freqüentes, bem como a medidas intermitentes da oximetria

d. A oximetria contínua em pacientes fora das unidades de terapia intensiva aumenta o tempo de internação hospitalar

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

1. Sem necessidade de oxigênio – Saturação estável acima de 94% em ar ambiente por mais que 12 horas

2. Ingesta via oral acima de 75% do basal

799

PREVENÇÃO

Medidas gerais

1. Aleitamento materno: o incentivo do aleitamento materno é uma medida eficaz na prevenção de infecção pelo vírus sincicial respiratório, e diminui em um terço o risco de hospitalização por infecção do trato respiratório inferior

2. Tabagismo passivo: pacientes que convivem com tabagistas têm maior risco de desenvolver bronquiolite.

3. Lavagem das mãos: é uma medida eficaz na prevenção da disseminação da doença. O álcool gel é a medida mais eficaz. Deve ser adotada não somente em hospitais e clínicas, como também na comunidade, e no cuidado domiciliar de pacientes com infecção do trato respiratório.

4. Para pacientes hospitalizados, recomenda-se quarto privativo, com precauções de contato e para gotículas, ou seja, máscara comum, aventais e luvas descartáveis, bem como lavagem vigorosa das mãos antes e após o contato com o paciente.

5. Uma vez isolado o agente, adotar as medidas recomendadas para cada vírus.

CONDUTAS ESPECÍFICAS

1. Vacinação contra o vírus influenza, indicada para crianças a partir dos 6 meses. É uma medida eficaz na proteção contra o vírus influenza, embora este seja responsável por apenas uma pequena parcela dos casos de bronquiolite

2. Oseltamivir: o uso profilático é recomendado na estação de maior circulação do vírus em algumas situações

a. Proteção de crianças de alto risco, vacinadas, que não tiveram tempo de desenvolver a resposta imune. (See "Duration" below).

b. Proteção de crianças de alto risco em quem a vacinação é contraindicada

c. Proteção portadores de imunodeficiência em quem a resposta immune à vacina pode ser inadequada.

d. Proteção de contactantes não vacinados de crianças de alto risco

e. Controle de surtos de influenza em instituições fechadas

f. Dose profilática

- ≤15 kg — 30 mg uma vez ao dia
- >15 a 23 kg — 45 mg uma vez ao dia
- >23 a 40 kg — 60 mg uma vez ao dia

- >40 kg — 75 mg uma vez ao dia

3. Imunoglobulina contra vírus sincicial respiratório –Há evidências que justifiquem seu uso na prevenção de bronquiolite por vírus sincicial respiratório em grupos de alto risco, porém não há indicações precisas na literatura.

4. Palivizumab: imunoglobulina hiperimune contra o vírus sincicial respiratório Anticorpo monoclonal murino contra o vírus sincicial respiratório. Seu uso não previne a infecção pelo vírus sincicial respiratório, mas evita as formas graves na população de alto risco, para quem há indicação da sua utilização. Seu alto custo limita o uso em larga escala, mas o governo brasileiro disponibiliza esta medicação para as seguintes indicações:

a. Menores de um ano nascidos prematuros abaixo de 28 semanas

b. Menores de dois anos de idade portadores de:

i. Cardiopatias congênitas cianóticas

ii. Cardiopatias com hipertensão pulmonar grave

iii. Cardiopatias com repercussão hemodinâmica (em uso de medicação)

iv. Doença pulmonar crônica da prematuridade em uso de terapia medicamentosa nos 6 meses que antecedem a estação de pico (outono e inverno)

c. A posologia é de 5 doses mensais (a cada 30 dias) de 15mg/kg via intramuscular

PACIENTE GRAVE

Sinais e sintomas de gravidade

Vários sinais e sintomas podem estar presentes, mas, algumas vezes, o evento pode ser súbito. Os pacientes podem apresentar sinais de choque, de insuficiência respiratória ou de piora de um quadro clínico preestabelecido.

A observação e a atenção dos profissionais de saúde e dos pais ou cuidadores da criança permitem a percepção de que "algo está errado". A informação adequada durante a anamnese e o exame minucioso é que permi- tirão o diagnóstico precoce. A partir daí uma atenção diferenciada deve ser dada a esse paciente. As medidas iniciais a serem tomadas dependerão do quadro clínico, mas uma folha de PCR (TABELA 1) deve ser preenchida, a estabilização do paciente deve ser mantida (através de suporte básico e, se necessário, avançado). O exame deve ser seqüencial e freqüente, adotando-se a avaliação pelo "ABC" (TABELA 2). Os dados devem ser anotados em prontuário médico.

801

Drogas	Dose/via administração	Cálculo	Prescrição
Epinefrina 1:1000 (1ml/1mg)	1ª dose: 0,01 mg/kg Et ou demais doses: 0,1mg/kg *rn: 0,01 a 0,03 mg/kg	1ª dose: 0,1 ml/kg (1:10.000) - peso x 0,1 **et ou demais doses: 0,1 ml/kg (1:1.000) - peso x 0,1 * rn: 0,1 a 0,3 ml/kg (1:10.000) – peso x 0,1 a 0,3 (1:10.000)	1ª dose: diluir 1ml de epinefrina em 9 ml de ad e fazer _____ ev ou io. *et ou demais doses: _____ não diluir (exceto em rn)
Bicarbonato de sódio 8,4%	1ml/kg (sol. 1:1 com ad) – ev/io	P e p	Diluir _____ de nahco, 8,4% em _____de ad e fazer _____ ev/io lento
Glicose 50% (1ml//0,5g)	2ml/Kg da sol. 1:1 EV/IO	P x 2 da sol. 1:1	Diluir _____de SGH 50% em _____ de AD e fazer _____ EV/IO
Atropina (1ml//0,5 mg)	0,02 mg/kg Io/ev/et	P x 0,04	Sem diluir, fazer _____ev/io/et Mínimo de 0,2 ml/ máximo de 1ml para crianças e 2 ml para adolescentes
Gluc. Cálcio 10% (1ml/ 9 mg ca+ elementar)	1-2 ml/kg (sol. 1:1 com ad) ev lento	P x 1	Diluir _____ de glucaca 10% em _____ de ad e fazer ev/io lento em 10 minutos. Máximo: 10 ml de glucaca 10%
(1ml/5000mcg)	mcg/kg/min Ev/io	5000	_____ de sgi 5% e infundir ev a _____ml/hora (conc. Máx. 1:2)
Dobutamina (1 ml/12500 mcg)	1-20 mcg/kg/min Ev/io	Dose xpx24 hs x 60 min ÷ 5000	Diluir _____ de dobutamina em _____ de sgi 5% e infundir ev a _____ml/hora (conc. Máx. 1:2)
Epinefrina contínua (1ml/1000 mcg)	0,05-1 mcg/ kg/ min Ev/io	Dose x p x 24hs x 60 min ÷ 1000	Diluir _____ de epinefrina em _____ de sgi 5% e infundir ev a _____ml/hora (conc. Máx. 1:20)
Norepinefrina contínua (1ml/1000mcg)	0,05–0,5mcg/kg/min Ev/io	Dose x p x 24hs x 60 min ÷ 1000	Diluir _____ de norepinefrina em _____ de sgi 5% e infundir ev a _____ml/hora (conc. Máx. 1:20)

Drogas para Intubação Endotraqueal/Sedação/Curarização			
Fentanil 1 ml/50 mcg	Rn / lactente: 2 mcg/kg Criança maior: 1 mcg/kg Ev/io	P x 0,06 P x 0,02	Diluir _____ de fentanil em 3 ml de ad e infundir ev lento em 3 minutos. Antagonista: narcan 0,4mg/ml-0,1mg/kg
Midazolam 3 ml/15mg//10ml/50mg	0,2 mg/kg Ev/io/in	P x 0,04	Fazer _____ev lento, em 1 min. Antag.: lanexat 0,1mg/ml – 0,05 mg/kg
Succinilcolina 5 ml/100mg	1 mg/kg Ev	P x 0,05	Fazer _____ev Duração da ação: 10 minutos
Pancurônio 1 ml/ 2 mg	0,05 – 0,1 mg/kg Ev	Px0,025 Px 0,05	Fazer _____ev Duração de ação: 40-60 minutos
Atracurium 2,5 ml/ 25 mg	0,5 mg/kg Ev	P x 0,05	Fazer _____ev Duração de ação: 30-45 minutos
Cetamina 50 mg/ml	2mg/kg	Px0,04	Fazer_____ev Duração de ação: 15 minutos

Equipamentos para intubação endotraqueal							
Idade	RNPT	RNT	0-6 meses	1-2 a	4-6 a	8-10 a	>12 anos
Tubo	2,0-3,0	3,0-4,0	3,5-4,5	4,0-4,5	5,0-5,5	5,5-6,0	7,0-7,5
Lamina	0/reta	0-1/reta	1-2/reta	1-2/reta	2 reta/curva	2-3/curva	3/curva
Sonda Aspira	5-6	6	8	8	10	12	12

TABELA 2 - ABC

A = Airway (Abertura de vias aéreas)

B = Breathing (Ventilação)

C = Circulation (Circulação)

Os sinais e sintomas de alerta na criança e no adolescente devem ser avaliados (TABELA 3), assim como nos neonatos (TABELA 4) e nos lactentes (TABELA 5). Devemos estar atentos aos diagnósticos diferenciais nos lactentes e aparência séptica (TABELA 6). A medida da pressão arterial deve ser avaliada, estando atentos para se manter a PA sistólica acima do percentil 5 (TABELA 7).

TABELA 3

SINAIS DE ALERTA DE GRAVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Freqüência respiratória	Maior que 60 irpm em qualquer faixa etária. Bradipnéia
Esforço respiratório	Batimentos de aletas nasais, gemência, retração esternal, tiragens intercostais ou subdiafragmáticas ou subcostais, balanço tóraco-abdominal.
Palpação de pulsos	Finos, muito rápidos, ausentes, muito cheios
Freqüência cardíaca	RN: <80-100 ou >200 bpm 0-1 ano: <80-100 ou > 180 bpm Crianças: <60-80 ou >120 bpm Adolescentes: < 60 ou > 110 bpm
Pressão arterial	Pressão sistólica menor que o percentil 5; pressão sistólica ou diastólica maior que o percentil 90
Cianose	Presença de cianose
Hipóxia	Pode ser notada através de saturimetria, palidez cutânea, alteração do sensório, sinais de má circulação.
Alteração de consciência	Não estar reconhecendo os pais, confusão mental, sonolência, irritabilidade, prostração
Diminuição do débito urinário	Sinal de hipovolemia ou choque.

TABELA 4 – SINAIS DE ALERTA EM RN

Fatores pré-partos	**Fatores maternos**: idade materna < 16 anos ou >35 anos, doenças maternas (por exemplo: cardiovasculares, renais, neurológicas, da tireóide), uso de medicamentos (por exemplo: lítio, magnésio, bloqueadores adrenérgicos), uso de drogas ilícitas pela mãe, ausência de pré-natal, hemorragia, morte fetal ou neonatal prévia, mãe com infecção, hipertensão crônica ou induzida pela gravidez, anemia ou isoimunização. **Fatores fetais**: Bradicardia fetal, prematuridade, crescimento intra-uterino restrito, líquido amniótico meconial, diagnóstico prévio de má formações, gemelaridade, pós-termo, atividade fetal ou do neonato diminuída, oligohidrâmnio, apresentação pélvica no parto, imaturidade pulmonar.
Fatores intra-partos ou Pós-parto imediato	**Intra-partos**: parto de urgência em local não apropriado, parto operatório, rotura prolongada de membranas, prolapso de cordão umbilical, apresentação pélvica ou anormal, sedação materna, líquido amniótico meconial, trabalho de parto prolongado, sinais de sofrimento fetal, descolamento de placenta ou ruptura uterina.
	Pós-parto imediato: parto de urgência em local não apropriado, mecônio em vias aéreas, neonato que não responde a estimulação (secagem, aquecimento e aspiração), neonato em apnéia ou com movimentos respiratórios ineficetivos, freqüência cardíaca ausente ou bradicardia, tônus muscular diminuído, cianose central ou periférica, má formação não diagnosticada previamente.
Neonato	**"RN que não vai bem"**: dificuldade respiratória, presença de sopros ou arritmias cardíacas, hipoatividade ou hiperatividade, alteração do tônus muscular, febre ou hipertermia, vômitos, alterações metabólicas ou hidroeletrolíticas, crises convulsivas, prematuridade ou baixo peso ao nascer, pouco ganho ou perda de peso, distensão abdominal, cianose ou palidez, icterícia, alterações urinárias, atraso na eliminação de mecônio, sucção débil ou má aceitação do leite materno, estase durante alimentação gástrica ou entérica, movimentos anormais, má formação não diagnosticada previamente.

TABELA 5 – SINAIS DE ALERTA NO LACTENTE

Sintomas e sinais gerais	Prostração, letargia, hiporexia, vômitos, febre alta difícil de ceder, sono alterado, desidratação, palidez, edema, cianose, icterícia.
Gastrointestinais	Diarréia, ausência de eliminação de fezes, distensão abdominal.
Renais	Poliúria, anúria,ou oligúria.
Neurológicas	Déficits motores ou sensitivos, alteração do estado mental.
Cardiovasculares	Aumento do tempo de reenchimento capilar, pulsos periféricos muito amplos e cheios ou finos e de baixa amplitude, taquicardia ou bradicardia, pressão arterial abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 90
Respiratórias	Bradipnéia, taquipnéia, dificuldade respiratória, diminuição da entrada de ar nos pulmões, estridor laríngeo.

TABELA 6 – DIAGNOSTICOS DIFERENCIAIS LACTENTE APARENCIA SEPTICA

Cardiopatias	Insuficiência cardíaca congestiva Edema agudo pulmonar Cardiopatias dependentes do canal arterial Pericardite/miocardite Arritmias cardíacas Obstrução do lado esquerdo do coração
Distúrbios endócrinos	Hiperplasia congênita de supra-renal Cetoacidose metabólica Hipoglicemias Distúrbios da tireóide

Distúrbios hematológicos	Anemia Metemoglobinemia Anemias hemolíticas Distúrbios de coagulação
Doenças infecciosas	Meningite asséptica Sífilis congênita Infecções virais Dengue
Distúrbios metabólicos	Fibrose cística Hipo ou hiperglicemias Desidratação Intoxicações Defeito do ciclo da uréia Outras doenças metabólicas congênitas
Doença neurológica	Botulismo Hemorragia intracraniana Lesões isquêmicas cerebrais
Distúrbios genitourinários	Uropatias obstrutivas Infecções urinárias Pielonefrites
Maus tratos e Violência	Pensar quando houver sinais de: síndrome do bebê sacudido, lesões ósseas em diversos estágios de consolidação, atraso no desenvolvimento, desnutrição, anemia grave e súbita, sinais de lesões traumáticas, sinais de abuso sexual, história familiar conturbada, local de moradia ou da escola violento, doença psiquiátrica ou distúrbios emocionais em familiares.

TABELA 7 - PERCENTIL 5 PARA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (LIMITE INFERIOR)

Idade	Percentil 5 para pressão sistólica
RN	60 mmHg
Até 1 ano de idade	70 mmHg
De 1 a 10 anos de idade	70 + (idade x 2) mmHg
Acima de 10 anos de idade	90 mmHg

Conduta

Uma história sucinta com dados relevantes à história da doença atual deve ser colhida rapidamente. É também importante saber se o paciente é portador de doença crônica, se está usando medicamento contínuo ou fazendo algum tratamento médico. Após estabilização, uma história detalhada deve ser colhida.

Dependendo de uma avaliação sumária do "ABC ", as medidas de suporte de vida, se necessárias, devem ser tomadas (TABELA 8). As medidas terapêuticas específicas devem ser instituídas de acordo com a doença determinante. A oxigenoterapia deve ser iniciada nos pacientes gravemente enfermos até que o quadro clínico seja esclarecido e a monitorização da saturimetria, se possível, seja instituída. Devem ser avaliadas: necessidade de intubação traqueal e de ventilação mecânica; a monitorização da freqüência cardíaca, da PaCO2, da pressão venosa central.

805

Tabela 8 SEQÜÊNCIA DE MANOBRAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

1. Verificar o estado de consciência. Pedir AJUDA. Ativar o SME.
2. **"A" Abrir vias aéreas** - Inclinação da cabeça e elevação do queixo. Em caso de trauma proteger a coluna cervical com a manobra de abertura de vias aéreas com elevação do ângulo da mandíbula.
3. **"B". Verificar respiração**: "Ver, Ouvir, Sentir". Se estiver respirando: colocá-la em posição de recuperação. Se não estiver respirando: 2 ventilações efetivas e lentas
4. **Ventilar** o paciente: usar unidade ventilatória com máscara
5. **"C" Circulação** Checagem de pulso: Se os sinais de circulação estão presentes: ofereça suporte ventilatório. Se os sinais de circulação estão ausentes, inicie as compressões torácicas intercaladas com respirações.

Exames complementares devem ser solicitados dependendo do quadro clínico do paciente. Em quadros infecciosos: hemograma completo, PCR, culturas, sorologias específicas, urina rotina, radiografias, liquor, ultrassonografia, tomografias. Em caso de alteração renal: uréia, creatinina, ionograma. Se insuficiência respiratória: gasometria arterial, radiografia de tórax. A gasometria arterial pode auxiliar no diagnóstico e classificação da gravidade do quadro (TABELA 9). Caso o paciente esteja desidratado gravemente, ele deve ser reidratado antes da coleta da gasometria arterial, do hemograma e do ionograma. Outros exames que podem ser necessários: dosagem de sódio urinário, prova de função hepática, coagulograma, estudos hemodinâmicos, ecocardiograma, dosagem de tóxicos, uréia e creatinina. Algumas medidas adicionais podem estar indicadas: medida da diurese (pesagem da fralda, coletor urinário, sonda uretral), cálculo de anions gap, monitorização da pressão intracraniana).

Contatos, se necessário, com os serviços de transporte e de atendimen- to para suporte avançado de vida ou internação em enfermaria devem ser mantidos. O paciente tem que ser estabilizado para o transporte. Os familiares ou responsáveis devem ser comunicados sobre a gravidade do caso. O acompanhamento médico é obrigatório e regulamentado por lei do Conselho Federal de Medicina.

TABELA 9 - GASOMETRIA NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

	PaO2	PaCO2
Fase inicial compensada	Normal	Diminuído (<35mmHg)
Fase intermediária	Diminuído (<60-55mmHg)	Normal

Fase avançada acidose respiratória	Diminuído (<50-60mmHg)	Aumentado (>45mmHg)

Politraumatismo

Introdução

O tratamento de uma vítima de trauma grave requer avaliação rápida das lesões e instituição de medidas terapêuticas de suporte de vida, com uma abordagem sistematizada, através da "avaliação inicial", que inclui:

1. Preparo para o atendimento: na fase pré-hospitalar e fase intra-hospitalar
2. Triagem
3. Exame primário (ABCDEs)
4. Reanimação
5. Medidas auxiliares ao exame primário e à reanimação
6. Exame secundário (da cabeça aos pés) e história
7. Medidas auxiliares ao exame secundário
8. Reavaliação e monitoração contínuas após a reanimação
9. Cuidados definitivos

A primeira hora após o acidente é considerada a "hora de ouro", estando intimamente relacionada à sobrevida e prognóstico da criança.

Preparação

1. FASE PRÉ-HOSPITALAR:

A equipe de atendimento pré-hospitalar deve agilizar de maneira significativa o tratamento no local do trauma, devendo ser estruturado de tal maneira que o hospital que irá receber o paciente seja notificado antes que ele seja removido, pela equipe de resgate, da cena do acidente. Nessa fase, deve ser dada ênfase à manutenção das vias aéreas, ao controle dos sangramentos externos e do choque, à imobilização do doente e ao transporte imediato ao hospital apropriado mais próximo, sendo que todo esforço deve ser realizado para abreviar a permanência no local do acidente. Também deve-se dar ênfase à obtenção de informações necessárias à triagem para o encaminhamento ao hospital, tais como: hora do trauma; eventos relacionados ao trauma e a história do doente.

Triagem

A triagem é a classificação dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento necessário e os recursos disponíveis, sendo baseado nas prioridades ABCs (A – Vias aéreas e controle da coluna cervical, B – Respiração, C – Circulação, com controle da hemorragia). A triagem também se aplica à classificação dos pacientes no local e na escolha do hospital para o qual o paciente deverá ser transportado.

VÍTIMAS MÚLTIPLAS

O número de doentes e a gravidade das lesões não excedem a capacidade de atendimento do hospital. Nessa situação, os pacientes com risco de vida iminente, assim como aqueles com traumatismos multissistêmicos, terão prioridade de atendimento.

SITUAÇÕES DE DESASTRES

O número de pacientes e a gravidade das lesões excedem a capacidade de atendimento do hospital e da equipe. Nessa situação, os pacientes com maiores possibilidades de sobrevida, cujo atendimento implica em menor gasto de tempo, de equipamento, de recursos e de pessoal, serão atendidos primeiro.

Exame primário

Os pacientes são avaliados e as prioridades de tratamento são estabelecidas de acordo com suas lesões, seus sinais vitais e mecanismos da lesão. O tratamento do paciente deve consistir em um exame primário rápido, onde as condições que implicam em risco de vida devem ser identificadas e seu tratamento deve ser instituído simultaneamente à reanimação das funções vitais, seguindo o ABCDE abaixo citado

A. Vias aéreas com proteção da coluna cervical
B. Respiração e ventilação
C. Circulação com controle da hemorragia
D. Incapacidade, estado neurológico
E. Exposição/Controle do ambiente: Despir completamente o paciente, com prevenção da hipotermia.

A. MANUTENÇÃO DE VIAS AÉREAS COM PROTEÇÃO DA COLUNA CERVICAL

As vias aéreas devem ser avaliadas para assegurar a sua permeabilidade. Essa rápida avaliação deve identificar sinais de obstrução das vias aéreas, incluindo o diagnóstico quanto à presença de corpos estranhos e fraturas faciais, mandibulares ou tráqueo-laríngeas. Todas as manobras para estabelecer a perviabilidade das vias aéreas devem ser feitas com proteção da coluna

cervical. Como primeira medida, é recomendada a manobra de "levantamento de queixo "(chin lift) ou de "anteriorização da mandíbula "(jaw thrust).

Se o doente está inconsciente e não tem reflexo de deglutição, a utilização de uma cânula orofaríngea pode ser adequada em caráter temporário. Entretanto, se houver qualquer dúvida sobre a capacidade do doente manter a perviabilidade de sua via aérea ou se escala de Glasgow for menor que oito, deve-se estabelecer uma via aérea definitiva.

A cavidade oral deve ser avaliada e, no caso da presença de secreções, estas devem ser aspiradas através de sondas flexíveis no caso de secreções fluidas, ou sondas rígidas no caso de secreções espessas, sempre com o cuidado de não introduzir a sonda profundamente na cavidade orofaríngea devido ao risco de reflexo vagal e estímulo de vômitos.

Durante a avaliação e a manipulação das vias aéreas, deve se ter cuidado para evitar a movimentação excessiva da coluna cervical. A cabeça e o pescoço do doente não devem ser hiperestendidos, hiperfletidos ou rodados com o intuito de estabelecer ou manter uma via aérea pérvia. Com base na história do trauma, deve-se suspeitar da perda de estabilidade da coluna cervical. A proteção da coluna cervical deve ser feita e mantida com uso de dispositivos apropriados de imobilização. Esses dispositivos usados devem ser mantidos até que seja excluída, completamente, uma lesão da coluna cervical.

B. RESPIRAÇÃO E VENTILAÇÃO

A permeabilidade das vias aéreas, por si só, não significa ventilação adequada. Uma troca adequada de gases é necessária para que seja possível a oxigenação e a eliminação de dióxido de carbono num grau máximo. Uma boa ventilação exige um funcionamento adequado dos pulmões, da parede torácica e do diafragma. Cada componente deve ser avaliado e examinado rapidamente.

A avaliação da respiração e ventilação consta de:

1. Inspeção: procura de desvio da traquéia, deformidades, contusões, equimoses, perfurações, ferimentos, esforço respiratório, frequência respiratória, expansibilidade e simetria do tórax;
2. Palpação: procura de enfisema subcutâneo, hematomas, crepitações, dor ou fraturas de arcos costais;
3. Percussão: avaliação da simetria, presença de timpanismo ou macicez;
4. Ausculta: avaliação da presença de crepitações, roncos, sibilos, diminuição ou abolição dos sons respiratórios.

O controle definitivo das vias aéreas em pacientes que as têm comprometidas com fatores mecânicos, problemas ventilatórios, ou que estão inconscientes, é obtido através da intubação endotraqueal, por via nasal ou oral. Esse procedimento deve ser realizado com proteção contínua da coluna cervical. Caso a intubação oral ou nasal esteja contraindicada ou não seja possível, deve ser adotada uma via aérea cirúrgica.

- A intubação nasotraqueal está contraindicada nos casos de TCE, devido à possibilidade de fratura de base do crânio.

O pneumotórax hipertensivo compromete dramaticamente e de modo agudo a ventilação e a circulação; quando suspeito, deve ser tratado imediatamente por descompressão torácica.

Todo doente traumatizado deve receber oxigenoterapia suplementar. Se não for intubado, o doente deve receber oxigênio através de sistemas que garantam uma oxigenação máxima. O uso do oxímetro de pulso é uma medida valiosa para assegurar que a saturação da hemoglobina seja adequada.

C. CIRCULAÇÃO COM CONTROLE DA HEMORRAGIA

Algumas considerações devem ser feitas com relação a esse tópico.

1. Volume sangüíneo e débito cardíaco.

A hemorragia é a principal causa de mortes pós-traumáticas evitáveis através de um rápido tratamento em nível hospitalar. A hipotensão em pacientes traumatizados deve ser considerada como hipovolêmica até provarem o contrário. Portanto, é essencial a avaliação rápida e precisa do estado hemodinâmico do paciente traumatizado. Os elementos clínicos que oferecem informações importantes dentro de poucos segundos são:

1.1 Nível de consciência

Quando o volume sangüíneo está diminuído, a perfusão cerebral pode estar criticamente prejudicada, resultando em alteração do nível de consciência; no entanto, um paciente consciente também pode ter perdido uma quantidade significativa de sangue.

1.2 Cor e temperatura da pele e enchimento capilar

Um paciente traumatizado com pele de coloração rósea, especialmen- te na face e extremidades, raramente está criticamente hipovolêmico; acoloração acinzentada ou pálida da face e extremidades é sinal evidente de hipovolemia. Uma perfusão maior que três segundos indicam má perfusão tecidual.

1.3 Pulso

Um pulso central de fácil acesso (femoral ou carotídeo) deve ser examinado bilateralmente para se avaliar a sua qualidade, freqüência e regularidade. Pulsos periféricos cheios, lentos e regulares

são, usualmente, sinais de normovolemia relativa em doente que não esteja em uso de bloqueadores beta-adrenérgicos. Pulso rápido e filiforme é habitualmente um sinal de hipovolemia. Uma freqüência normal de pulso não é garantia que o paciente esteja normovolêmico. Quando irregular, o pulso costuma ser um alerta para um potencial disfunção cardíaca. A ausência de pulso central, não relacionada a fatores locais, significa a necessidade de uma ação imediata de reanimação para restaurar o déficit sangüíneo e o débito cardíaco, evitando, assim, a morte do paciente.

1.4 Pressão arterial

Sistólica mínima aceitável

- Acima de 60 mmHg RNT
- Acima de 70 mmHg durante o primeiro ano de vida
- Acima de 70 mmHg, (idade em anos X 2) em crianças de 1 a 9 anos de idade
- Acima de 90 mmHg em crianças acima de 10 anos de idade

1.5 Ausculta cardíaca

Avaliação das bulhas cardíacas quanto ao ritmo, fonese, presença de bulhas abafadas, arrítmicas ou ritmo de galope.

1.6 Jugulares e fígado

Avaliar se existe ingurgitamento jugular e se existe hepatomegalia

2. Sangramento

Hemorragias externas são identificadas e controladas no exame primário. Uma rápida perda sangüínea externa é controlada exercendo-se pressão manual direta sobre o ferimento. Os torniquetes não devem ser utilizados, pois causam esmagamento de tecidos, além de provocarem isquemia distal.

Hemorragias dentro do tórax, abdome, em partes moles ao redor de fraturas graves de ossos longos, no espaço retroperitoneal em decorrência de fratura pélvica ou como resultado de ferimentos penetrantes do tronco são as causas mais comuns de perdas ocultas de sangue.

Todo paciente politraumatizado que apresente instabilidade hemodinâmica deve ser avaliado por um cirurgião o mais rápido possível."

No mínimo, devem ser inseridos dois cateteres venosos de grosso calibre. A velocidade máxima dos fluidos administrados é determinada pelo diâmetro interno do cateter e é inversamente proporcional ao seu comprimento. Não depende do calibre da veia em que o cateter é colocado. É preferível iniciar por punções venosas periféricas nos membros superiores. O uso de outras

811

veias periféricas, de dissecções e punções de veias centrais deve ser feito de acordo com as necessidades e levando-se em consideração a habilidade do médico responsável pelo doente.

Assim que a veia for puncionada ou cateterizada, devem ser retiradas amostras de sangue para tipagem sangüínea e prova cruzada e para exames laboratoriais de rotina.

Deve ser iniciada a administração intravenosa vigorosa de fluidos com soluções salinas, de preferência aquecidas a 37º-40º. Os hemoderivados não devem ser aquecidos.

O estado de choque que se associa ao trauma é, na maioria das vezes, de origem hipovolêmica. Caso o doente não apresente resposta à infusão rápida inicial de fluidos, pode ser necessária a administração de sangue tipo específico. Se o sangue do tipo específico não estiver disponível, deve ser considerado como substituto o sangue tipo O com baixos títulos de anticorpos ou o sangue O negativo. O choque hipovolêmico não deve ser tratado com vasopressores, esteróides ou bicarbonato de sódio, ou pela infusão contínua de cristalóides e de sangue. Se a perda de sangue continua, ela deve ser controla- dá por uma intervenção cirúrgica. O processo de reanimação cirúrgica oferece ao cirurgião a oportunidade de interromper o sangramento, em complementação à restauração e à manutenção do volume intravascular.

D. INCAPACIDADE (AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA)

No final do exame primário, realiza-se uma avaliação neurológica rápida. Essa avaliação estabelece o nível de consciência do doente, assim como o tamanho da pupila e sua reação. Uma maneira mnemônica simples de avaliar o nível de consciência do paciente é o método AVDN.

A - Alerta

V - Verbaliza

D - Só responde à dor

N - Não responde a nenhum estímulo

A escala de coma de Glasgow é uma avaliação neurológica mais pormenorizada, rápida, simples e que pode ter relação com prognóstico e a evolução do doente. Essa avaliação pode ser feita ao invés do AVDN. Se não realizada durante o exame primário, a escala de coma de Glasgow deve ser feita como parte de uma avaliação neurológica mais pormenorizada.

O rebaixamento do nível de consciência pode representar diminuição na oxigenação e/ou na perfusão cerebral ou ser resultado de um trauma direto ao cérebro. A alteração do nível de consciência implica em necessida- de imediata de reavaliação da ventilação, da oxigenação e da perfusão. Deve-se ainda avaliar a simetria e reatividade das pupilas, assim como movimentação dos quatro membros.

E. EXPOSIÇÃO/CONTROLE DO AMBIENTE

O doente deve ser totalmente despido, usualmente cortando-se as roupas para facilitar o acesso adequado e o exame completo. Após terem sido removidos os trajes do doente e ter sido completada a avaliação, é imperativo que o doente seja protegido com cobertores aquecidos ou com dispositivos de aquecimento externo para prevenir a ocorrência de hipotermia no serviço de emergência.

MEDIDAS AUXILIARES AO EXAME PRIMÁRIO E À REANIMAÇÃO

MONITORAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA

A monitoração eletrocardiográfica é necessária em todos os traumati- zados. A presença de arritmias, incluindo taquicardias inexplicáveis, fibrilação atrial, extrassístoles ventriculares e alterações no segmento ST, podem indicar trauma cardíaco contuso. A atividade elétrica sem pulso, (anteriormente denominada dissociação eletromecânica), pode indicar tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo e/ou hipovolemia profunda. Quando há bradicardia, condução aberrante ou extrassístoles, deve-se suspeitar imediatamente de hipóxia ou hipoperfusão. A hipotermia extrema também provoca essas arritmias.

A oximteria de pulso é um método auxiliar valioso na monitoração do paciente.

SONDAS URINÁRIAS E GÁSTRICAS

1. Sondas Urinárias

O débito urinário é um indicador sensível da volemia do paciente e reflete a perfusão renal. A monitoração do débito urinário é realizada de forma mais adequada pela inserção de uma sonda vesical de demora. A cateterização transuretral da bexiga é contraindicada nos casos em que se suspeita de uma secção uretral.

A lesão uretral deve ser suspeitada quando há:

1. sangue no meato peniano
2. equimose perineal
3. sangue no escroto
4. deslocamento cranial da próstata ou ela não é palpável ao toque retal
5. fratura pélvica

Dessa maneira, a sondagem urinária não deve ser tentada antes que seja realizado um exame do reto e genitália. Quando há suspeita de lesão da uretra, deve ser confirmada através de uma uretrografia retrógrada antes que a sonda seja inserida.

2. Sondas Gástricas

A sonda gástrica está indicada para reduzir a distensão gástrica e para diminuir os riscos de aspiração. A descompressão do estômago diminui o risco de aspiração, porém não a evita completamente. Caso haja fraturas ou mesmo suspeitas de fraturas da placa crivosa, a sonda gástrica deve ser passada por via oral para evitar que seja introduzida acidentalmente dentro do crânio. Nessa situação, qualquer instrumentação nasofaríngea é potencialmente perigosa.

RADIOGRAFIAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

A utilização de radiografias deve ser feita de maneira racional e de modo a não retardar a reanimação do doente. As radiografias ântero-poste- riores (AP) do tórax e da pelve podem oferecer informações úteis para guiar os esforços de reanimação nas vítimas de trauma fechado. A radiografia de tórax pode detectar lesões capazes de ameaçar a vida do doente e que exigem tratamento, e as radiografias pélvicas podem evidenciar fraturas que indicam a necessidade de transfusões sangüíneas precoces. Uma radiografia lateral da coluna cervical que demonstre uma lesão é um achado importante, enquanto, quando negativa ou tecnicamente inadequada, não exclui a presença de uma lesão de coluna cervical.

O lavado peritoneal diagnóstico e a ultrassonografia abdominal constituem-se em instrumentos úteis para a detecção rápida de sangramento oculto intra-abdominal. A identificação precoce da fonte de perda sangüínea pode indicar a necessidade do controle cirúrgico da hemorragia.

Exame secundário

O exame secundário só deve ser iniciado após se completar o exame primário (ABCDEs). Esse exame é um exame físico do doente traumatizado da cabeça aos pés, isto é, uma história clínica e um exame físico completo, incluindo a reavaliação de todos os sinais vitais. Cada região do corpo deve ser examinada por completo. Durante essa avaliação devem ser feitas as radiografias indicadas. Esses estudos radiográficos podem ser realizados em qualquer momento do exame secundário.

HISTÓRIA

Toda avaliação médica completa deve incluir uma história dos mecanismos do trauma. A utilização do código "AMPLA "é uma fórmula mnemônica útil para alcançar essa finalidade.

A - Alergia

M - Medicamentos de uso habitual

P - Passado médico/Prenhez

L - Líquidos e alimentos ingeridos recentemente

A - Ambiente e eventos relacionados ao trauma

As condições do doente são fortemente influenciadas pelo mecanismo do trauma. O pessoal do atendimento pré-hospitalar pode fornecer valiosas informações quanto a tais mecanismos e deve reportar os dados pertinentes ao médico atendente. Alguns tipos de lesões podem ser suspeitados de acor- do com a direção da força e a quantidade de energia desprendida.

EXAME FÍSICO

1. Cabeça

O exame secundário começa com a avaliação da cabeça e com a identi- ficação de todas as lesões relacionadas e significativas. Toda a cabeça e o couro cabeludo devem ser examinados à procura de lacerações, contusões ou evidências de fraturas. Visto que o edema periocular pode dificultar um exame ulterior mais pormenorizado, os olhos devem ser reavaliados para determinar:

a. Acuidade visual
b. Tamanho da pupila
c. Hemorragias do fundo e conjuntiva
d. Lesões penetrantes
e. Lentes de contato (remover antes que ocorra edema)
f. Deslocamento do cristalino
g. Encarceramento ocular

2. Face

Os traumatismos da face, quando não estão associados à obstrução das vias aéreas ou a sangramentos importantes, só devem ser tratados após a completa estabilização do doente e quando as lesões que trazem risco de vida estiverem totalmente controladas.

3. Coluna Cervical e Pescoço

Doentes com trauma craniano e maxilo-facial devem ser considerados como portadores de lesão instável de coluna cervical (fraturas e/ou lesões de ligamentos). Seu pescoço deve ser imobilizado até que sua coluna cervical tenha sido estudada por completo e tenham sido excluídas possíveis lesões. A ausência de déficit neurológico não exclui lesão da coluna cervical, e este tipo de lesão deve ser presumido até que um estudo radiológico completo tenha sido revisado por um médico com experiência na detecção radiológica de fraturas cervicais.

O exame de pescoço inclui inspeção, palpação e ausculta. Dor ao longo da coluna cervical, enfisema subcutâneo, desvio da traquéia e fratura da laringe podem ser evidenciados em um exame mais detalhado. As artérias carótidas devem ser palpadas e auscultadas para verificar a presença de frêmi- tos e sopros. Evidências de traumas fechados na projeção desses vasos devem ser procuradas e, se presentes, devem alertar para a possibilidade de lesão da artéria

carótida. Oclusão ou dissecação da artéria carótida podem ocorrer tardiamente após uma lesão, sem sinais ou sintomas precursores. A maioria das lesões vasculares cervicais são produzidas por ferimentos penetrantes. Entretanto, um trauma cervical fechado ou uma lesão por tração devido a cinto de segurança podem produzir ruptura da íntima, dissecção e trombose.

Ferimentos cervicais penetrantes podem lesar diferentes órgãos e sis- temas. O achado de sangramento arterial ativo, hematoma em expansão, frêmito arterial; ou comprometimento da via aérea freqüentemente exige avaliação cirúrgica. Paralisia isolada ou inexplicada de uma extremidade superior deve levantar a suspeita de lesão de raiz de nervo cervical e deve ser documentada cuidadosamente.

4. Tórax

A inspeção visual do tórax, em sua face anterior e posterior, permite identificar lesões como pneumotórax aberto e grandes segmentos instáveis. Uma avaliação completa do tórax requer a palpação de toda a caixa torácica, incluindo clavículas, costelas e esterno. A pressão esternal é dolorosa se o esterno estiver fraturado ou quando há disjunção costocondral. Contusões e hematomas da parede torácica devem alertar o médico para a possibilidade de lesões ocultas. Lesões torácicas significativas podem manifestar-se por dor, dispneia ou hipóxia. A avaliação inclui a ausculta e radiografia do tórax. O murmúrio vesicular é auscultado na parte ântero-superior do tórax para a identificação do pneumotórax e na face posterior das bases para detecção de hemotórax. Os achados auscultatórios podem ser de difícil avaliação em um ambiente barulhento, mas podem revestir-se de extrema utilidade. Bulhas abafadas e pressão de pulso diminuída podem indicar um tamponamento cardíaco. O tamponamento cardíaco e o pneumotórax hipertensivo podem ser sugeridos pela presença de distensão das veias do pescoço, embora a hipovolemia associada possa diminuir ou mesmo abolir esse sinal. A diminuição do murmúrio vesicular, o timpanismo, a percussão e o choque podem ser os únicos sinais de um pneumotórax hipertensivo e da necessidade da descom- pressão torácica imediata. A radiografia do tórax confirma a presença do hemotórax ou pneumotórax simples. As fraturas de costelas podem estar presentes e não serem visualizadas nas radiografias. Alargamento do mediastino e o desvio da sonda para a direita podem sugerir ruptura de aorta.

5. Abdome

As lesões abdominais devem ser identificadas e tratadas de maneira agressiva. O diagnóstico específico não é tão importante quanto a identificação da presença de uma lesão e a necessidade de corrigi-la cirurgicamente.

Doentes com hipotensão inexplicada, lesões neurológicas, alteração do sensório decorrente do uso do álcool e/ou drogas e com achados abdomi- nais duvidosos devem ser considerados como candidatos a uma lavagem peritoneal, a uma ultrassonografia abdominal ou, caso estejam hemodinamicamente normais, a uma tomografia computadorizada do abdome com contraste intravenoso e intragástrico. As fraturas de pelve e das últimas costelas também podem dificultar o diagnóstico preciso e a interpretação dos acha- dos do exame do abdome, pois a palpação abdominal pode despertar dor neste local.

6. Períneo/Reto e Vagina

O períneo deve ser examinado à procura de contusões, hematomas, lacerações e sangramento uretral.

O toque retal deve ser realizado antes da introdução do caráter urinário. Especificamente, o médico deve avaliar a presença de sangue na luz intestinal, a existência de próstata alta e flutuante, a presença de fraturas pélvicas, a integridade da parede do reto e a tonicidade do esfíncter.

Nas doentes do sexo feminino, o toque vaginal é parte fundamental do exame secundário. O médico deve avaliar a presença de sangue na vagina e a existência de lacerações vaginas. Além disso, um teste de gravidez deve ser realizado em todas as mulheres em idade fértil.

7. Sistema musculoesquelético

As extremidades devem ser inspecionadas para verificar a presença de contusões e deformações. A palpação dos ossos pesquisando dor ou movimentos anormais ajuda na identificação de fraturas ocultas.

Lesões vasculares significativas de extremidade podem existir sem que seja possível identificar fraturas quer no exame físico quer na radiografia. A ruptura dos ligamentos provoca instabilidade da articulação. A lesão de tendões interfere com a movimentação ativa da estrutura afetada. Perdas da sensibilidade ou da contratilidade muscular voluntária podem ser decorrentes de uma lesão nervosa ou de isquemia, incluindo a resultante de síndrome compartimental.

O médico deve lembrar que a avaliação musculoesquelética não é completa sem o exame de dorso do doente. Se o dorso não for examinado, lesões significativas podem passar despercebidas.

8. Sistema Nervoso

Um exame neurológico abrangente não inclui apenas uma avaliação sensorial e motora das extremidades, mas também a reavaliação do nível de consciência e do tamanho e da resposta

da pupila do paciente. A escala de coma de Glasgow facilita a identificação precoce de alterações no estado neurológico.

Qualquer evidência de perda de sensibilidade, paralisia ou fraqueza sugere lesão grave de coluna ou do sistema nervoso periférico. O déficit neurológico, quando identificado, deve ser documentado mesmo quando for necessária a transferência para outro hospital ou para outro especialista. A imobilização de todo o doente, usando pranchas longas, colares cervicais semirrígidos e/ou outros aparelhos de imobilização cervical, deve ser mantida até que as lesões de coluna tenham sido excluídas. A proteção da medula é obrigatória continuamente até que sejam descartadas lesões de coluna e especialmente quando o doente é transferido.

Nos doentes com lesões neurológicas é necessário um parecer precoce do neurocirurgião. Se um doente com traumatismo craniano piora do ponto de vista neurológico, a oxigenação e a perfusão do cérebro e a adequação da ventilação (ABCDE) devem ser reavaliadas. Pode ser necessária uma intervenção neurocirúrgica ou a adoção de medidas que visem à redução da pressão intracraniana.

Medidas auxiliares ao exame secundário

Durante o exame secundário, podem ser realizados testes diagnósticos especializados para identificar lesões específicas. Eles incluem: radiografias adicionais da coluna e das extremidades, tomografia computadorizada da cabeça, tórax, abdome e coluna; urografia excretora e arteriografia; ultrassonografia transesofágica; broncoscopia; esofagoscopia e outros procedimentos diagnósticos. Quando os equipamentos para a realização desses procedimentos não estão disponíveis de imediato, torna-se necessário o transporte de doentes para outras áreas do hospital.

Reavaliação

O doente traumatizado deve ser reavaliado constantemente para assegurar que fatos novos não passem despercebidos e para identificar o agrava- mento de anormalidades já conhecidas.

O alívio da dor é uma parte importante do manuseio do traumatizado. Muitas lesões, especialmente músculo-esqueléticas, produzem dor e ansiedade no doente consciente. A analgesia, para ser efetiva, requer geralmente a utilização de opiáceos intravenosos ou ansiolíticos. Injeções intramusculares devem ser evitadas. Esses agentes devem ser administrados cautelosamente e em pequenas doses para alcançar o nível desejado de conforto para o doente e alívio da ansiedade, evitando, ao mesmo tempo, a depressão respiratória e o mascaramento de lesões sutis ou de mudança no estado do doente.

Tratamento definitivo

O tratamento definitivo começa após a identificação das lesões do paciente, resolvendo-se os problemas que implicam em risco de vida e tendo-se em mãos os resultados de exames especializados.

TRANSFERÊNCIA

Se as lesões do doente excedem a capacidade da instituição em fornecer tratamento adequado, o processo de transferência deve ser iniciado tão logo tal necessidade seja identificada. O atraso em transferir o doente a uma instituição dotada de recursos mais adequados pode aumentar significativa- mente os riscos de mortalidade.

Traumatismo Cranioencefálico

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é um importante problema de saúde pública nas crianças e adultos jovens, apesar de a maioria dos traumatismos serem considerados leves e não necessitarem de intervenção médica. Ocorre um alto índice de morbidade e mortalidade nessa faixa etária.

Segundo estatísticas americanas, a taxa de novos casos de trauma craniano chega a 200 por 100 mil habitantes entre crianças abaixo de 15 anos de idade e 340 por 100 mil habitantes entre adolescentes e adultos jovens. Cerca de 12% das crianças com TCE necessitam de cuidados médicos e, destas, 2% são hospitalizadas, acarretando 100 mil internações pediátricas nos EUA por ano. A taxa de mortalidade é de cerca de 10% (compare-se com a mortalidade por leucemia, segunda causa de morte na infância – de cerca de 2%). Os meninos são acometidos duas vezes mais que as meninas, tendo também maior probabilidade de seu TCE ser grave ou fatal.

Consequentemente, o custo para o tratamento do TCE nos EUA tem sido uma importante preocupação, pois cada criança hospitalizada por TCE gasta mais de US$ 10milhões, implicando em mais de US$ 1 bilhão por ano de despesas. Além do mais, as implicações sociais que esse problema gera vão além dos gastos públicos. Embora a maioria das crianças com TCE grave fiquem dependentes permanentemente, as que têm um trauma menos grave apresentam sequelas mais sutis, como dificuldades neuropsicológicas, predispondo ao insuficiente rendimento escolar, dificuldade de se empregarem, além de desajustes sociais.

Mecanismo de trauma na infância

O TCE na infância difere do adulto em vários aspectos, além de variar com a faixa etária. Podemos incluir, ainda, os traumatismos do período neonatal, decorrentes do trabalho de parto (céfalo-hematomas, fraturas de crânio, hemorragias intracranianas).

Alguns autores relatam que o abuso infantil (ou trauma não-acidental) é a causa mais importante de TCE nas crianças entre dois e quatro anos de idade. Entretanto, é difícil determinar a real causa desses traumas, pois eles podem estar incluídos entre as quedas ou outras causas de relevância "menor". O abuso infantil é superado apenas pelos acidentes automobilísticos na população pediátrica. E as quedas estão entre as causas mais comuns de TCE nas crianças entre dois e quatro anos (da própria altura, escadas, camas e, no nosso meio, das lajes). Outro tipo de acidente muito comum é o de queda de objetos sobre a cabeça das crianças, tais como televisões.

Já entre os escolares, as quedas tornam-se menos frequentes, sendo os acidentes de trânsito os mais importantes, principalmente os que envolvem bicicletas, com alta taxa de acidentes fatais. Traumas penetrantes estão relacionados com quedas sobre objetos cortantes, mas também com acidentes automobilísticos. Surpreendentemente, nos últimos anos, temos observado mais traumatismos decorrentes por arma de fogo.

Considerações anatômicas

Há características próprias na infância que devem ser consideradas quanto ao traumatismo crânio-encefálico. Deve estar claro que as diferenças estruturais em relação às do adulto interferem na sua resposta ao agente agressor. Apesar do peso do neonato equivaler a apenas 15% daquele do adulto, o cérebro compreende 15% do total do peso ao nascimento, em relação a 3% do adulto. O tecido cerebral imaturo cresce rapidamente, atingindo cerca de 75% do peso do adulto aos dois anos de idade e 90% aos seis anos. O conteúdo de água diminui com a idade, assim como a distribuição neuronal e dendrítica vai interferir nos mecanismos bioquímicos de resposta ao trauma.

Também devemos considerar as diferentes estruturas anatômicas para classificar o TCE:

1. LESÕES DE COURO CABELUDO: são aquelas próprias das lacerações e contusões da pele, céfalo-hematoma do neonato e hematoma subgaleal.
2. LESÕES ÓSSEAS: as fraturas que acometem o crânio na convexidade e nas bases. Quanto às de convexidade, podemos encontrar as lineares, as diástases de suturas, as fraturas-afundamentos e as fraturas em crescimento. Estas últimas são características da criança menor de um ano de idade, onde há uma laceração da dura-máter subjacente a uma fratura, criando-se uma "fístula" liquórica para um tecido de aracnóide que fica encistado nas bordas da fratura (conhecido também como cisto leptomeníngeo).

3. LESÕES INTRACRANIANAS: podem ser intra ou extra-axiais, de acordo com sua localização em relação à superfície do sistema ner- voso central.

Dentre as intra-axiais, temos os hematomas intraparenquimatosos, contusões e lacerações cerebrais, cisalhamento dos axônios, hemorragias ventriculares. As extra-axiais ainda podem ser extras ou intradurais. Temos a hemorragia subaracnóide, os hematomas extradural e subdural.

Classificação do TCE

A principal classificação dos traumatismos crânio-encefálicos é baseada na sua gravidade. Para tanto, é necessário conhecer a Escala de Coma de Glasgow modificada para crianças. Os itens avaliados são os mesmos do que se sabe para adultos, diferindo apenas na interpretação verbal mais adequadá para a população pediátrica.

ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea 3 – ao chamado 2 – à dor 1– ausente

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece às ordens 5 – localiza estímulo 4 – flexão inespecífica 3 – decortica

2 – Descerebra 1 – ausente

RESPOSTA VERBAL

5 – Adequada à idade, fixa e segue, sorriso social 4 – choro consolável

3 – Persistentemente irritável 2 – letárgica 1 – ausente

De acordo com a pontuação, Cooper classifica o TCE em:

1- LEVE: Glasgow entre 13 e 15 pontos

2- MODERADO: Glasgow entre 9 e 12 pontos

3- GRAVE: Glasgow entre 3 e 8 pontos

Entretanto, para melhor compreender o TCE, é importante entender o que significam traumas primário ou secundário e traumas focais e difusos.

Por trauma primário, temos os efeitos imediatos e irreversíveis da dissipação de energia do agente agressor. Isso inclui: a ruptura neuronal e glial direta, o trauma vascular e as lacerações próprias de um agente penetrante no tecido cerebral. A natureza do trauma primário vai depender do mecanismo e da quantidade de energia transferida ou dissipada para o tecido nervoso.

Em contrapartida, após os eventos desencadeados pelo insulto inicial, alguns podem acelerar novas lesões celulares. Esta "cascata" de eventos constitui o que se chama de trauma secundário.

821

Muitos fatores contribuem para o dano cerebral secundário: hipotensão arterial, hipóxia, distúrbios hidroeletrolíticos etc., que vão perpetuando novas lesões secundárias.

Daí, baseando-se nessa cadeia de eventos, é que se atua hoje na interrupção dos danos subsequentes:

A- Prevenindo a isquemia cerebral, especialmente pelo controle da pressão intracraniana e mantendo a pressão arterial normal;

B- Mantendo substrato energético (oxigênio e glicose);

C- Prevenindo distúrbios metabólicos e infecciosos que podem resultar em mais danos cerebrais.

Traumas focais incluem as contusões, lacerações, hematomas traumáticos, desvios das estruturas cerebrais por compressão das lesões expansivas ou por traumas penetrantes. Por traumas difusos, temos as concussões cerebrais, a lesão axonal difusa, o brain swelling e as lesões secundárias, a hipóxia e isquemia.

Existem algumas particularidades na diferenciação dessas lesões nas crianças. O hematoma intraparenquimatoso traumático é raro no grupo pediátrico. A patogênese dessa lesão ainda é incerta, mas parece tratar-se de ruptura dos vasos arteriais centrais. O diagnóstico diferencial com as contusões se faz pela falta de continuidade do hematoma com a superfície do cérebro. O tratamento cirúrgico só deve ser considerado se há hipertensão intracraniana descontrolada, pois não se observa diferença na evolução das lesões já causadas nas estruturas atingidas.

Os traumas penetrantes muitas vezes podem passar despercebidos. Devido à pequena espessura do crânio da criança, especialmente a região temporal, assoalho das órbitas e da fossa nasal, objetos podem por aí penetrar e um edema no local de entrada pode mascarar a ferida puntiforme. Isso é comum com pedaços de madeira, lápis, vidro e objetos afiados. O diagnóstico frequentemente é tardio quando se encontram sinais de hipertensão intracraniana por hemorragias ou abscessos, ou ainda fístula liquórica. Quando o trajeto da lesão possibilitar uma lesão vascular, deve-se fazer um estudo angiográfico para se descartar um aneurisma traumático.

Hematoma extradural é uma lesão muito pouco frequente na população pediátrica (1,5% a 3,5%, segundo Choux). Diferentemente dos adultos, que têm o clássico sangramento por lesão da artéria meníngea média, a hemorragia epidural na infância é atribuída ao sangramento da díploe ou venoso dural. Devido à demora do início dos sintomas (muito comum nessa faixa etária), a anemia pode ser o primeiro sinal dessa lesão. Ainda há a possibilidade do extravasamento pela linha de fratura craniana, devido à pequena espessura óssea, o que ainda retarda o diagnóstico.

O hematoma subdural é pouco frequente na infância predomina na faixa neonatal (trauma de parto) ou por abuso infantil. Quando ele aparece, é predominante antes dos três anos de vida.

O hematoma subdural agudo é acompanhado de lesão cerebral difusa, o que explica a persistência da hipertensão intracraniana, apesar de sua evacuação cirúrgica.

Quanto ao hematoma subdural crônico, é comum como resultado de um abuso, como sequela de recuperação de um trauma grave ou após procedimento de drenagem por uma derivação craniana (para tratamento cirúrgico de hidrocefalia).

Referindo-se aos traumas difusos, é importante salientar que o tecido cerebral imaturo tolera menos a hipotensão arterial do que a hipóxia. Isso pode ser explicado pela menor exigência metabólica do tecido cerebral imaturo. Pode-se também entender por que as crianças mais novas têm melhor recuperação de traumas graves em relação às mais velhas.

Brain swelling parece ser mais comum no grupo pediátrico em relação aos adultos. Entretanto, é a maior causa de deterioração e ameaça à vida depois de um trauma leve ou moderado.

Abuso infantil

Também conhecido como "Shaking-Impact Injuries of Infancy", "Shaken-Baby Syndrome", Síndrome da Criança Espancada. É considerada a maior causa de mortalidade traumática infantil após acidentes automobilísticos. Mesmo em estatísticas americanas, a real incidência do trauma não acidental permanece desconhecida. Tem-se atribuído cerca de 10% dos traumas cranianos nas crianças abaixo de dois anos de idade.

O quadro clínico se caracteriza por hematoma subdural agudo e hemorragia subaracnóide, hemorragia retiniana e focos de neoformação óssea das regiões epifisárias de ossos longos. O mecanismo da lesão cerebral ainda é incerto, mas trabalhos recentes descrevem a necessidade de um trauma contuso associado, e não apenas atribuído a forças de aceleração e desaceleração abruptas.

O diagnóstico é baseado nas evidências clínicas descritas, além de muita suspeição, quando a história do trauma é desproporcional aos achados das lesões traumáticas. Infelizmente, muitas vezes os profissionais dos serviços de urgência não estão preparados para fazer o diagnóstico com sinais sutis, tais como: precário estado de higiene e nutrição, atraso no desenvolvimento, lesões de partes moles e ósseas em diferentes estados de cicatrização ou queimaduras.

É importante que as autoridades competentes sejam acionadas quando se suspeita de um abuso infantil, para que a criança seja protegida dos fatores agressores, muitas vezes, os próprios cuidadores.

Quanto às lesões neurológicas, devem ser tratadas assim que identificadas, a mais comum é o hematoma subdural. A evolução não é satisfatória: 7% a 30% dos pacientes morrem; 30% a 50%

apresentam sérios déficits cognitivos e neurológicos; apenas 30% têm uma oportunidade de recuperação boa.

Pequenos Ferimentos

Trauma é, genericamente, a lesão de um tecido em sua integridade anatômica e vitalidade celular. Pode ser produzido por agentes físicos (mecânicos, térmicos, elétricos e irradiantes), químicos (cáusticos) e biológicos (substâncias venenosas).

Os traumatismos superficiais constituem a maior parte do atendimento de cirurgia ambulatorial. A maioria deles é de origem extrínseca, acidental e doméstica. A prevenção é indiscutivelmente a maior arma contra essas lesões, e a maioria poderia ser evitada com medidas simples de cuidados com as crianças.

Classificação

O critério mais aceito para se classificar as feridas se baseia no grau de acometimento, podendo ser superficiais, quando acometem apenas pele e teci- do celular subcutâneo, ou profundas, quando acometem fáscias, músculos e estruturas nobres, como nervos, tendões, vasos, ossos e vísceras. Quanto à solução de continuidade, podem ser fechadas (contusões leves, edemas traumáticos, equimoses, hematomas e seromas superficiais) ou abertas (feridas).

As feridas podem ser classificadas em:

QUANTO À NATUREZA DO AGENTE:

1. Ferida incisa: o agente vulnerante é cortante, produzindo ferida linear e com bordas regulares.
2. Ferida contusa: o agente é de superfície geralmente romba, produzindo feridas irregulares, com bordas traumáticas (ferida corto-contusa, ferida perfuro-contusa).
3. Ferida perfurante: o objeto é fino e pontiagudo, produzindo lesão puntiforme ou linear com bordas regulares ou não.
4. Ferida penetrante: o objeto é pontiagudo e penetra numa cavidade natural do organismo.
5. Ferida transfixante: é uma ferida perfurante em que o agente penetra e atravessa um tecido ou órgão em toda sua espessura.

QUANTO À CONTAMINAÇÃO:

1. Ferida limpa: há um grau mínimo de contaminação bacteriana.
2. Ferida suja: é uma ferida contaminada com possibilidade de infecção.
3. Ferida infectada: já houve proliferação de microrganismos, com processo infeccioso.

QUANTO À COMPLEXIDADE:

1. Ferida simples: pequenos ferimentos sem perda tecidual, sem contaminação.
2. Ferida complexa: feridas irregulares com perda de substância, esmagamento e corpos estranhos inclusos.

Tratamento

As lesões superficiais podem ser tratadas com fechamento primário (sutura imediata), fechamento primário retardado (ferida com mais de oito horas de evolução em que, após quatro dias de observação constatando ausência de infecção, realiza-se sutura) e fechamento por segunda intenção (quando a ferida aberta se fecha naturalmente).

O mais importante no tratamento das feridas não é propriamente o tipo de sutura, a espessura do fio etc., e sim toda a preparação para a realização dele. Higienização exaustiva com soro fisiológico, retirada de corpos estranhos e tecido desvitalizado, hemostasia e degermação da área vizinha com PVPI ou clorexidine a 2%. A técnica cirúrgica tem que ser asséptica, evitando contaminação do procedimento. "É preferível deixar uma ferida aberta, porém bem limpa, do que suturar sem os cuidados descritos." Para limpar bem, a ferida geralmente necessita estar anestesiada para conforto do paciente. Pequenos ferimentos normalmente são tratados com anestesia local simples, sem sedação.

A criança não cooperativa, até a idade de quatro a cinco anos (em geral), deve ser contida, podendo ser enrolada em lençóis, e, de preferência, deve estar em companhia dos pais ou responsáveis. Dependendo da estrutura a ser suturada cuja imobilidade precise ser absoluta, como na lesão de pálpebras, por exemplo, a criança deveria ser sedada ou, em casos selecionados, receber anestesia geral.

Anestesia

A anestesia utilizada nos pequenos ferimentos é a anestesia local em suas várias modalidades (infiltração local, bloqueio de campo e bloqueio regional). Se não há um grau de contaminação intenso, devem-se infiltrar as bordas por dentro da ferida, perpendicular à borda, com pontos equidistantes, até a infiltração completa da ferida, percebida pela tumescência dela; isso diminui a dor e a quantidade de anestésico utilizada.

O anestésico mais utilizado é a Lidocaína com a dose máxima de 5mg/ kg nas crianças. Doses maiores podem provocar sonolência, depressão do miocárdio e do sistema de condução cardíaca e ainda convulsões.

Sutura

O fio mais utilizado para sutura de pele é o mononylon com agulha cortante (traumática), cuja espessura depende da região a ser suturada, do tamanho da ferida e da idade do paciente. Utiliza-se, normalmente, o 6-0 (na face), 5-0 (tronco e membros) ou 4-0 (couro cabeludo).

A sutura é feita com pontos simples numa quantidade suficiente para a aproximação total da ferida sem tensão (lembrar que a sutura tem o objetivo de afrontar as bordas e que a natureza irá providenciar a cicatrização). O resultado estético está diretamente relacionado à menor quantidade de pontos necessários para o fechamento completo da lesão e à perfeição da aproximação das bordas. O primeiro nó é duplo (nó de cirurgião), o segundo encosta no primeiro, o terceiro aperta e o quarto garante que não haja afrouxamento dos demais.

Curativo

O curativo deve ser feito com gaze estéril e fita de micropore, cujo objetivo é absorver secreções por 24 horas, manter a ferida isolada de contaminações e ventilada; após esse período já ocorreu a epitelização da parte mais superficial da epiderme e o isolamento dela do meio ambiente. Podemos então retirar o curativo e manter a ferida limpa com água corrente e sabão neutro e seca, sem necessidade de outro curativo (nos casos de fechamento primário). Nos outros tipos de fechamento, deve-se manter o curativo até a total resolução do processo, com avaliações sequenciais e renovação pela enfermagem, sempre com técnica asséptica. Pode-se usar nas feridas (secretantes) pomada de neomicina e bacitracina; e se há a necessidade de debridar tecidos necróticos, podemos optar pelo debridamento químico feito pela colagenase associada com o antibiótico. O curativo no tronco e extremidades pode ser fixado com atadura de crepom, principalmente quando há várias feridas, como escoriações, por exemplo.

Infecções inespecíficas

Existe a máxima na cirurgia que "abscesso drenado é um abscesso tratado"; isso deve ser levado à risca independentemente do tipo do agente causal e da localização. O orifício de drenagem deve ser amplo e mantido até a resolução completa do quadro, pois as defesas orgânicas vêm de dentro para fora combatendo a infecção. O orifício pode ser mantido com a presença dos drenos de penrose que são introduzidos na cavidade de maneira sanfonada e retirados gradativamente (aproximadamente 1 cm ao dia). A cobertura antibiótica sistêmica deve ser utilizada quando há repercussões clínicas dele (febre). Se há tecido necrótico, este deve ser debridado agressivamente (por exemplo na infecção do antraz). É de suma importância aguardar

a flutuação do abscesso para drenagem, podendo este processo ser acelerado com o uso do calor local.

Corpos estranhos

São de natureza variada, devendo quase sempre ser retirados, principalmente se localizados em áreas de articulação. É importante o diagnóstico que pode ser feito pela palpação e, se radiopacos, pela radiografia simples. Muitos serão expelidos naturalmente pelo organismo. Lembrar sempre a possibilidade de tétano.

Nos casos peculiares de acidente com anzóis pela presença na ponta de um "gancho" que dificulta sua retirada por tração simples, devemos, após anestesiar, torná-lo transfixante pela progressão da ponta do anzol na sua curvatura, cortar a sua ponta e, com movimento inverso, retirar o fragmento restante pelo orifício de entrada.

A retirada de corpos estranhos é, na maioria das vezes, extremamente difícil devendo-se recorrer ao intensificador de imagem para o sucesso do procedimento.

Acidentes por Submersão

Introdução

Os acidentes por submersão são causa importante de mortalidade e morbidade em crianças e adolescentes em todo o mundo. A mais importante consequência desse tipo de acidente é a hipóxia, estando a duração dela, assim como a imediata ressuscitação, ainda na cena do acidente, intimamente relacionada à sobrevida e principalmente à qualidade de vida após o acidente.

Trata-se de um grave problema de consequências catastróficas, cuja principal solução é a conscientização de todos aqueles que, de forma direta ou indireta, lidam com crianças e adolescentes, sendo a prevenção o ponto chave para evitar que tais acidentes aconteçam, assim como está no treinamento dos profissionais que lidam com crianças e da população em geral (Suporte Básico de Vida), a qualidade do atendimento prestado, que é fator crucial no prognóstico da criança.

Definição e classificação

Muitos definições e termos são utilizados para descrever os acidentes por submersão. Anteriormente, eram aceitos os seguintes conceitos:

802

- Afogamento: morte por asfixia enquanto submerso ou nas primeiras 24hs após o acidente.
- Semi-afogamento: episódios bastante graves, que justificam assistência médica à vítima e podem eventualmente, resultar em morbidade e mortalidade.

Segundo as novas recomendações do Ilcor Task Force (Guidelines 2.000 Conference), os termos atualmente recomendados são:

1. Salvamento aquático – Vítima alerta após o evento, com sintomas leves e transitórios, não necessitando de transportes ou cuidados médicos.
2. Submersão – Vítima que necessita de transporte para a unidade de emergência para observação e tratamento.
3. Afogamento – Acidente por submersão onde há morte na cena, na sala de emergência, durante o resgate ou nas primeiras 24 horas do evento.

Se ocorrer óbito após 24 horas do evento, o termo afogamento é substituído por morte relacionada a afogamento; caso haja sobrevida, a vítima deve ser considerada como vítima de acidente por submersão.

Incidência

Segundo estudo americano, no ano de 2000 ocorreram mais de 1.400 vítimas fatais, menores de 20 anos, devido a afogamento. No mesmo estudo, de 1999 -2000 os acidentes por submersão foram a segunda causa de acidentes em crianças e adolescentes (01 a 19 anos).

Em crianças maiores de um ano, a incidência é maior em meninas.

- Até 01 ano – o principal local de acidentes são banheiras;
- 01 – 04 anos – principalmente piscinas;
- 05 – 12 anos – rios, piscinas, mergulhos em locais rasos, convulsões;
- 13 – 19 anos – ingestão de álcool ou drogas/esportes aquáticos.

Crianças com quadro de epilepsia NUNCA devem ser deixadas sem supervisão, mesmo durante o banho (principalmente em banheiras).

Síndrome do QT Longo – Em crianças com esse quadro, o ato de nadar seria um fator arritmogênico, favorecendo o acidente devido à perda de consciência.

Atendimento inicial

Nenhuma modificação é necessária na sequência inicial da ressuscitação do paciente vítima de acidente de submersão. Entretanto, algumas considerações devem ser feitas:

1. A ressuscitação deve ser iniciada o mais rápido possível, às vezes se a situação assim o permitir, ainda na água.
2. O reanimador deverá minimizar ao máximo o perigo para si e para a vítima.
3. Atenção deve ser dada à possibilidade de TRM (Traumatismo Raqui-Medular), principalmente em águas rasas e acidentes com equipa- mento de recreação.
4. Abertura de vias aéreas deve ser realizada levando-se em consideração a possibilidade de TRM.
5. Não é recomendada a manobra de HEIMLICH (manobra usada para desobstrução de vias aéreas por corpo estranho), pois, além de retardar o início da ventilação, pode produzir graves complicações tais como vômitos e aspiração. Quando houver suspeita de obstrução por corpo estranho, iniciar compressões torácicas, pois são consideradas tão eficazes quanto a manobra de HEIMLICH, e com menor índice de complicações nesse tipo de vítima.
6. Considerar a possibilidade de distúrbio de ritmo (principalmente em maiores de oito anos).
7. Fibrilação Ventricular em vítimas com hipotermia grave (Tax: menor que 30ºC); aplicar o máximo de três "choques". Caso não haja sucesso, retornar ao ABCDE, até que a temperatura corporal fique maior que 30ºC, para tentativa de novas desfibrilações.
8. Atentar para grande possibilidade de vômitos durante a ressuscitação; caso ocorra, a vítima deve ser posicionada em decúbito lateral, com desobstrução da cavidade oral, usando-se as mãos, panos etc. Se há possibilidade de traumatismo raquimedular, a vítima deve ser mobilizada em bloco.

Fisiopatologia

A sequência de eventos que ocorre após a submersão foi exaustivamente estudada em modelos animais, e esses eventos são considerados similares aos ocorridos em humanos.

Durante os primeiros minutos, ocorre pânico e pequena quantidade de líquido pode ser aspirada até a hipofaringe, causando laringoespasmos. A vítima pode deglutir grandes volumes de líquido.

Em 85% a 90% dos casos, o laringoespasmo inicial desaparece com aspiração de grandes volumes de água; em alguns casos, o laringoespasmo persiste e há pequena quantidade de líquido aspirado. Pode também ocorrer vômito com aspiração do conteúdo gástrico.

A hipotermia persistente causa danos cerebral e eventualmente leva ao colapso circulatório, dano do miocárdio e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Depois que a vítima aspira a água do mar, o líquido hipertônico promove a saída de água da circulação para o interior dos pulmões, ficando os alvéolos cheios de líquido, porém perfundidos (edema pulmonar). O surfactante pulmonar é expulso. A vítima desenvolve hipovolemia e aspira maiores quantidades de água do mar (maior que 11 ml/Kg), e o volume sanguíneo pode reduzir-se a até 65% do normal.

A aspiração da água doce pode provocar um aumento do volume sanguíneo porque, em grandes quantidades, o líquido hipotônico é absorvido pela circulação. O surfactante é alterado numa combinação com a hipóxia regional e o shunt intrapulmonar, resultando em hipoxemia sistêmica; esta causa vasoconstrição arterial pulmonar reflexa, depressão miocárdica e alte- ração da permeabilidade capilar pulmonar. Todos esses eventos induzem um retorno de líquido ao pulmão com consequente edema pulmonar súbito.

Apesar de todas essas considerações acerca da osmolaridade do líquido aspirado, do ponto de vista clínico e de tratamento, não se observam alterações significativas quanto ao tipo de líquido aspirado.

Fisiopatologia Pulmonar

Os eventos patológicos pulmonares incluem aumento da resistência das vias respiratórias periféricas, graus variáveis de laringoespasmo, vaso- constrição pulmonar reflexa, induzindo à hipertensão pulmonar, diminuição da complacência pulmonar, queda da relação ventilação/perfusão, desvios de líquidos através da membrana celular, perda do surfactante (água salgada) ou alteração das suas propriedades (água doce), produção de espuma e alterações anatômicas das células epiteliais alveolares.

Quando se aspira um líquido, um reflexo vagal eferente causa obstrução das vias respiratórias periféricas. O reflexo é predominantemente mediado pela osmolaridade do líquido, em vez de pelo volume; logo, pequenas quantidades de água doce podem provocar vasoconstrição pulmonar e resultar em hipertensão pulmonar. Volumes maiores de líquido causam perfusão vascular dos alvéolos não-ventilados e, em combinação com a perda ou a inativação do surfactante, do colapso alveolar e da hipertensão pulmonar, resultam em diminuição da

complacência pulmonar. Poucos minutos após a respiração de pequenas quantidades de água doce, um shunt intrapulmonar, devido à perfusão de áreas não-ventiladas, poderá aumentar dos 5% a 18% normais para 75%. Embora as vítimas jovens possam parecer clinicamente normais dentro de minutos ou horas a partir do evento, podem passar dias até que o shunt intrapulmonar retorne aos níveis anteriores ao evento.

Conforme mencionado antes, a água doce move-se através das membranas endoteliais e capilares para dentro da circulação, e o plasma desloca- se em direção oposta, atraído pela água do mar nos alvéolos. O surfactante é expulso pela água salgada e é alterado pela água doce. As vias respiratórias podem ficar obstruídas por laringoespasmo, broncoconstrição, espuma, muco, corpo estranho aspirado e conteúdo do estômago.

Fisiopatologia neurológica

A acidose metabólica e a hipoxemia produzem rápida alteração da barreira hematoencefálica, e, mesmo que o paciente seja salvo nesse ponto, ocorre edema cerebral. O edema provoca tumefação hemisférica e deslocamento do cérebro através dos compartimentos (herniamento). É provável que o edema não cause lesão celular cerebral, mas é uma indicação da extensão dos episódios hipóxicos originais e de quaisquer outros subsequentes. Se a hipóxia for grave, ocorre morte cerebral.

As sequelas neurológicas incluem prolongada inconsciência com subsequente recuperação (rara, porém, mais provável quando o evento ocorreu na água fria), cegueira, alterações eletroencefalográficas, dilatação dos ventrículos devido à atrofia cerebral e coma persistente, resultando em morte (mais comum em pacientes em coma prolongado).

Fisiopatologia cardiovascular

O sistema cardiovascular em crianças possui uma estabilidade extraordinária. A maioria das vítimas tem coração sadio que pode ser reanimado após prolongados períodos de isquemia. Podem ocorrer alterações eletrocardiográficas (ECG), sobretudo bradicardia ou assistolia. Algumas vítimas podem apresentar fibrilação ventricular e necessitar de desfibrilação durante a reanimação. A pressão sanguínea arterial sistêmica poderá ser normal, alta ou baixa, na dependência da oxigenação, do equilíbrio ácido-básico, da função cardíaca, da resistência vascular periférica, do nível de catecolaminas endógenas e exógenas circulantes e da elevação da pressão intracraniana (PIC).

Fisiopatologia renal

A fisiopatologia renal é quase sempre normal, mas podem ocorrer albuminúria, hemoglobinúria, oligúria ou anúria. A disfunção provavelmente resulta de isquemia e não de lesão tubular pela hemoglobina livre.

Prognóstico

São três os fatores associados a 100% de mortalidade em crianças e adolescentes (até 20 anos):

- Submersão – maior que 25 min.
- Ressuscitação – maior que 25 min.
- Parada cardíaca no atendimento de emergência ou durante o transporte.
- Fatores também relacionados ao pior prognóstico:
- Presença de TV/FV no ECG inicial (93% mortalidade)
- Midríase fixa notada no atendimento de emergência (89% de mortalidade)
- Acidose à admissão (89% de mortalidade)
- Parada respiratória (87% de mortalidade)

Nível de consciência – Mortalidade é de aproximadamente 100% nas vítimas em coma (Escala de Coma de Glasgow < ou = 8) na cena do acidente ou na chegada à sala de emergência.

Não se correlaciona com prognóstico o tamanho e idade da criança, assim como a temperatura do fluido do acidente.

Prevenção

Com certeza, como já vimos, podemos interferir de forma significativa na mortalidade e morbidade da criança com uma correta e pronta ressuscitação; porém, nosso principal papel deve ser, sem dúvida, a PREVENÇÃO. As medidas preventivas estão citadas abaixo:

- Grades protetoras em piscinas principalmente as domiciliares, principal local de acidentes em crianças entre um e quatro anos.
- Supervisão rigorosa da criança enquanto em contato com a água e, principalmente, atenção total do adulto que supervisiona a criança (não estar distraído com outras atividades como ler, telefonar etc.).
- Aprender a nadar: tópico controverso quanto à idade adequada para o início do aprendizado, sendo cada caso analisado de forma individual.
- Remoção de águas paradas em baldes, bacias, tanques, banheiras, locais comuns de acidentes no ambiente domiciliar.
- Orientação quanto ao perigo da água.

- Mergulho em águas rasas: orientação quanto aos riscos e consequências desse tipo de acidente.
- Álcool e drogas: também nossa maior arma é a ORIENTAÇÃO.
- Basic Life Suport (Suporte Básico de Vida): treinamento em massa da população para capacitação do maior número de reanimadores.

Intoxicações Agudas

Particularidades na Abordagem do Intoxicado

A intoxicação, na grande maioria dos casos, provoca uma instabilidade transitória de sistemas fisiológicos. Se nesse período mantivermos o paciente com suas funções preservadas, a recuperação será total, sem sequela.

Em muitos casos, os efeitos deletérios ocorrem devido aos metabólitos e por isso mesmo ocorrem mais tardiamente. Exemplo: o paration possui um metabólito, o paraóxon, que é mais tóxico do que o produto original.

Para algumas substâncias como o álcool e os opiáceos, a criança é mais sensível do que o adulto. Ao contrário, para outros tóxicos como os digitálicos, os barbitúricos e os benzodiazepínicos, a criança é mais resistente.

Diagnóstico

O diagnóstico é baseado na história clínica, no exame físico e nos exames laboratoriais.

História clínica

Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito pelo paciente ou seu acompanhante; o que necessitamos é confirmá-lo pelo exame físico e laboratorial. Nas crianças, o habitual é a mãe relatar que a criança ingeriu este ou aquele produto, ou ainda foi encontrada sonolenta junto a frascos abertos do medicamento usado pelo irmão ou por familiar. Em muitos casos, é importante a entrevista com companheiros ou acompanhantes do intoxicado que poderá nos revelar os últimos contatos com este, o que ele estava fazendo e o local onde foi encontrado. Ajuda também no diagnóstico o conhecimento dos produtos que possuía em casa. A presença de medicamentos ou tóxicos encontrados junto ao intoxicado é de grande importância. Quando possível, a anamnese com o próprio paciente ajuda no diagnóstico.

Exame físico

O exame físico do intoxicado inicia-se pela observação do comportamento do paciente. Ele poderá mostrar-se agitado, apresentando alucinações, ou sonolento, comatoso; estar orientado ou apresentando períodos de agitação, intercalados com sonolência.

A observação do hálito muitas vezes define o diagnóstico: querosene e outros derivados do petróleo, álcool, hipocloritos e cianetos têm hálito característico.

As características da pele (avermelhada), as mucosas secas e a taquicardia indicam intoxicação atropínica. No caso de intoxicação pela via cutânea, podemos encontrar restos do tóxico na pele e no couro cabeludo ou sinais de sua ação principalmente nas mucosas, se o tóxico for corrosivo.

A presença de corantes que contenham anilina pode corar a língua e mucosa oral, o que explica uma metahemoglobinemia.

No exame do aparelho respiratório vamos avaliar se a respiração é efetiva ou não; a frequência respiratória, a profundidade da respiração e o esforço respiratório, se há sinais de obstrução de vias aéreas, a presença de secreção pulmonar que indica intoxicação por drogas calinérgicas (organo- fosforados, carbamatos), se há bronco-espasmo.

Sinais de aspiração do conteúdo gástrico devem ser avaliados cuidadosamente. Avaliar a necessidade do uso de oxigênio; o aparelho cardiovascular é avaliado através da verificação dos pulsos periféricos e centrais; o estudo de enchimento capilar, se superior a três segundos é sinal de má perfusão e a presença de arritmias é dado importante na avaliação do estado cardíaco circulatório.

Exame laboratorial

Na avaliação laboratorial do intoxicado, dois tipos de exames devem ser realizados. Os exames com a finalidade de avaliação clínica habitual em qualquer paciente grave são: hemograma, coagulograma, ionograma, dosagem de uréia e creatinina sérica, eletrocardiograma, calcemia, gasometria. Os exames radiológicos são realizados se houver indicação precisa.

Outro grupo de exame realizado é aquele que visa diagnosticar qual a gente produziu a intoxicação. Esse exame toxicológico pode ser feito no sangue, urina, resíduo gástrico, órgãos e vísceras, caso o paciente tenha falecido, ou através de biópsias.

Inicialmente os exames de triagem (screening) são os mais utilizados pela sua rapidez. A dosagem dos níveis séricos do tóxico, quando possível de ser realizado, confirma o diagnóstico; a sua desvantagem é que muitas vezes é demorada. Alguns tóxicos como os organofosforados produzem alterações enzimáticas características, como alteração da atividade da acetilcoli-nesterase; outros produzem alterações sanguíneas como os derivados cuma- rínicos que alteram a atividade de protombina.

Síndromes Clínicas Tóxicas

Os dados do exame clínico podem caracterizar uma das síndromes clínicas toxicológicas. Quando isso ocorrer, avança-se bastante quanto ao diagnóstico e o tratamento do intoxicado. As principais síndromes clínicas são:

Síndrome anticolinérgica

Caracterizada por taquicardia sinusal, hipertensão moderada, hipertermia, pele quente, vermelha e seca, midríase, retenção urinária, sede, peristaltismo ausente ou diminuído. Pode ocorrer o delírio, mioclonia coreoateto- se, agitação. Os agentes que mais provocam essa síndrome são: atropina, antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos, cogumelos, erva do diabo e plantas beladonadas.

SÍNDROME COLINÉRGICA

Predomina a ação muscarina da acetilcolina. É encontrada miose, bradicardia, sudorese, broncorréia, diarréia, lacrimejamento, salivação, rinorréia, incontinência urinária. Pode haver sinais nicotínicos como hipertensão, taquicardia, fasciculações, agitação, ansiedade. Os agentes mais comumente responsáveis por essa síndrome são: organofosforados, carbonatos, nicotina, fisostigmina e cogumelos.

Síndrome simpaticomimética

São características dessa síndrome: hipertensão, taquicardia, pode haver bradicardia reflexa e até bloqueio A.V., midríase, hipernatremia, sudorese, agitação, tremores, convulsões, ansiedade, às vezes boca seca. As drogas responsáveis por essa síndrome são: cocaína, anfetaminas, efedrina, pseu- do-efedrina, fenilpropanolamina.

Síndrome simpaticolítica

Seus princípais sinais são: hipotensão, bradicardia, hipotermia, miose, hipoperistaltismo, letargia, apatia, coma, hipoventilação, depressão do SNC.Os principais responsáveis por essa síndrome são: opiáceos, benzodiazepí- nicos, clonidina, álcoois.

Síndrome barbitúrica

As manifestações dessa síndrome são depressão respiratória, coma, miose, hipotermia, vesículas cutâneas, depressão miocárdica em alguns casos. Os principais responsáveis por esta síndrome são os barbitúricos, em especial o fenobarbital.

Além dessas síndromes clínicas, há uma série de sinais orientadores que ajudam no diagnóstico e que são relacionados a seguir:

Hipotermia	álcoois, barbitúricos, opiáceos, fenotiozinas, sedativos, hipoglicemiantes
Hipertermia	anfetaminas, anticolinérgicos, cocaína, haloperidal,

salicilatos, antidepressivos tricíclicos, inibidores da M.A.O.

Hipotensão álcoois, barbitúricos, bloqueadores betas adrenérgicos, antagonistas do cálcio, monóxido de carbono, cianetos hipotensores, ferro, opiáceos, fenotiazinas, agentes tri- cíclicos, nitritos, nitratos, salicilatos, inseticidas, organofosforados

Hipertensão arterial anfetaminas, cocaína, efedrina, inibidores M.A.O., fenilpropanolamina, pseudoefedrina, nicotina, corticosteróides, ergotamina

Coma álcoois, barbitúricos, benzodiazepínicos, opiáceos, fenotiazinas, antidepressivos tricíclicos, barbitúricos, hidrato de cloral, lítio, insulina, dióxido de carbono, anestésicos, hipoglicemiantes, organoclorados, organofosforados

Convulsões anfetaminas, anti-histamínicos, cafeína, cocaína izoniazida, luidame, organofosforados, carbonatos, teofilina, antidepressores tricíclicos, estricnina, beladona- dos cianetos salicilatos, chumbo, ergotomina, LSD

Bradicardia barbitúricos, betabloqueadores, digitálicos, antagonistas do cálcio, opiáceos, bário, fisostigmina, fenileprina

Taquicardia anfetamina, anticolinérgicos, cafeína, ferro, beta adrenérgicos, cocaína, solicilatos, teofilina, atropina, simpaticomiméticos

Bradipnéia barbitúricos, opiáceos, álcoois, gás carbônico, monóxido de carbono

Apnéia opiáceos, benzodiazepínicos, álcoois, barbitúricos, anestésicos, hidrato de cloral, curares, insulina, cogumelos

Distúrbios mentais alucinações/ delírios derivadores beladonados, cocaína, LSD, anti-histamínicos, metaclopromida, querosene, cola de sapateiro, maconha, cogumelos, atropina, dissulfiram, efedrina, dextrometorfam, piperazina, zipeprol

Sialorréia organofosforados, carbamatos, fisostigmina, pilocarpina

Edema pulmonar organofosforados, estricnina, gás clorídrico, amônia, fosgênio, hidrocarbonetos derivados do petróleo

Visão alterada maconha, digitálicos, álcool, beladonados, organofosforados, monóxido de carbono, ergotomina, tálio, pilo- carpina, isoniazida, benzodiazepínicos, atropina

Esses sinais relacionados acima não são completos, mas são um bom guia na orientação da maioria das intoxicações. Para finalizar a parte do diagnóstico, acrescentamos que existem situações em que forçosamente temos que pensar em intoxicações:

1. Todo paciente em coma sem uma explicação deve ter como primeira hipótese a intoxicação.

2. Em todo quadro clínico bizarro que não se enquadra em nenhuma patologia conhecida, deve ser pensada a possibilidade de intoxicação.

3. Qualquer paciente que estava bem e sadio, e que subitamente adoece sem explicação, também pode estar com intoxicação exógena.

Tratamento do Intoxicado

O tratamento do intoxicado deve ser iniciado no local onde ocorreu a intoxicação. Habitualmente, o primeiro contato é feito por telefone com o médico, com o posto de saúde ou com o centro de controle de intoxicações. As seguintes informações iniciais devem ser obtidas:

1. Número do telefone do intoxicado: caso a ligação seja interrompida, ficará fácil um novo contato;

2. Endereço: quando há necessidade de assistência com equipamentos (oxigênio, linha venosa e outros), fica mais fácil encaminhar um veículo e o médico assistente;

3. Avaliação da gravidade do caso: se há perda de consciência, movi- mentos anormais, sangramento, vômito e outros sinais, se o paciente se encontra estável ou não;

4. Horário da intoxicação: este dado pode ajudar na interpretação dos sinais e sintomas, assim como no prognóstico;

5. Tipos de exposição: se foi ingestão, contato com a pele, inalação, contato com mucosa ou outros;

6. Nome do produto causador da intoxicação, o que facilita e agiliza a identificação do princípio ativo responsável pela intoxicação;

7. Quantidade ingerida aproximada do produto causador da intoxicação. Por exemplo, o número de comprimidos ou cápsulas ingeridas;

8. Informações sobre o passado mórbido do paciente. Se é portador de alguma deficiência ou patologia, como, por exemplo, epilepsia, diabetes, asma, retardo motor, cardiopatia, sequela neurológica, doença renal, hepática...

Tais informações devem ser registradas por escrito, bem como as informações fornecidas, pois podem ser necessárias para procedimentos médico-legais.

Com os dados obtidos, é possível que seja tomada uma das seguintes condutas:

1. Apenas manter-se informado sobre o estado do paciente. Exemplo: criança que comeu batom ou creme dental, entre outros produtos, adultos que ingeriu três comprimidos de dipirona;

2. Avaliar o paciente para posterior conduta;

3. Hospitalizar o intoxicado para observar evolução do seu estado;

837

4. Hospitalizar o intoxicado para tratamento;

5. Hospitalizar o intoxicado com instabilidade de um ou vários sistemas principais, para tratamento. Exemplo: criança com insuficiência circulatória, convulsão, sangramento importante, insuficiência respiratória e outras manifestações.

No caso de observação domiciliar, as informações deverão ser fornecidas pelo menos com duas, quatro, seis, nove e 12 horas, o que pode variar, dependendo da farmacocinética do produto ingerido. Em boa parte dos casos o tratamento é iniciado no domicílio.

Para aqueles pacientes cujo contato com o tóxico foi através do couro cabeludo, mucosa nasal ou ocular e pele, deve ser recomendada a sua remoção através da lavagem, com água corrente, da pele, fossas nasais, conjuntiva e outras partes. O paciente poderá ser induzido ao vômito, para promover o esvaziamento gástrico e diminuir a absorção do tóxico.

Tratamento da intoxicação no hospital

Com a finalidade de sistematizar o tratamento hospitalar do intoxicado, vamos dividi-lo por etapas. Na prática, estas medidas são realizadas simultaneamente, para melhor resultado.

Avaliação clínico-laboratorial inicial

Toda pessoa que ingeriu um produto tóxico tem um potencial de gravidade e de instabilização de seus sistemas fisiológicos.

No primeiro contato direto do médico com o paciente, deve ser feita uma avaliação rápida e objetiva dos sinais vitais: no aparelho respiratório, devem ser verificados a frequência respiratória e o esforço para respirar (batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal, retrações torácicas, estridor, gemido, expansibilidade torácica, murmúrio vesicular, ritmo respiratório, profundidade da respiração. Lembrar, sempre, que a cianose é um sinal tardio de insuficiência respiratória. No aparelho cardiovascular, a frequência cardíaca, a presença dos pulsos, o tempo de enchimento capilar ou recoloração, a presença de diurese e a pressão arterial devem ser avaliados. Não esquecer que a hipotensão é sinal tardio de insuficiência circulatória.

No sistema nervoso central, são avaliados o estado de consciência, a presença de movimentos anormais (mioclonia, fasciculações, convulsões), a capacidade de resposta a estímulos, contraturas hipotônias, reatividade e estado das pupilas, bem como alucinações.

Na avaliação geral, verificam-se a coloração da pele, o hálito, a presença de sudorese, petéquias, hematomas e lesões da mucosa.

Após essa avaliação inicial, que não deve durar mais do que cinco minutos, pode-se estimar o grau de instabilidade do paciente; se ele está ou não com insuficiência respiratória, se há insuficiência circulatória e se verificasse distúrbio neurológico. Não podemos esquecer nunca de

avaliar o nível de glicose sanguínea através de rastreamento com Destrostix ou equivalente. A presença de hipoglicemia é muito frequente nas intoxicações. Quando disponível, a oximetria de pulso é de grande auxílio. Lembrar que, nos casos de intoxicação cianídrica por monóxido de carbono e methemoglobinemias, essa avaliação deve ser cuidadosa, pois é grande a ocorrência de erro.

Redução do contato com o tóxico não absorvido

A descontaminação da pele, das mucosas e do aparelho gastrointestinal tem duas finalidades: limitar a ação corrosiva do tóxico sobre a pele ou mucosa e a sua absorção com a consequente ação sistêmica.

Descontaminação da pele e mucosas

Se a intoxicação ocorreu através da mucosa ocular, nasal ou outra, esta deve ser lavada com água corrente, cuidadosamente, para retirar o princípio ativo que ainda esteja presente. No caso de as vestes estarem impregnadas, será preciso retirá-las. Promover a lavagem da pele e do couro cabeludo com água corrente. Se o produto contaminante for oleoso, poderá ser usado xampu ou sabão neutro.

Descontaminação gastrointestinal

Feita pela emese, lavagem gástrica ou catárticos.

A emese, para ser eficaz, deve ser induzida nos primeiros 60 minutos após a ingestão do tóxico. É mais efetiva em crianças do que em adolescentes e adultos. Está contraindicada nos seguintes casos:

- Abaixo de um ano;
- Criança sonolenta, comatosa ou com alterações do sensório;
- Presença de estado convulsivo;
- Após ingestão de agente corrosivo (ácido ou alcalino);
- Ingestão de hidrocarbonetos derivados de petróleo;
- Ingestão de agentes em que a manipulação pode desencadear contraturas. Por exemplo, estricnina, agentes tricíclicos, cânfora.

A lavagem gástrica é o método de escolha, se o paciente está comatoso ou apresentando convulsões. Tem a vantagem de promover o esvaziamento rápido. É pouco efetiva quando realizada após duas horas da ingestão do tóxico.

A passagem da sonda nasogástrica para realização do procedimento deve ser cuidadosa nos pacientes em crise convulsiva, comatosos e naqueles com lesões corrosivas do tubo digestivo alto. As complicações raras são a perfuração do esôfago e do estômago. O líquido usado deve

ser soro fisiológico e o volume de 5 ml a 10 ml por kg, até o máximo de 200 ml. O uso de água gelada em crianças pequenas pode produzir hipotermia. Devem ser feitas quantas lavagens forem necessárias, até que o líquido retirado esteja límpido.

O carvão destilado de madeira é capaz de absorver, em sua superfície, grande número de tóxicos e toxinas. Por isso, pode ser usado após o esvaziamento gástrico como absorvente de drogas que não são totalmente removidas. Não existe contraindicação absoluta para o seu uso. Não é eficaz nas intoxicações por metais pesados, cianetos e álcool. Quando houver necessidade de endoscopia, deve-se evitar usá-lo.

A administração de carvão ativado deve ser feita com água pura. A associação com sucos, refrigerantes e adoçantes diminui a sua atividade adsortiva. A dose usada é cinco a dez vezes a suposta dose do tóxico ingerido. A dose máxima pode chegar até 50 gramas. O carvão ativado é inerte e não tóxico.

Quando a dose do tóxico ingerido é desconhecida, usar 1 g/kg.

Se a criança não apresentar reflexo de tosse ou de deglutição, deverá ser intubada e ventilada artificialmente, monitorizada com oximetria de pulso. Lembrar, sempre, que a hipoglicemia é uma causa importante do coma, principalmente no intoxicado. Se não for possível fazer um teste para avaliação do nível sérico de glicose, fazer 2 ml/kg de solução glicosada 10%, endovenosa. Outro cuidado com o paciente comatoso é a possibilidade de intoxicação por opiáceo. Caso haja dúvida e o quadro clínico for sugestivo, administrar 0,1 mg/kg até o máximo de 2 mg de naloxona endovenosa. O mesmo pode ser feito com flumazenil, se houver suspeita de benzodiazepínicos. Os catárticos têm sido usados há muitos anos para aumentar a elimina- ção de tóxico, embora não exista nenhum estudo que confirme a sua eficácia na redução da absorção da substância ingerida.

Administração de antídotos

Os antídotos são substâncias que neutralizam, bloqueiam a ação dos tóxicos ou neutralizam os seus efeitos.

A administração do antídoto deve ser feita tão logo se tenha a certeza do diagnóstico. Lembramos que essas substâncias também possuem efeitos colaterais que, às vezes, podem até se confundir com os dos tóxicos.

Aumento da excreção do tóxico

Após a absorção do tóxico, pode-se lançar mão de várias técnicas para facilitar e aumentar a sua eliminação do organismo, tornando mais breve o seu efeito deletério. Infelizmente, nem todos os produtos podem ter a sua excreção aumentada devido às suas características farmacocinéticas. A grande via de eliminação dos tóxicos é a urina. Os principais métodos de eliminação dos tóxicos são:

- Diurese forçada. Consiste na provocação do aumento da diurese por meio da administração de líquidos ou de diuréticos. É de primordial importância que o tóxico a ser excretado tenha eliminação renal. Quase sempre é usada em associação com alcalinização. Utilizam-se esquemas alternados de solução salina com solução glicosada isotônica, adicionados com 5 a 8 mEq/L de potássio. A velocidade de infusão é aquela necessária para manter o volume urinário entre 2 e 4 ml/kg/h. Nos pacientes com insuficiência cardíaca e renal, a diurese forçada é contraindicada. O controle dos níveis de eletrólitos no sangue deve ser feito a cada 12 horas. É indicada nas intoxicações por fenobarbital, salicitatos e anfetaminas. Os diuréticos também são usados para aumentar o volume urinário. A furosemida, potente diurético da alça, é a mais utilizada. Quando administrada por via venosa, inicia os seus efeitos em poucos minutos. A dose é de 20 mg para adultos e 0,5 mg/kg para crianças, podendo ser repetida a cada quatro horas.
- Alcalinização da urina. A alcalinização do sangue diminui as arritmias secundárias aos antidepressores tricíclicos. A alcalinização da urina aumenta a dissociação iônica dos ácidos fracos, dificultando a sua reabsorção nos túbulos renais, aumentando a excreção. É utilizada nas intoxicações por fenobarbital e salicilatos, bem como metotrexate. O pH urinário deve ser mantido entre 7:50 e 7:60, sendo controlado de 60 em 60 minutos, para ajustar a velocidade de infusão do bicarbonato. A alcalinização deve ser mantida até que os níveis séricos do tóxico não representem mais nenhum risco para o paciente. As principais complicações são a hipernatremia, alcalose metabólica e hipocalemia. Na prática, a alcalinização é feita da seguinte maneira: administração de solução de glicose a 5% e solução fisiológica na relação de 1:1, adicionando de 20 a 40 mEq/L de bicarbonato de sódio, em velocidade de infusão suficiente para manter a diurese entre 300 e 500 ml/h e o pH urinário em torno de 7:50, devendo ser adicionados, também, 10 a 20 mEq/L de potássio a esta solução. Os reajustes, tanto no conteúdo do sódio como no de potássio, devem ser orientados pelos ionogramas de controle.
- Diálise peritoneal. É um método relativamente simples, que usa o peritônio como membrana para troca de substâncias tóxicas, sendo menos efetivo do que a hemodiálise e a hemoperfusão. Pode ser usada mesmo durante o transporte do paciente. A solução dialisadora

891

é facilmente encontrada no comércio. Devido à sua baixa eficiência, a utilização é cada vez menor, dando-se preferência a outros métodos. É utilizada nas intoxicações por fenobarbital, salicilatos, teofilina, etanol, etilenoglicol, brometos e fenitoína.

- Hemodiálise. Constitui um processo de depuração do tóxico fora do organismo. O sangue, através de um circuito externo ao paciente, passa por um sistema de membranas, através das quais é retirado o produto tóxico. A sua eficiência é maior para as substâncias hidrossolúveis e de baixo peso molecular e que são fracamente ligadas às proteínas. Tecnicamente, é mais complicada do que a diálise peritoneal, porém mais eficiente. Necessita de pessoal médico e enfermagem treinada na manipulação dos aparelhos dialisadores. Existe muitas substâncias que não são dialisadas, como o alumínio, benzodiazepínicos, tetracloreto de carbono, clordiazepóxido, cocaína, cianetos, ciclofosfamida, digoxina, alucinógenos, ferro, fenciclidina, isoniazida, mercúrio, metaqualona, metotrexato, narcóticos, organofosforados, fenotiazínicos, procainamida, quinidina, secobarbital e antidepressores tricíclicos. Das substâncias dialisáveis, as principais são os salicitatos, barbitúricos e álcoois. A hemodiálise é contraindicada em pacientes comatosos e com distúrbios hemorrágicos.
- Hemoperfusão. Processo de remoção do tóxico no qual o sangue é desviado através de uma artéria, para fora do organismo, passando por um filtro (carvão ativado ou outro material sintético) que retém o tóxico, sendo, a seguir, reinfundido no organismo em uma veia. Não tem as limitações da hemodiálise, com baixa salubilidade em água, elevado peso molecular e ligação a proteínas. Não é usado na prática corrente em nosso meio. O filtro é caro, além de apresentar complicações importantes, como trombocitopenia, embolia gasosa e sangramento, entre outros.

Controle das manifestações clínicas gerais dos tóxicos

- Coma e estupor. Ocorrência comum nos pacientes intoxicados. Os cuidados com o paciente comatoso intoxicado são a observação da respiração: profundidade, eficácia, esforço, manter as vias respiratórias abertas e livres de secreções. Se o paciente apresentar queda de saturação ou cianose, deverá ser intubado e ventilado artificialmente e levado a uma UTI.
- Convulsões. Uns grandes números de tóxicos produzem estas manifestações, que também poderão ser secundárias à hipoxemia, hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia e traumatismo cranioencefálico, problemas que podem ocorrer junto com as intoxicações. Os cuidados devem ser:

- oferecer oxigênio;
- proteger as vias aéreas contra aspiração;

- administrar glicose 25%; se não for possível, determinar o nível sérico de glicose (dar 1 ml/kg de peso de solução glicosada a 10%);
- anticonvulsivantes: diazepan ou derivado, 0,2 mg/kg para crianças ou 10 mg a 20 mg, por via endovenosa, para adultos. É preciso cuidar- do, pois pode produzir apnéia; difenilhidantoína: 10-15 mg/kg, por via endovenosa, para crianças e 50-100 mg por via endovenosa, para adultos. Não fazer intramuscular; caso persistam as convulsões, considerar o uso de barbitúricos de ação curta

• Hipertensão Arterial. Não ocorre com muita frequência. Deve ser tratada, quando a pressão diastólica estiver acima de 100 mm Hg e a sistólica de 160 mm Hg. Nos casos graves, usar nitroprussiato de sódio a 0,5 a 5 mg/kg/min.

• Hipotensão Arterial. Manifestação geralmente é secundária à hipovolemia, devido a vômitos, diarreia ou sudorese. Alguns tóxicos, como os opiláceos, os barbitúricos, os bloqueadores e o monóxido de carbono, produzem vasodilatação. O tratamento consiste na infusão venosa de solução cristalóide (soro fisiológico ou ringer lactato) 10 ml/kg, em 20 a 30 minutos. Nos casos muito graves pode haver necessidade de aminas hipertensoras, dopamina, dobutamina e adrenalina.

• Hipertermia. Ocorre com drogas que aumentam a atividade metabólica ou diminuem a dissipação do calor, como anticolinérgicos. No controle da hipertermia, deve-se dar preferência aos métodos físicos, como o uso de compressas de água fria e o esponjiamento. As medidas medicamentosas podem ser tentadas, mas nem sempre são eficazes.

• Hipotermia. Ocorre mais frequentemente nas intoxicações por sedativos, hipnóticos, fenotiazinas; geralmente é acompanhada de hipoglicemia, e podendo levar até a parada cardíaca, principalmente em crianças. O aquecimento deve ser gradual com cobertores, lâmpadas e líquidos venosos aquecidos. Muito importante é evitar que o paciente resfrie, principalmente aqueles que estão em coma.

• Arritmias. Produzidas pelos tóxicos ou por ação indireta destes, devido à hipoxemia, acidose, distúrbios eletrolíticos. A sua abordagem terapêutica varia de acordo com o tóxico que provocou a intoxicação.

Ações profiláticas nas intoxicações

As ações profiláticas das intoxicações agudas constituem responsabilidade do Estado, da indústria químico-farmacêutica e dos profissionais da saúde.

Cabe ao Estado criar leis e meios de controle sobre todos os produtos novos que são colocados no mercado, obrigando os seus fabricantes a criarem mecanismos de proteção às intoxicações.

Produtos tóxicos, como inseticidas e pesticidas, só deveriam ser vendidos sob receita veterinária, para evitar o uso inadequado desses produtos. Todos os medicamentos deveriam ser acondicionados em embalagens com dispositivo de segurança, de modo que crianças, mesmo que tenham acesso a eles, não consigam abrir a embalagem. Os currículos escolares deveriam fornecer orientação sobre os riscos dos produtos químicos.

Ao colocar no mercado um novo produto, a indústria químico-farmacêutica deveria desenvolver pesquisas para tornar segura a sua utilização e o seu armazenamento, utilizar embalagens de segurança, bem como estabelecer advertências claras sobre o seu uso. Devem ser evitadas embalagens que chamem atenção das crianças.

Sabe-se que o maior número de intoxicações é por ingestão de medicamentos, principalmente as acidentais, em crianças, e por suicidas. É necessário que, ao receber uma receita, o paciente seja orientado sobre como armazenar, com segurança, o medicamento, fora do alcance de crianças. Para pessoas com tendências a autoextermínio, não se deve receitar quantidade de medicamentos em dose letal; se houver necessidade de assim o fazer, o remédio deve ficar sob o controle de algum familiar.

CETOACIDOSE DIABÉTICA

Introdução

Diabetes mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais comuns da infância e é responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade na vida adulta. Caracteriza-se por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, causados por deficiência absoluta ou relativa na secreção de insulina ou em sua ação.

Classifica-se em quatro categorias maiores que são: tipo I, tipo II, diabetes gestacional e diabetes secundário (fibrose cística, hemocromatose, pancreatite e pancreatotomia).

Em crianças, 90%-95% dos casos são do tipo I, ou insulino-dependente, que é definido a partir da necessidade de terapia com insulina para impedir a ocorrência de cetose e cetoacidose e que é considerado atualmente uma doença autoimune com predisposição genética para ser desencadeada.

Segundo dados da literatura, cerca de 20%-40% dos pacientes têm cetoacidose por ocasião do diagnóstico. Os sintomas iniciais de poliúria, polidipsia, enurese noturna, nos que já tinham controle de esfíncteres, polifagia, astenia e emagrecimento, podem passar despercebidos por algum tempo, determinando a progressão dos distúrbios metabólicos pela falta de intervenção terapêutica.

Cetoacidose diabética (CAD) é um estado de descompensação metabólica grave secundária ao DM e que representa a principal causa de hospitalização e morte em crianças diabéticas. Por isso, um dos maiores objetivos da abordagem do diabetes é a prevenção da ocorrência de CAD, através de programas para diagnóstico mais precoce e controle rigoroso dos casos já estabelecidos.

Fisiopatologia

A CAD é desencadeada pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, levando à hiperglicemia (acima de 250 mg/dl), cetose (3 mmol/L) e acidose (bicarbonato sérico abaixo de 15 mEq/L e pH arterial inferior a 7,3).

A hiperglicemia resulta da diminuição da captação de glicose pelas células por causa da deficiência de insulina e pelo excesso de glucagon e outros hormônios chamados contrarreguladores (cortisol, catecolaminas e hormônio do crescimento), levando a um aumento da glicogenólise, da gliconeogênese, da proteólise e da lipólise. Quando o aumento da glicose sangüínea ultrapassa o limiar renal de reabsorção, ocorre a glicosúria.

A lipólise leva à formação de cetoácidos (acetoacetato, cetonas e beta- hidroxibutirato). Os corpos cetônicos são uma fonte de energia alternativa na ausência de glicose intracelular. Os testes laboratoriais usados rotineiramente para detecção de cetonas medem apenas acetoacetato e acetona, mas não beta-hidroxibutirato, que aumenta diretamente com o agravamento da acidose. À medida que a acidose é corrigida, ocorre uma reversão para os dois primeiros corpos cetônicos e a dosagem sérica pode aumentar, levando a uma falsa impressão de piora do quadro.

Acidose metabólica ocorre pelo excesso de cetoácidos e pela acidose lática, secundária à isquemia tecidual. Habitualmente é resolvida com hidratação e insulinoterapia, raramente requerendo bicarbonato suplementar.

A hiperglicemia causa diurese osmótica que determina perda excessiva de água livre e eletrólitos, levando à desidratação e distúrbios eletrolíticos. A desidratação é hiperosmolar e intracelular, o que pode dificultar o cálculo da deficiência hídrica, já que nesse tipo os sinais clínicos são menos evidentes. Outros fatores que contribuem para a desidratação são hiperventilação (para compensação da acidose metabólica) e vômitos.

Além da perda secundária à diurese osmótica, sódio e potássio também são excretados nos túbulos renais juntamente com os cetoácidos que estão elevados.

A concentração sérica de sódio é baixa em consequência do desvio de água intracelular para o espaço extracelular, induzido pela hiperglicemia. A redução dilucional do sódio é de cerca de 1,6 mEq/L para cada 100 mg/dl de glicose acima do normal.

O potássio sérico pode ser enganosamente normal, ou até mesmo elevado, porque a acidose determina a saída desse íon do espaço intracelular para o extracelular.

As perdas urinárias de fósforo e magnésio também são aumentadas e devem ser lembradas durante o tratamento.

Quadro clínico

Além dos sintomas já descritos anteriormente e que fazem parte do DM, o paciente costuma apresentar, dependendo da gravidade do quadro de CAD:

dor abdominal, alterações no estado de consciência até coma, taquicardia, taquipnéia ou hiperventilação tipo Kussmaul, pressão arterial normal ou baixa, aumento do tempo de recoloração capilar, febre e hálito cetônico.

Nas formas mais graves, pode haver choque hipovolêmico, que requer intervenção rápida, com expansão volêmica antes de qualquer outra medida.

Os sintomas clássicos são mais difíceis de identificar e interpretar em crianças pequenas.

As causas mais freqüentes de CAD são: primeira apresentação em crianças sem diagnóstico prévio, infecções, utilização inadequada de insulina e controle dietético, trauma, stress psicológico (principalmente em adolescentes).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com: cetoacidose alcoólica, intoxicação por salicilatos, pancreatite, desidratação por diarréia aguda, sepse, estenose pilórica, obstrução intestinal e coma hiperosmolar.

TRATAMENTO

Objetivos do tratamento:

- Estabelecer e manter as funções ventilatórias e cardiovasculares
- Correção dos distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos
- Administrar insulina para reduzir a glicemia e cetogênese
- Determinar e tratar a causa precipitante da CAD
- Monitorização adequada e prevenção das complicações de tratamento

Abordagem inicial

O tratamento inicial da CAD deve ser direcionado para as condições que colocam em risco a vida do paciente. Após rápida avaliação do estado de consciência e dados vitais (freqüências cardíaca

e respiratória, pressão arterial e tempo de enchimento capilar), deve-se estabelecer suporte respiratório e expansão volêmica.

É recomendável estabelecer dois acessos venosos seguros, sendo um para reposições hidroeletrolíticas e outro para insulina.

A fase de expansão rápida deve começar imediatamente após admis- são, com 10-20 ml/Kg de solução isotônica (soro fisiológico – NaCl a 0,9%), em 30 a 60 minutos. O uso de ringer lactato tem sido sugerido como uma alternativa, por ter menos cloreto e conter lactato, que é metabolizado em bicarbonato.

Nesse momento é necessário realizar anamnese e exame físico mais detalhados, além dos estudos laboratoriais iniciais para confirmação do diagnóstico, determinar a gravidade dos distúrbios metabólicos e detectar fatores desencadeantes do quadro.

A avaliação laboratorial inclui: a glicemia (realizar de imediato a dosagem capilar em extremidade digital); dosagens de potássio, sódio, cloretos, magnésio, cálcio, fósforo, uréia e creatinina séricos; gasometria arterial; hemograma; exames de urina (rotina, GRAM de gota não centrifugada e cultu- ra) e cetonas séricas (se o exame for disponível). Exames de imagem podem ser necessários na investigação de fatores desencadeantes.

A administração de alimentos e líquidos por via oral deve ser suspensa, e, nos pacientes comatosos, deve ser instalada sonda nasogástrica para pre- venção de aspiração.

REIDRATAÇÃO

Existem diferentes protocolos de reidratação na CAD, porém todos são unânimes em estabelecer que, após pronta restauração do volume circulante na primeira hora, a reposição das perdas deve ser feita de forma lenta, durante um período de 24 a 36 horas.

A fase de reidratação poderá ser iniciada quando a pressão e o pulso estiverem estáveis, as extremidades quentes e o tempo de enchimento capilar forem inferiores a 2-3 segundos.

O cálculo do volume a ser infundido baseia-se na estimativa inicial do grau de desidratação, acrescido das necessidades básicas para a idade e das perdas que continuarem a ocorrer através de vômitos, drenagem por sonda gástrica, diarreia, hiperventilada febre e diurese osmótica. As perdas mais importantes a se considerar são as gastrointestinais, já que a diurese osmótica será reduzida com a queda da glicemia. Em geral, o volume necessário para reidratação é cerca de 3.000-3.500 ml/m2 nas primeiras 24 horas.

A desidratação tende a ser subestimada, já que os sinais clínicos são menos evidentes por ser hipertônica. Se disponível o peso recente, pode ser calculada a perda; porém, na maior parte

das vezes, a deficiência tem que ser estimada. Geralmente assume-se uma perda hídrica de 10% a 15% como orientação inicial da reposição.

A solução a ser infundida a partir da segunda hora é NaCl a 0,45% (soro fisiológico com água bidestilada na proporção 1:1). A infusão de soluções contendo glicose só pode ser iniciada quando a glicemia cai abaixo de 250-300 mg/dl.

A depleção de potássio é comum para a maior parte dos pacientes. Considerando que a hipopotassemia determina risco de arritmias e parada cardiorrespiratória, a reposição de potássio deve começar o mais rápido possível. Se não for possível obter em poucos minutos a dosagem sérica, deve-se realizar um eletrocardiograma (ECG) para avaliar se há sinais de repercussão dos desequilíbrios desse íon.

A reposição é iniciada logo após a expansão inicial, a menos que haja suspeita de insuficiência renal. Se a primeira dosagem for inferior a 3,5 mEq/ L ou se existirem alterações no ECG compatíveis com hipopotassemia, a administração de potássio deve ser iniciada ainda na fase de expansão. Na presença de insuficiência renal e/ou se a primeira dosagem for superior a 5,5 mEq/L, o início da administração deve ser adiado até o débito urinário ser estabilizado e o potássio sérico começar a cair.

A infusão deve ser feita usando fosfato, acetato ou cloreto de potássio aos fluidos usados para reidratação, na concentração de 30 a 40 mEq/L ou 0,1 a 0,5 mEq/Kg/h. Usando metade na forma de fosfato e metade na forma de cloreto, o fósforo também é reposto e diminui o risco de acidose hiperclorêmica.

Insulina

Embora a CAD ocorra pela deficiência de insulina, a administração pode ser protelada até a estabilização das funções vitais e, principalmente, se houver hipopotassemia grave, com alterações no ECG ou valores inferio- res a 3,5 mEq/L na primeira dosagem.

A via de administração depende da gravidade do quadro clínico e das condições de atendimento.

A forma preferencial é a infusão endovenosa (EV) contínua, em bomba de infusão. A taxa recomendada é de 0,1 U/Kg/h de insulina regular. Se a glicemia inicial for superior a 500 mg/dl pode ser feita 1U/Kg bolus antes do início da infusão contínua.

Uma forma simplificada de preparo da solução é adicionar o número de unidades de insulina regular igual ao peso do paciente a 100 ml de soro fisiológico. A taxa de infusão de 10 ml/h equivale a 0,1U/Kg/h. Devido à tendência da insulina a aderir às paredes do recipiente, é necessário despre- zar cerca de 20 ml da solução antes de administrá-la, para saturar o equipo.

A glicemia deve ser monitorizada a cada hora, e, objetivo é obter queda de 60 a 120 mg/dl/h, para evitar hipoglicemia. Quando a glicemia se aproxima de 250 mg/dl, glicose a 5% deve ser adicionada aos líquidos de reidratação, substituindo a água bidestilada, e a taxa de infusão de insulina reduzida para 0,05 U/Kg/h, permanecendo nesse valor até a interrupção da administração contínua.

A glicose tende a normalizar-se mais rápido do que cetose e acidose. A insulina contínua deve ser mantida até correção da cetoacidose, e, se houver tendência à hipoglicemia, acrescenta-se maior quantidade de glicose ao fluido de reposição. O objetivo é manter os níveis entre 150 e 200 mg/dl, para reduzir os riscos de hipoglicemia e ficar próximo ao limiar renal, diminuindo a ocorrência de diurese osmótica.

Quando as condições forem adequadas para interromper a administração contínua, a via subcutânea (SC) é a preferida. Devido à meia-vida curta da insulina, a primeira dose subcutânea deve ser dada 30 minutos antes do término da infusão EV.

Uma alternativa possível, se a infusão contínua não for viável, é a administração intramuscular (IM), na dose de 0,1 U/Kg, a cada hora. Há, nesse caso, menor precisão do tratamento, mas pode ser uma via mais segura, principalmente se não houver bomba de infusão ou monitorização adequada do paciente. A via SC não deve ser usada porque a desidratação dificulta a absorção da insulina e torna o tratamento ineficaz.

Bicarbonato

O uso do bicarbonato na CAD é controverso e raramente necessário. Justifica-se somente se o pH for inferior a 7,0 e em infusão lenta (cerca de duas horas), na dose de 1 a 2 mEq/Kg, ou calculando a deficiência a partir dos dados da gasometria.

Os riscos do uso do bicarbonato são a hipopotassemia, acidose parado- xal do sistema nervoso central (SNC), hipernatremia e alcalose rebotem.

Monitorização

A monitorização adequada é um dos aspectos mais importantes para o tratamento da CAD ser bem-sucedido. O acompanhamento do quadro clínico e das variações laboratoriais é que permite fazer ajustes na terapêutica que permitam chegar à homeostase no tempo planejado, evitando a maior parte das complicações do tratamento.

Sempre que possível, principalmente nas formas mais graves, a internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é recomendável. Porém, na sua falta, a abordagem não deve ser

adiada e requer a presença do médico e da enfermagem junto ao paciente, pelo menos nas primeiras horas.

A maior parte dos protocolos recomenda fazer uma planilha de dados vitais, balanço hídrico, administração de insulina e resultados de exames laboratoriais, para sistematizar o acompanhamento.

Intervalos de monitorização:

- Dados vitais: Se possível, realizar monitorização contínua da frequência cardíaca (FC), ECG e saturação de oxigênio. Caso contrário, medir a FC, frequência respiratória (FR), pressão arterial (PA) e avaliar a qualidade do pulso e enchimento capilar a cada 20-30 minutos nas primeiras duas horas. Após estabilização do paciente, avaliar de 1/1 hora nas primeiras 12 horas e a cada 2-4 horas a seguir, se houver segurança da evolução favorável.
- Estado de consciência: Habitualmente utiliza-se a Escala de Coma de Glasgow, a cada 30 minutos nas primeiras duas horas e de 1/1 hora até 12 horas se o paciente estiver consciente e estável.
- Temperatura axilar de 2/2 horas.

Exames laboratoriais:

a) Glicemia: capilar de 1/1 hora, enquanto houver infusão contínua de insulina, e dosagem laboratorial quando houver coleta de sangue para outros exames ou se surgirem dúvidas. A realização posterior será feita de acordo com a via de administração e tipo de insulina usada após interromper a infusão EV.

b) Cetona sérica: de 2/2 horas nas primeiras 6 horas e com 12 e 24 horas.

c) Gasometria arterial: À admissão e com 2, 6, 12 e 24 horas.

d) Sódio, potásssio e cloretos: À admissão e com 2, 6, 12 e 24 horas.

e) Uréia, creatinina, cálcio e fósforo: À admissão e com 12 e 24 horas.

f) Hemograma: À admissão.

g) Exame de urina: À admissão.

h) Cetonúria: Às micções.

Além dos intervalos padronizados, qualquer alteração inesperada no quadro clínico requer investigação e pode determinar mudanças no tratamento.

Complicações

As complicações mais frequentes são: edema cerebral, hipoglicemia, hipopotassemia, arritmias cardíacas e edema pulmonar.

O edema cerebral é a mais grave delas, ocorrendo em cerca de 1% dos casos de CAD e apresentando alta taxa de mortalidade. Ocorre principalmente em crianças e a etiologia não é clara, parecendo ser multifatorial. Alguns fatores que parecem contribuir para sua instalação são a infusão rápida de líquidos e a correção agressiva da acidose e da hiperglicemia; porém, pode ocorrer mesmo em pacientes que receberam tratamento correto.

Habitualmente o edema cerebral se manifesta algumas horas após início do tratamento, quando o paciente já apresenta estabilidade. Os sinaisclínicos são: alteração do nível de consciência, cefaléia súbita, vômitos, agitação, oftalmologia, alterações pupilares, alterações de sinais vitais e convulsões. O tratamento consiste em intubação, hiperventilação e manitol na dose de 0,25 a 1,0 g/Kg, EV, em 15 minutos, podendo ser repetido se necessário.

As outras complicações são menos ameaçadoras e podem ser preveni- das com a abordagem adequada da CAD.

Tratamento de transição

A infusão endovenosa de líquidos deve ser interrompida quando o paciente estiver sem acidose ou distúrbios eletrolíticos e tolerando bem a via oral, sem vômitos.

Insulina regular por via subcutânea só pode ser administrada após hidratação e inicialmente na dose de 0,25 U/Kg a cada seis horas. A insulina de ação intermediária (NPH) deve ser iniciada com a regularização da alimentação e administrada antes do café-da-manhã e do jantar.

Suspeita de Infecção pelo Novo Coronavírus – COVID-19

OBJETIVO:

Identificar e atender prontamente todos os casos suspeitos de infecção pelo novo Coronavírus.

DESCRIÇÃO:

Os coronavírus são vírus conhecidos desde a década de 1960 que podem causar desde um resfriado comum até síndromes respiratórias agudas graves. O novo coronavírus (2019-nCoV) é uma nova variante identificada durante a investigação de pneumonias de causa desconhecida, diagnosticadas na cidade de Wuhan, na China.

Devido a presença de casos suspeitos no Brasil e centenas de casos confirmados em outros países, é importante ser estabelecido um fluxo de atendimento a todo caso suspeito de infecção pelo novo Coronavírus, a fim de evitar a transmissão entre pessoas e dar o suporte adequado ao paciente.

Todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente (no máximo em até 24 horas). Orientações para notificação, vide abaixo.

1. CASO SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

SITUAÇÃO 1 - VIAJANTE: pessoa que apresente febre E pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios E com histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias; OU

SITUAÇÃO 2 - CONTATO PRÓXIMO: pessoa que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório E histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19, nos últimos 14 dias.

2. CASO PROVÁVEL DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

SITUAÇÃO 3 – CONTATO DOMICILIAR: pessoa que manteve contato domiciliar com caso confirmado por COVID-19 nos últimos 14 dias E que apresente febre OU pelo menos um sinal ou sintoma respiratório. Nesta situação é importante observar a presença de outros sinais e sintomas como: fadiga, mialgia/artralgia, dor de cabeça, calafrios, manchas vermelhas pelo corpo, gânglios linfáticos aumentados, diarreia, náuseas, vômitos, desidratação e inapetência.

3. CASO CONFIRMADO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19)

LABORATORIAL: caso suspeito ou provável com resultado positivo em RT-PCR em tempo real, pelo protocolo Charité.

CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO: caso suspeito ou provável com histórico de contato próximo ou domiciliar com caso confirmado laboratorialmente por COVID-19, que apresente febre OU pelo menos um dos sinais ou sintomas respiratórios, nos últimos 14 dias após o contato, e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica.

SINAIS OU SINTOMAS:

Tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza, saturação de O2 <95%, sinais de cianose, batimento de asas de nariz, tiragem intercostal e dispneia.

FEBRE: Considera-se febre aquela acima de 37,8°. Vale lembrar que febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

CONTATO PRÓXIMO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19:

• Uma pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos);

• Uma pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas (por exemplo, sendo tossida, tocando tecidos de papel usados com a mão nua);

• Uma pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros;

• Uma pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros.

• Um profissional de saúde ou outra pessoa que cuida diretamente de um caso COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso COVID-19, seus acompanhantes ou cuidadores e os tripulantes que trabalharam na seção da aeronave em que o caso estava sentado.

CONTATO DOMICILIAR DE CASO SUSPEITO OU CONFIRMADO DE COVID-19:

• Uma pessoa que reside na mesma casa/ambiente. Devem ser considerados os residentes da mesma casa, colegas de dormitório, creche, alojamento etc.

• A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se, o ambiente e o tempo de exposição.

BIOSSEGURANÇA E ISOLAMENTO:

PACIENTES, ACOMPANHANTES E EQUIPE DE CUIDADORES:

• Os pacientes e acompanhantes terão acesso a informações sobre os sintomas e as barreiras iniciais de precaução, bem como sobre a solicitação da máscara cirurgica em cartaz que ficará disponivel do lado externo da Unidade.

• A solicitação e disponibilização das máscaras cirúrgicas ao paciente e acompanhante ficará a cargo da equipe de cuidadores que direcionará o paciente à retirada de senha e então, à qualificação.

• Deverá ser orientado o uso adequado da máscara cirúrgica (cobertura completa de boca e nariz ajustada de forma que fique bem acoplada à face) até que o paciente seja alocado em quarto de isolamento e durante todo o período de atendimento intra-hospitalar (consultórios, transporte para realização de exames).

• A Equipe de cuidadores deverá fazer uso contínuo de máscara cirúrgica, que deverá ser troca a cada 2 horas ou antes de apresentar umidade.

QUALIFICAÇÃO/ENTREGA DA SENHA/ACOLHIMENTO INTERNO:

• Deve-se identificar precocemente os casos suspeitos e, de acordo com sinais clínicos identificados, encaminhar imediatamente ao consultorio médico para avaliação, se estabilidade clínica, para avaliação prioritária.

• Caso o paciente esteja com sinais clínicos de alerta, deverá ser encaminhado imediatamente ao quarto de isolamento da Unidade e avisar o médico e enfermeiro de plantão para avaliação imediata deste paciente.

• A equipe de atendimento na qualificação, deverá fazer uso contínuo de máscara cirúrgica, que deverá ser trocada a cada 2 horas ou antes de apresentar umidade.

• Responsáveis pela entrega da senha, equipe do acolhimento interno, agentes de portaria da Unidade deverão fazer uso de máscara cirúrgica que deverá ser trocada a cada 2 horas ou antes se apresentar sinais de umidade.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PACIENTES QUE NECESSITAREM DE INTERNAÇÃO:

• Todo caso suspeito deve ser inserido no CROSS.

• Após avaliação médica, para paciente estável e SEM necessidade de ventilação mecânica, transferir o paciente para leito de isolamento na Enfermaria. Se o paciente apresentar sinais de alerta, porém ainda sem necessidade de cuidados intensivos, alocar paciente no quarto de isolamento da Unidade e manter vigilância constante do paciente. Avaliações frequentes quanto a possibilidade de alta hospitalar precoce.

• Para pacientes COM necessidade de ventilação mecânica: manter o paciente com sistema de aspiração fechado, no quarto de isolamento da Unidade e aguardar transferência via CROSS. Atentar às medidas de precaução e uso adequado de EPIs durante todo atendimento.

SITUAÇÕES DE CONTINGÊNCIA:

• Devido a constante superlotação e indisponibilidade de leitos, entendemos e orientamos que os casos suspeitos de coronavirus deverão sempre ser priorizados quanto às precauções e ao atendimento.

• Orientamos que os casos suspeitos de coranavírus, em hipótese alguma, sejam encaminhados para a sala de emergência.

• Se chegar à Unidade algum caso suspeito de corononavírus que necessite de cuidados intensivos e o isolamento da Unidade estiver ocupado, o mesmo deverá ser desocupado imediatamente para que o paciente com suspeita de coronavirus receba as medidas de cuidados intensivos já no quarto de isolamento. Entendemos que nesta situação poderá não ser possivel, inicialmente, a realização de limpeza terminal. Nessa situração, deverá ser realizada limpeza concorrente por parte das equipes de Higiene e Enfermagem.

• Se o quarto de isolamento já estiver ocupado por paciente com suspeita de coronavírus, porém ele estiver estável, deverá ser encaminhado para consultório da Clínica Médica (consultório 3) e deverão ser mantidas as precauções de contato e aerossóis, além de manter o paciente em uso de máscara cirúrgica de forma contínua, que deverá ser trocada a cada 2 horas ou antes se apresentar sinais de umidade. Caso esteja em uso de oxigenio, deverá ser mantido com suporte em torpedo de oxigenio

• Havendo mais de 1 caso suspeito, todos (clinicamente estáveis deverão ser alocados na forma de coorte no consultório médico 3 e deverão ser orientados a permanecer com o uso de máscara cirúrgica durante todo o período de observação intra-hospitalar e até o momento de alta hospitalar e isolamento domiciliar.

• Se o quarto de isolamento estiver ocupado por outro paciente que não seja paciente com suspeita de coronavirus, o mesmo deverá ser removido imediatamente para outro local (sala de emergência, observação, consultório ou isolamento nas demais unidades de internação) a fim de liberar o quarto imediatamente para o caso suspeito de coronavírus. Se o paciente estiver em precaução respiratória (gotículas ou aerossóis), deverá ser mantido com máscara cirúrgica até estar em quarto adequado de isolamento. Se estiver intubado, deverá ser mantido com sistema

fechado de aspiração em sala de emergência, preferencialmente no fundo da Sala de Emergência.

ORIENTAÇÕES GERAIS - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

• Manter o paciente em precaução contato e aerossóis.

• Higienizar as mãos nos 5 momentos preconizados e sempre que necessário.

• Ao entrar no leito em isolamento, o colaborador deve utilizar os EPIs adequados (máscara N95 ou PFF2, protetor ocular, avental descartavel, luvas descartáveis e óculos de protução).

• Se for necessária a realização de procedimento invasivo (por exemplo: intubação orotraqueal, aspiração, coleta de material biológico), além dos EPIs descritos acima, deverá ser utilizado avental impermeável.

• Os equipamentos tipo estetoscopio, termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro, glicosímetro, tesouras e demais utensilios utilizados na assistência deverão ser, preferencialmente, de uso exclusivo de cada paciente. Todos os equipamentos e utensílios deverem ser submetidos a limpeza e desinfecção após cada utilização.

• Eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes como canetas, pranchetas.

• Seguir a rotina de limpeza concorrente do setor. Solicitar limpeza terminal ao final do atendimento em consultório médico.

• Colaboradores da higiene durante as limpezas concorrente e terminal deverão fazer uso de máscara N95 ou PFF2 durante os procedimentos.

• Equipe de enfermagem deverá orientar o paciente e acompanhante para a necessidade da troca da máscara a cada 2 horas ou quando estiver úmida, bem como nos casos em que for necessário acompanhante, orientá-lo quanto à higienização frequente das mãos, uso de máscara cirúrgica durante todo o periodo e evitar a circulação pelo hospital.

• Não se deve circular pelo serviço utilizando os EPIs. Estes devem ser imediatamente removidos após a saída do quarto de isolamento, em lixeira infectante (branca).

• Máscara cirúrgica: descartar após o uso.

• Máscara N95 ou PPF2: é de uso individual e poderá ser reutilizada se estiver em bom estado de conservação. Após sair do quarto, a máscara deverá ser retirada e acondicionada envolta em papel toalha e dentro de saco plástico que poderá ser a própria embalagem na qual a máscara foi fornecida. Após retirada e armazenamento, realizar higienização das mãos.

• Óculos de proteção individual: deverá ser higienizado após a utilização.

• Os profissionais de saúde que atuarem na assistência direta aos casos suspeitos ou confirmados devem ser organizados para trabalharem somente na área de isolamento, evitando circulação para outras áreas de assistência.

• Para pacientes que não necessitem de internação, deverão ser orientados a manter repouso, isolamento social e retornar à Unidade de Saúde se necessário para reavaliação.

TRANSPORTE INTERNO DE PACIENTES:

• O deslocamento de pacientes com suspeita de infecção pelo novo coronavírus deve ser feito o mínimo possível, avaliando sempre a indicação de realização de exames de imagem.

• Se não for exame de urgência, fazer de madrugada, pelo menor número de pessoas circulando pelo hospital.

• Caso seja imprescindivel a realização de exame fora do quarto de isolamento, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica durante todo o trajeto e realização do procedimento, até retornar ao quarto de isolamento, inclusive o acompanhante deve utilizar máscara cirúrgica se estiver presente. Orientar acompanhantes de pacientes adultos, que permaneçam no quarto aguardando o retorno do paciente, de modo a evitar circulação excessiva de pessoas sob precaução.

• O setor de origem deve comunicar o setor de destino para que tenham colaboradores devidamente paramentados no quarto ou setor de exame.

• Antes de iniciar o transporte e após retorno ao quarto de isolamento, deverá ser realizada limpeza concorrente da cama.

• Quanto aos profissionais de saúde que acompanharão o paciente, estes devem estar paramentados e ter um colaborador sem paramentação para abrir portas e chamar elevador (evitando o contato direto ou indireto do caso suspeito com as superfícies pelo hospital). Não deixar o prontuário junto ao paciente. O prontuário deverá ser carregado pelo colaborador que não estiver em contato com o paciente, dentro de saco plastico.

• Na necessidade de uso do elevador, este deve estar vazio. Caso tenham pessoas dentro do elevador (exceto pacientes graves), o paciente com suspeita tem prioridade no uso. As demais pessoas deverão sair e aguardar o transporte deste paciente.

• Os colaboradores que tiverem contato com o paciente suspeito deverão fazer uso de avental e luvas descartáveis. Não há a necessidade de manter uso de máscara, uma vez que o paciente utilizará máscara cirurgica.

• Se o paciente estiver intubado, deverá manter sistema fechado de aspiração. Nesta situação, atentar para que não ocorra a desconexão acidental do circuito, pois desta forma haverá liberação de aerossóis. Para o transporte de pacientes sob intubação, além da paramentação para precaução de contato, os colaboradores deverão fazer uso de máscara N95, justamente, pelo risco exposto acima da possibilidade de contato com aerossóis.

• Deverá ser realizada limpeza terminal na sala de exame e equipamento utilizado pelo paciente.

TRANSPORTE EXTERNO/TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES:

• Os colaboradores que acompanharão o paciente deverão utilizar paramentação completa com máscara N95.

• Realizar higienização das mãos frequentemente com álcool gel.

• A janela interna da ambulância (comunicação com a cabine do motorista) deverá ser mantida fechada durante todo o transporte. As demais janelas deverão ser mantidas abertas, se possível, para melhorar a troca de ar durante o transporte.

• O motorista da ambulância, deverá fazer uso de máscara N95 caso haja necessidade de contato com o ambiente posterior da ambulância.

• Orientar o paciente e possível acompanhante quanto à necessidade e importância da higienização frequente das mãos.

• Acompanhantes deverão permanecer de máscara cirúrgica durante todo o transporte.

• Após finalizado o transporte, deverá ser realizada limpeza terminal de todos as superficies internas da ambulância e dos equipamentos, pelas equipes de Enfermagem e Higiene.

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. É recomendável que em todos os casos de síndrome gripal seja questionado o histórico de viagem para o exterior ou contato próximo com pessoas que tenham

viajado para o exterior. Essas informações devem ser registradas no prontuário do paciente para eventual investigação epidemiológica.

O diagnóstico laboratorial para identificação do vírus 2019-nCoV é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real e sequenciamento parcial ou total do genoma viral.

A descrição da técnica de coleta do material respiratório está descrita abaixo na seção "Coleta de material respiratório".

TRATAMENTO:

Não há tratamento específico para as infecções causadas por coronavírus humano.

Está indicado o repouso e hidratação, além de administração de sintomáticos (antitérmicos, analgésicos).

No atendimento, deve-se levar em consideração os demais diagnósticos diferenciais pertinentes e o adequado manejo clínico. Em caso de suspeita para Influenza, não retardar o início do tratamento com Fosfato de Oseltamivir nos pacientes com risco aumentado de complicações, conforme protocolo do Ministério da Saúde de tratamento de Influenza.

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

• Todo caso suspeito deve ser notificado ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde Nacional (AHBBS) em até 24 horas do atendimento.

o Segunda a sexta-feira das 7 às 13h, a Vigilância Epidemiológica fará a notificação.

o Finais de semana e feriados, o médico responsável pelo primeiro atendimento fará a notificação via link disponível no desktop como "NOTIFICAÇÃO CORONAVÍRUS" (http://bit.ly/2019-ncov).

 NÃO ESQUECER de salvar a cópia em PDF em pasta "Coronavírus" na pasta Z, com o nome do paciente.

• O enfermeiro do setor será o responsável por:

o Segunda a sexta-feira das 7 às 13h: informar a Vigilância Epidemiológica sobre o caso suspeito.

o Segunda a sexta-feira das 13h às 7h, finais de semana e feriados: coletar o material respiratório, entregar no Laboratório (guardar na geladeira da Farmacovigilância) e informar o NIR sobre o caso suspeito.

• O NIR ficará responsável, nos horários de não funcionamento da Vigilância epidemiológica, por enviar a notificação salva em PDF por e-mail aA Associação Hospitalar Beneficente do BrasilS com cópia para a Vigilância epidemiológica

COLETA DE MATERIAL RESPIRATÓRIO:

• Será feito pela equipe da Vigilância epidemiológica, de segunda a sexta-feira das 7 às 13h.

• Nos demais horários, a coleta será feita pelo enfermeiro do setor. Após a coleta, enviar o material ao Laboratório, em caixa de transporte.

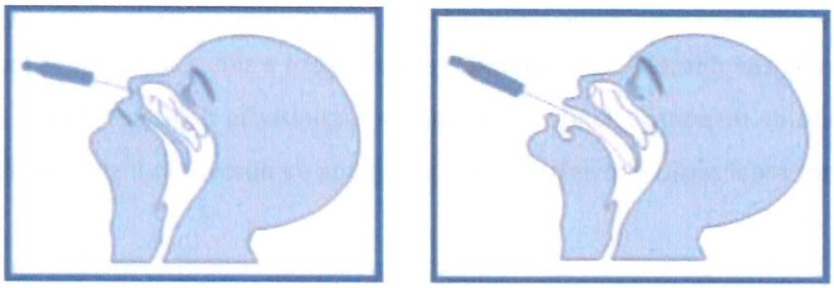
• A coleta dos swabs devem ser feitos com a devida paramentação e em quarto de isolamento (isolamento do PS ou consultório vazio da Clínica Médica).

Técnica de coleta:

• É necessária à coleta de 1 tubo de amostras respiratórias por paciente: swab (naso/orofaringe) OU aspirado de nasofaringe (ANF) OU amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronco-alveolar);

• Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): avental impermeável, luva descartável, óculos de proteção, máscara N95. Identificar os tubos ou frasco coletor com o nome legível e dados do paciente;

• Swabs combinados (nasofaringe e orofaringe): As secreções serão coletadas utilizando-se swabs de rayon de haste flexível. Total de swabs utilizados = três swabs por tubo: 1° Narina direita; 2° Narina esquerda; 3 ° Orofaringe (Figura 1).



A – Swab nasal. B – Swab oral.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil. 2016.

Figura 1: Técnica para a coleta de *swab* combinado.

• Os três swabs DEVERÃO ser acondicionados em um único tubo de rosca estéril tipo Falcon, contendo 3mL de soro fisiológico estéril e transportados na posição vertical para garantir que o swab fique imerso na solução fisiológica.

Fonte:

- Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA; Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV).

- Boletim epidemiológico 04, volume 51, Ministério da Saúde – Jan/2020.

- Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia sobre o novo Coronavírus – atualizado em 24/01/2020.

- Alerta: Infecção pelo novo Coronavírus (2019-nCoV), Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" – atualizado em 23/01/2020.

- Protocolo Laboratorial para a coleta, acondicionamento e transporte de amostras biológicas para investigação do novo coronavírus (2019-nCoV) – Instituto Adolfo Lutz.

- Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) – 1ª edição, 2020 – Ministério da Saúde.

Procedimento Operacional Padrão

POP- O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, um POP garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim "as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias" (SCARTEZINI, 2009). O manual de procedimentos, segundo Andrade (1975), é a reunião de os POPS do serviço em um único documento, que descreve o trabalho de enfermagem a ser executado e a forma correta de fazê-lo, sendo de responsabilidade da gerência a organização dele. Ressalta-se que esse documento deve ter atualização e revisão periódica, seguida da aprovação institucional de cada versão.

POP Nº: ENF. 001: Verificação de Peso e Altura		
Sugerido por: **Equipe Técnica dA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**		
Estabelecido em: **14/10/21.**	Próxima revisão: 14/10/2023	Nº Revisão: **01**
Executor: **Equipe de enfermagem**		

Material Necessário

- Balança antropométrica.
- Papel toalha.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Explicar o procedimento ao paciente.
- Aferir a balança.
- Forrar o piso da balança com papel toalha.
- Encaminhar o paciente ao local onde se encontra a balança.

861

- Solicitar o paciente que retire os sapatos e roupas pesadas.
- Solicitar o paciente que suba na balança.
- Posicionar o paciente de frente para a balança.
- Executar a técnica de pesagem.
- Posicionar o paciente de costas para a balança.
- Realizar a mensuração da altura.
- Encaminhar o paciente de volta ao quarto.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário.
- Anotar os dados de peso e altura obtidos em folha de controle.

Manuseio de Material

- A balança digital pode ser utilizada quando o paciente tem problemas para a deambulação.
- A mensuração de rotina do peso é de responsabilidade dos funcionários do plantão noturno, devendo ser realizada com o paciente em jejum.
- Sempre padronizar a balança em uso para evitar resultados com oscilações falsas.

Resultados Esperados

- Acompanhar as oscilações do peso em pacientes idosos, desnutridos e crianças.
- Controlar oscilações de peso em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada e/ou com insuficiência renal.
- Obter dados para a utilização de drogas anestésicas durante procedimento cirúrgico.

Ações Corretivas

Caso a balança esteja desregulada, solicitar a manutenção para que ela seja aferida.

POP Nº: ENF. 002: Verificação da Pressão Arterial
Sugerido por: **Equipe Técnica dA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Esfigmomanômetro.
- Estetoscópio.
- Álcool 70%.
- Algodão.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço).
- Promover a assepsia das olivas e do diafragmado estetoscópio com álcool 70 %
- Certificar se o paciente está com a bexiga vazia.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Posicionar o braço do paciente ao nível do coração. (Preferência ao MSE).
- Permitir um repouso de 5 minutos.
- Expor o membro do paciente enrolando a manga da roupa sem que haja compressão.
- Localizar por palpação a artéria braquial ao longo da superfície ventromedial do braço.
- Enrolar o manguito ao redor do braço centrando a bolsa inflável sobre a artéria braquial e a margem inferior 2,5cm acima do espaço ante cubital.
- Colocar o manômetro no nível dos olhos, a uma distância suficiente para leitura das calibrações marcadas pelo ponteiro ou coluna de mercúrio.
- Palpar a artéria braquial na fossa ante cubital.
- Posicionar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria.
- Fechar a válvula do esfigmomanômetro.
- Insuflar a bolsa pressionando a pêra.

863

- Determinar o nível de insuflação máxima observando a pressão em que o pulso radial não é mais palpável.
- Desinsuflar o manguito regularmente com rapidez.
- Marcar a pressão sistólica quando ocorrerem duas batidas consecutivas, sendo contado a partir da primeira.
- Marcar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons.
- Retirar todo o ar do manguito.
- Remover o manguito.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Promover a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool 70%.
- Higienizar as mãos.
- Realizar anotação de enfermagem na receita do paciente, assinar e carimbar.
- Anotar a pressão arterial obtida em ficha de controle de sinais vitais.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Manuseio de Material

- Não aferir a pressão arterial em membros com fístulas artério-venosas.
- Esperar de um a três minutos antes de repetir a medida de pressão do mesmo braço para permitir o escoamento do sangue represado nas veias do antebraço.
- A largura do manguito deve ser 0,38 do comprimento da circunferência do braço e o comprimento, 0,8.
- Caso o desaparecimento dos sons para determinar a pressão diastólica ocorra muito próximo do zero, marcar, também, o ponto onde há o amortecimento do som.
- Paciente em isolamento de contato deve manter um estetoscópio e um esfigmomanômetro de uso individual.
- O intervalo de tempo para as medições da pressão arterial depende do estado clínico do paciente e de sua situação.

Resultados Esperados

- Acompanhar as oscilações da pressão arterial.
- Controlar as oscilações da pressão arterial em pacientes hipertensos e cardiopatas.

Ações Corretivas

- Caso o manômetro esteja desregulado, encaminhar o material para aferição.
- Em situações de extremos de pressão arterial, comunicar o médico responsável para a tomada de conduta frente ao quadro clínico alterado.

POP Nº: ENF. 003: Verificação da Temperatura Corpórea
Sugerido por: **Equipe Técnica dA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Termômetro digital
- Álcool 70%
- Algodão.
- Relógio.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução.
- Realizar assepsia do termômetro com álcool 70%.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Abduzir o braço do paciente.
- Enxugar a axila sem friccionar.
- Encostar o bulbo do termômetro no ápice da axila posicionando-o perpendicular à parede medial da axila.

865

- Solicitar ao paciente para comprimir o braço de encontro ao corpo colocando-o transversalmente sobre o tórax.
- Aguardar por 03 minutos (termômetro de mercúrio) ou até a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
- Higienizar as mãos.
- Anotar a temperatura obtida em ficha de controle de sinais vitais.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Manuseio de Material

- Paciente em isolamento de contato deve manter um termômetro de uso individual.

Resultados Esperados

- Controlar a oscilação da temperatura corporal.
- Obter parâmetros para o estabelecimento da eficiência de antibióticos em tratamento de infecções.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar temperatura superior a 37,8°.C, comunicar o médico responsável ou enfermeiro de plantão para adoção de condutas.
- Se o paciente apresentar hipotermia após procedimento cirúrgico, realizar o aquecimento com cobertor e, se necessário, com aquecedor e comunicar o médico responsável.

POP Nº: ENF. 004: Verificação da Frequência Cardíaca
Sugerido por: **Equipe Técnica dA Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Relógio com marcação de segundos.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Certificar se o paciente está com a bexiga vazia.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Permitir um repouso de 5 minutos.
- Colocar as polpas dos dedos médios e indicador sobre a artéria.
- Pressionar suavemente até localizar os batimentos.
- Contar as pulsações durante um minuto, avaliando freqüência, volume e ritmo.
- Higienizar as mãos.
- Anotar a freqüência cardíaca obtida em ficha de controle de sinais vitais.

Manuseio de Material

- Evitar verificar o pulso em membros afetados de pacientes com lesões neurológicas ou vasculares.
- A verificação do pulso pode ser realizada nas artérias carotídea, temporal, braquial, radial, femoral, poplítea, pediosa e tibial posterior.
- Monitorizar o paciente, se necessário, para um controle mais rigoroso.
- A ausculta cardíaca pode ser realizada simultaneamente a palpação do pulso para avaliação de extrassístoles.

867

Resultados Esperados

- Avaliar a perfusão periférica de membros submetidos à cirurgia.
- Controlar as oscilações da frequência cardíaca em pacientes com alterações no ritmo cardíaco.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar oscilação extrema na contagem dos batimentos e/ou arritmia, comunicar o médico responsável ou o enfermeiro de plantão.

POP Nº: ENF. 005: Verificação da Frequência Respiratória.
Sugerido por: **Equipe Técnica**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Relógio com marcação de segundos.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Higienizar as mãos.
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução
- Proporcionar um ambiente tranqüilo.
- Permitir um repouso de 5 minutos.
- Colocar paciente em decúbito dorsal.
- Observar os movimentos respiratórios.
- Contar a frequência respiratória por um minuto.
- Avaliar o tipo, a profundidade e o ritmo da respiração.
- Avaliar a presença de sinais de desconforto respiratório, como batimento de aletas nasais, uso da musculatura acessória e retração intercostal.

- Lavar as mãos.
- Anotar a frequência respiratória obtida em ficha de controle de sinais vitais.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

Manuseio de Material

- Para evitar a alteração da frequência respiratória por ansiedade, colocar os dedos no pulso do paciente como se estivesse verificando-os.

Resultados Esperados

- Avaliar o padrão respiratório.
- Verificar a presença de anormalidades no padrão respiratório.

Ações Corretivas

- Se o paciente apresentar oscilação extrema na contagem dos movimentos respiratórios, comunicar o médico responsável ou o enfermeiro de plantão para adoção de condutas.

POP Nº: ENF. 006: Monitorização Cardíaca.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material necessário

- 05 Eletrodos.
- Álcool 70%
- Algodão
- Monitor cardíaco.
- Aparelho de tricotomia, se necessário.

869

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Orientar o paciente da finalidade de monitorização sempre que possível.
- Limpar / desengordurar a pele do paciente com álcool 70%.
- Realizar a tricotomia do local de aplicação dos eletrodos, se necessário.
- Remover a camada córnea da pele utilizando a lixa no verso do eletrodo com leve fricção para diminuição da impedância.
- Remover o papel protetor do eletrodo fixando-o do centro para as extremidades.
- Posicionar os eletrodos conforme a técnica.
- São posicionados na parte superior do abdome na linha do apêndice xifoide, a esquerda é colocada o LL e a direita é colocado o RL.

RA **e** ***LA***

Vermelho **Amarelo**

- O eletrodo branco deve ser posicionado no quarto espaço intercostal, no limite direito do externo, embora possa ser colocado em qualquer posição de derivação precordial.

RL ***e*** **LL**

Preto Verde

- São posicionados exatamente abaixo das clavículas direita (RA) e esquerda (LA), próximos à junção dos braços e do tórax.

Branco

- Ligar o monitor cardíaco.
- Conectar os eletrodos aos fios do monitor cardíaco.
- Observar os traçados eletrocardiográficos e os parâmetros vitais na tela do monitor.
- Anotar procedimento realizado e anormalidades observadas em prontuário hospitalar.

Manuseio de Material

- Eletrodos, este pode permanecer se bem aderido à pele, por um período de 05 dias (conforme orientação do fabricante).
- Nunca utilizar soluções como: benzina, benjoim, éter etc. para facilitar a aderência do eletrodo à pele. Estas soluções quando em contato com a cola do eletrodo podem causar irritação à pele.
- Manter os cabos do monitor cardíaco desembaraçados, evitando quebra ou interferências.
- Manter os alarmes do monitor sempre ligados.
- Manter monitorização cardíaca / oximetria durante o banho de leito do paciente.
- Após a alta o paciente efetuar a desinfecção do cabo de ECG e monitor cardíaco com um pano macio embebido com álcool a 70%.

Resultados esperados

- Monitorização cardíaca fiel e de qualidade para o auxílio diagnóstico.
- Atuação precoce em quadros de instabilidade cardíaca.

Ações corretivas

- No caso de defeito do cabo de ECG ou monitor cardíaco, comunicar imediatamente o enfermeiro de plantão para que ele seja encaminhado para conserto.

POP Nº: ENF. 007: Banho de Aspersão
Sugerido por: **Equipe Técnica**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Carrinho de banho.
- Toalha de banho.
- Sabonete individualizado.

871

- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Roupa pessoal do paciente.
- Hamper.
- Prontuário hospitalar.
- Cadeira de banho, se necessário.
- Material de curativo, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material no carrinho de banho.
- Vestir o avental impermeável.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Ligar o chuveiro.
- Adequar o jato do chuveiro quanto ao fluxo e temperatura da água.
- Encaminhar o paciente ao banheiro, se necessário, em cadeira de banho.
- Orientar o paciente em relação ao funcionamento do chuveiro.
- Auxiliar o paciente a se despir, se necessário.
- Observar as condições da pele.
- Orientar ao paciente que acione a campainha ao término do banho ou, se necessário, auxiliar o paciente durante o banho.
- Auxiliar o paciente a se vestir, se necessário.
- Encaminhar o paciente ao quarto.
- Posicionar o paciente de maneira confortável na poltrona.
- Arrumar o leito conforme técnica.
- Colocar as roupas sujas no hamper, se pertencentes ao hospital.
- Proceder à realização de curativos, se necessário.
- Realizar massagem de conforto com creme hidratante, conforme prescrição de enfermagem.
- Deixar o banheiro e o quarto organizados.
- Solicitar ao Serviço de Higiene a limpeza do banheiro.

- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento, intercorrências e observações em prontuário.
- Checar procedimento realizado em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- Oferecer o banho de aspersão em cadeira para pacientes idosos ou muito debilitados para facilitar que eles lavem as pernas e os pés, com menor probabilidade de queda.
- Solicitar ao paciente que não tranque a porta do banheiro.

Resultados Esperados

- Proporcionar conforto físico e mental ao paciente.
- Estimular a circulação sanguínea.
- Reduzir a flora bacteriana transitória da pele.

POP Nº: ENF. 008: Higiene Corporal no Leito.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Carrinho de banho.
- Luvas de procedimento.
- Compressas não estéreis.
- Avental impermeável.
- Máscara de proteção.
- Óculos de proteção.
- Material para higiene oral.
- Sabonete individualizado.
- Comadre e/ou papagaio individualizado.
- Roupa de vestuário para o paciente.

873

- Kit roupa de cama.
- Hamper.
- 02 Bacias.
- 01 Balde.
- Biombo.
- Fralda Geriátrica.
- Pente de cabelo.
- Creme hidratante.
- Sanito branco.
- Prontuário hospitalar.
- Material para curativo, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Vestir avental impermeável.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar óculos e máscara de proteção.
- Levar o carrinho de banho próximo do leito.
- Colocar biombos ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Oferecer comadre ou papagaio ao paciente para realização de micção e/ou evacuação.
- Colocar água morna no balde e nas bacias.
- Desprender a roupa de cama.
- Realizar a higiene oral do paciente.
- Realizar a higiene da cabeça, utilizando uma bacia para lavagem e a outra para enxágüe.
- Trocar a água do banho após a lavagem da cabeça.
- Lavar e enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço, utilizando compressas não estéreis e sabonete individualizado.
- Lavar os olhos do paciente com compressa úmida e limpa, com movimentos do canto interno para o canto externo.
- Remover o vestuário do paciente, mantendo o paciente protegido com lençol, deixando os braços descobertos.

- Lavar, enxaguar e enxugar os braços e as mãos do lado oposto ao que se encontra depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho à axila.
- Trocar a água do banho.
- Descobrir o tórax do paciente, mantendo os membros inferiores protegidos.
- Lavar, enxaguar e enxugar o tórax e o abdome, com movimentos circulares, estimulando a circulação sanguínea.
- Observar a integridade cutânea e presença de anormalidades.
- Cobrir o tórax com lençol limpo.
- Descobrir a região genital e os membros inferiores.
- Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo à raiz da coxa, primeiro do lado mais distante que se encontra trabalhando, depois do mais próximo.
- Colocar a bacia sob os pés.
- Lavar, enxaguar e enxugar os pés atentando a região interdigital.
- Observar as condições cutâneas e a presença de fissuras.
- Trocar a água do banho e as compressas.
- Colocar a comadre sob o quadril do paciente.
- Realizar a higiene íntima do paciente conforme a técnica.
- Retirar a comadre.
- Trocar a água do banho e as compressas.
- Posicionar o paciente em decúbito lateral.
- Colocar uma toalha sob as costas e nádegas do paciente.
- Lavar, enxaguar e enxugar as costas, nádegas e parte posterior dos membros inferiores.
- Massagear as costas e nádegas durante o procedimento para estimular a circulação.
- Manter o paciente em decúbito lateral.
- Empurrar a roupa de cama úmida para o meio do leito enxugando o colchão.
- Trocar as luvas de procedimento para não contaminar a roupa de cama limpa.
- Colocar a roupa de cama limpa na metade do leito seca.
- Virar o paciente sobre o lado pronto do leito.
- Proceder à realização de curativos em região dorsal, se necessário.
- Colocar a roupa de cama suja no hamper.
- Trocar de luvas de procedimento para não contaminar a roupa de cama limpa.
- Proceder à arrumação do leito.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

875

- Proceder à realização de outros curativos, se necessário.
- Trocar a fronha do travesseiro.
- Realizar massagem de conforto com creme hidratante por toda extensão corporal.
- Colocar a fralda no paciente.
- Vestir o paciente.
- Pentear os cabelos do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente, se necessário, com uso de travesseiros.
- Deixar o quarto do paciente organizado.
- Lavar comadre, papagaio, balde e bacias.
- Manter a comadre, o papagaio e as bacias na parte inferior da mesa de cabeceira ou dentro do banheiro, se quarto com banheiro.
- Colocar as compressas e as toalhas sujas dentro do hamper.
- Desprezar o material de curativo e as luvas de procedimento no sanito branco.
- Retirar a luva de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar em prontuário o procedimento prestado e anormalidades observadas.
- Checar em prescrição de enfermagem o procedimento realizado.
- Comunicar a enfermeira sobre qualquer intercorrência ou anormalidade observada.

Manuseio de Material

- Trocar a água do banho conforme a técnica e sempre que necessário.
- O banho no leito deve ser realizado por dois funcionários da equipe de enfermagem ou, se o paciente conseguir colaborar, por uma pessoa.
- Quando houver colostomia e/ou drenos, esvaziar ou trocar as bolsas coletoras antes do início do banho.

Resultados Esperados

- Proporcionar conforto físico e mental ao paciente.
- Estimular a circulação sanguínea.
- Reduzir a flora bacteriana transitória da pele.

Ações Corretivas

- Em caso de prejuízo da integridade cutânea, comunicar ao enfermeiro de plantão para a avaliação.

POP Nº: ENF. 009: Higiene de Prótese Dentária.
Sugerido por: **Equipe Técnica**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Copo com solução antisséptica bucal.
- Escova de dente.
- Pasta dental ou sabão líquido.
- Cuba rim.
- Luvas de procedimento.
- Compressas não estéreis.
- Papel toalha.
- Biombo.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material em uma bandeja.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Colocar a bandeja de material próximo ao leito do paciente.
- Colocar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar toalha sobre o tórax do paciente.
- Colocar o paciente em Posição de Fowler ou, quando possível, sentado.
- Retirar as próteses dentárias com o uso de papel toalha ou, se possível, solicitar ao paciente que as remova.

877

- Colocar as próteses em uma cuba rim forrada com papel toalha.
- Levar a cuba rim ao banheiro.
- Colocar pasta dental ou sabão líquido sobre a escova dental.
- Segurar a prótese dentária e escová-la com movimentos firmes da base dos dentes para as pontas.
- Escovar a área de acrílico em toda a sua extensão.
- Enxaguar a prótese dentária com água corrente fria.
- Desprezar o papel toalha da cuba rim.
- Forrar novamente a cuba rim com papel toalha.
- Lavar a escova dental com água corrente.
- Colocar a prótese dentária.
- Lavar as mãos enluvadas.
- Realizar a higiene oral do paciente
- Recolocar a prótese dentária do paciente ou, se possível, solicitar ao paciente que o faça.
- Colocar o paciente em posição confortável.
- Deixar o quarto e o banheiro organizados.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento em prontuário hospitalar.

Manuseio de Material

- Caso a prótese seja removida devido a condições especiais, como preparo para cirurgia, solicitar um porta-prótese na farmácia ou utilizar um saco branco com etiqueta de identificação, colocando o pacote na gaveta da mesa de cabeceira ou entregando à família.

Resultados Esperados

- Promover conforto ao paciente.
- Garantir higiene adequada da cavidade oral.

Ações Corretivas

- Caso seja observada alguma anormalidade na cavidade oral do paciente, comunicar o enfermeiro de plantão e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 010: Higiene Íntima Feminina
Sugerido por: **Equipe Técnica**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Balde.
- Jarra.
- Pacote de gazes.
- Pinça cheron.
- Comadre.
- Toalha de banho.
- Clorexidine degermante.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Hamper.
- Biombo.
- Sanito branco.
- Forro impermeável.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento à paciente.
- Posicionar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade da paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.

879

- Vestir o avental impermeável.
- Encher o balde com água morna.
- Colocar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas abertas e fletidas, com apoio sob os pés (Posição ginecológica).
- Colocar o forro impermeável sob a região glútea da paciente.
- Colocar a comadre sob a região glútea da paciente.
- Despejar a água morna com o auxílio da jarra sobre o monte pubiano e a vulva.
- Ensaboar a região pubiana com clorexidine degermante, utilizando uma pinça cheron montada em gaze, com movimentos de cima para baixo sem atingir o ânus.
- Desprezar a gaze após cada movimento vulva-ânus.
- Afastar os grandes lábios.
- Observar a presença de anormalidades em regiões genitais e anal.
- Ensaboar a região exposta no sentido antero-posterior, utilizando uma gaze para cada lado.
- Ensaboar a região anal.
- Despejar a água da jarra sobre as regiões ensaboadas.
- Retirar a comadre.
- Enxugar a região lavada com a toalha de banho.
- Deixar a paciente em posição confortável.
- Colocar a toalha e o forro no hamper.
- Lavar a comadre e a jarra no banheiro.
- Colocar a comadre e a jarra na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e anormalidades observadas em prontuário.

Manuseio de Material

- Realizar o procedimento de higiene íntima duas vezes por dia se a paciente apresentar sondagem vesical de demora.
- Remover o excesso de secreção vaginal com o auxílio de gazes montadas na pinça auxiliar antes de iniciar a higiene.

Resultados Esperados

- Proporcionar higiene e conforto à paciente.
- Preparar à paciente para coleta de urina por saco coletor de plástico ou sondagem vesical.
- Prevenir ou tratar infecções urinárias.

Ações Corretivas

- Se houver presença de secreção uretral e/ou vaginal ou sangramento anal, comunicar a enfermeira ou o médico responsável.

POP Nº: ENF. 011: Higiene Íntima Masculina.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Balde.
- Jarra.
- Pacote de gazes.
- Pinça cheron.
- Comadre.
- Toalha de banho.
- Clorexidine degermante.

- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Hamper.
- Biombo.
- Sanito branco.
- Forro impermeável.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Posicionar biombo ao redor do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Encher o balde com água morna.
- Posicionar o paciente expondo somente a área genital.
- Colocar o forro impermeável sob a região glútea do paciente.
- Colocar a comadre sob a região glútea, acima do impermeável.
- Despejar a água com o auxílio da jarra sobre a região genital.
- Montar a pinça cheron com gaze.
- Ensaboar a região genital com clorexidine degermante.
- Desprezar a gaze suja no sanito branco.
- Utilizar nova gaze a cada etapa.
- Tracionar o prepúcio.
- Iniciar a higiene íntima pelo meato urinário, prepúcio, glande e corpo do pênis com movimentos únicos circulares.
- Ensaboar a região escrotal.
- Ensaboar, por último, a região anal.
- Observar presença de anormalidades nas regiões genital e anal e presença de secreção.
- Desprezar as gazes sujas no sanito branco.
- Enxaguar a região pubiana, pregas inguinais, pênis, bolsa escrotal e região anal.

- Retirar a comadre.
- Enxugar a região higienizada com toalha de banho.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Colocar a toalha e o forro no hamper.
- Lavar a comadre, o balde e a jarra no banheiro.
- Colocar a comadre na parte inferior da mesa de cabeceira.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas no sanito branco.
- Encaminhar a pinça ao expurgo para esterilização em Central de Material.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e as anormalidades observadas em prontuário.

Manuseio de Material

- Realizar o procedimento de higiene íntima duas vezes por dia se o paciente apresentar a sondagem vesical de demora.
- Remover o excesso de secreção uretral com o auxílio de gazes antes de iniciar a higiene.

Resultados Esperados

- Proporcionar higiene e conforto ao paciente.
- Preparar o paciente para coleta de urina por uripen ou sondagem vesical.
- Prevenir ou tratar infecções urinárias.

Ações Corretivas

- Se houver presença de secreção uretral purulenta ou sangramento anal, comunicar a enfermeira ou o médico responsável.

POP Nº: ENF. 012: Higiene Oral.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Espátula envolta em gazes.
- Solução antisséptica (bicarbonatada) ou Listerine.
- Toalha ou compressas não estéreis.
- Copo plástico.
- Luvas de procedimento
- Cuba rim
- Sanito branco.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente com a cabeceira elevada, de maneira confortável.
- Colocar a toalha no pescoço e na parte superior do tórax do paciente, se necessário, com forro plástico.
- Diluir o antisséptico ou o Listerine com água em um copo plástico.
- Proceder à limpeza de toda a cavidade oral do paciente utilizando a espátula envolta em gazes embebidas com solução antisséptica diluída.
- Solicitar ao paciente que realize manobras de bochecho.
- Oferecer a cuba rim ao paciente para que cuspa a solução contida em cavidade oral.
- Realizar limpeza da língua, com movimentos de fricção leve, para evitar saburro.
- Enxugar os lábios com a toalha.
- Lubrificar os lábios com vaselina, para evitar formação de fissuras.
- Retirar as luvas de procedimento.

➢ Desprezar as luvas de procedimento e o material utilizado como escova dental no sanito branco.

Manuseio de Material

➢ Preferencialmente, realizar a higiene oral antes do banho e após as refeições.

➢ Ao lidar diretamente com o paciente é imprescindível o uso de luvas de procedimento.

➢ A diluição do bicarbonato de sódio é realizada na medida de uma colher de chá de soluto para 500ml de água.

➢ Em pacientes com lesão cervical, retirar o excesso de líquido da solução antisséptica com espátula envolta em gaze seca, sem mobilizar a cabeça.

➢ Se o paciente fizer uso de prótese dental móvel, retirar a prótese e realizar a higienização conforme a técnica.

➢ Pacientes conscientes e aptos a realizar a higiene oral podem proceder à escovação dos dentes com pasta.

Resultados Esperados

➢ Promover conforto ao paciente.

➢ Prevenir alterações dentárias, como cáries e formação de placas de tártaro.

➢ Evitar a halitose.

➢ Prevenir a formação de lesões na mucosa oral por resíduos alimentares.

➢ Reduzir flora bacteriana em cavidade oral.

POP Nº: ENF. 013: Lavagem dos Cabelos.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

➢ Carrinho de banho.

➢ Balde.

➢ Bacia.

885

- Jarra.
- Xampu.
- Toalha de banho.
- Luvas de procedimento.
- Avental impermeável.
- Forro impermeável.
- Lençol.
- Algodão em bola.
- Pente de cabelo.
- Hamper.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material no carrinho de banho.
- Colocar o carrinho de banho próximo ao leito.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Fechar portas e janelas.
- Encher o balde com água morna.
- Abaixar a cabeceira do leito.
- Calçar luvas de procedimento.
- Vestir o avental impermeável.
- Retirar o travesseiro.
- Colocar um forro impermeável na cabeceira do leito.
- Colocar uma toalha de banho na cabeceira do leito, sobre o forro impermeável.
- Colocar a bacia com água sobre a toalha.
- Posicionar o paciente em diagonal, com a cabeça próxima ao funcionário.
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão.
- Afrouxar a camisola, se mulher, ou retirar a camisa, se homem.
- Cobrir o tórax do paciente com um lençol.
- Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente.
- Sustentar com uma das mãos a cabeça do paciente sobre a bacia com água.

- Fazer coxins com lençol.
- Colocar coxins sob o pescoço do paciente.
- Pentear os cabelos do paciente inspecionando o cabelo e o couro cabeludo.
- Observar condições de anormalidade.
- Umedecer os cabelos com um pouco de água.
- Aplicar o xampu, evitando que o líquido escorra nos olhos.
- Massagear o couro cabeludo com as pontas dos dedos.
- Lavar os cabelos.
- Enxaguar os cabelos do paciente com o auxílio de uma jarra, até retirar toda a espuma.
- Elevar a cabeça do paciente.
- Espremer os cabelos cuidadosamente fazendo escorrer a água em excesso.
- Retirar a bacia que está sob a cabeça do paciente.
- Envolver a cabeça do paciente em uma toalha limpa.
- Secar os cabelos do paciente.
- Pentear os cabelos do paciente.
- Recolocar o travesseiro.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Colocar as toalhas, o forro impermeável e o avental no hamper.
- Lavar o balde, a bacia e a jarra.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Descartar as luvas no lixo contaminado do Posto de Enfermagem.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento prestado e as anormalidades observadas em prontuário.

Resultados Esperados

- Proporcionar conforto ao paciente.
- Reduzir a flora bacteriana transitória.
- Manter a higiene adequada do couro cabeludo e cabelos.

887

Ações Corretivas

- Em caso de alterações observadas no couro cabeludo e nos cabelos, como por exemplo, a presença de infestação (pediculose), comunicar ao enfermeiro ou ao médico responsável.
- Se houver contato do xampu com a mucosa ocular, realizar lavagem dos olhos com soro fisiológico.

POP Nº: ENF. 014: Preparo no Leito Com o Paciente.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Luvas de procedimento.
- Hamper.
- 01 fronha.
- 02 lençóis.
- 01 forro.
- 01 impermeável.
- 01 colcha.
- 01 cobertor, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o material sobre a mesa de cabeceira.
- Orientar o procedimento ao paciente
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar o hamper próximo ao leito.
- Desprender a roupa de cama dos cantos e laterais do leito.
- Posicionar o paciente lateralmente mantendo as grades de proteção, à sua frente, elevadas.

- Soltar a roupa de cama, do lado mais afastado do paciente, e empurrá-la para próximo do paciente.
- Estender o lençol, o impermeável e o forro até próximos do paciente.
- Prender a metade da roupa e cama na lateral e nos cantos do leito.
- Elevar as grades de proteção na metade arrumada.
- Virar o paciente para o lado pronto do leito.
- Abaixar as grades de proteção.
- Retirar a roupa de cama suja.
- Desprezar a roupa de cama suja no hamper.
- Puxar o lençol, o impermeável e o forro.
- Prender a roupa de cama na lateral e nos cantos do leito.
- Elevar as grades de proteção.
- Colocar o paciente no centro da cama.
- Cobrir o paciente com o lençol.
- Oferecer a colcha.
- Trocar a fronha do travesseiro.
- Desprezar a fronha suja no hamper.
- Colocar o travesseiro sob a cabeça do paciente.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Deixar o quarto organizado.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.

Manuseio de Material

- Ao colocar no hamper a roupa suja, observar a presença de pertences do paciente, material hospitalar (como bolsa térmica, controle remoto da televisão) ou ainda material perfurocortante entre os lençóis.
- A roupa de cama deve ser trocada no mínimo uma vez ao dia, preferencialmente, após o banho.
- A troca da roupa de cama deve ser feita sempre que necessária.

889

- Havendo apenas um funcionário para o preparo do leito, as luvas de procedimento não devem ser retiradas até que as roupas sujas sejam colocadas no hamper.
- Se o paciente for totalmente dependente, a troca da roupa de cama deve ser realizada por dois funcionários.
- O colchão piramidal permanece sobre o colchão durante a troca da roupa de cama.

Resultados Esperados

- Reduzir a flora bacteriana presente nas roupas de cama.
- Manter o leito em condições adequadas de higiene.
- Garantir o bem-estar do paciente.

POP Nº: ENF. 015: Preparo do Leito Sem o Paciente.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Luvas de procedimento.
- Hamper.
- 01 fronha.
- 02 lençóis.
- 01 forro.
- 01 colcha.
- 01 cobertor se necessário.
- 01 impermeável, se necessário.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material necessário.
- Colocar o material sobre a mesa de cabeceira.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar a roupa de cama suja.
- Desprezar a roupa de cama suja no hamper.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Estender o lençol sobre o leito.
- Prender o lençol nos cantos do leito.
- Estender o impermeável, se necessário.
- Estender o forro no centro do leito.
- Prender as extremidades do forro na região lateral do leito.
- Estender o lençol.
- Estender a colcha sobre o virol.
- Prender o lençol e a colcha nos pés do leito.
- Realizar uma meia dobra na cabeceira com o lençol e a colcha sobrepostos.

- Colocar a fronha no travesseiro.
- Colocar o travesseiro no leito.
- Deixar a cama aberta (lençol dobrado em diagonal) ou preparada (lençol enrolado no canto próximo da parede), de acordo com a situação.
- Deixar a unidade organizada.
- Desprezar as luvas de procedimento em lixo contaminado.
- Lavar as mãos.

Manuseio de Material

- Ao colocar a roupa de cama suja no hamper, retirar peça por peça observando a presença de pertences do paciente, material hospitalar (como bolsa térmica, controle remoto da televisão) entre os lençóis, ou ainda material perfuro-cortante.
- A roupa de cama deve ser trocada no mínimo uma vez ao dia, preferencialmente, após o banho.
- A troca da roupa de cama deve ser feita sempre que necessária.

Resultados Esperados

- Reduzir a flora bacteriana presente nas roupas de cama.
- Preparar o leito para receber o paciente em pós-operatório.
- Manter o leito em condições adequadas de higiene.
- Garantir o bem-estar do paciente.

POP Nº: ENF. 016: Movimentação em Direção a Cabeceira.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- 02 funcionários da equipe de enfermagem.
- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal.
- Abaixar a cabeceira e grades laterais do leito.
- Posicionar-se ao lado do leito, em pé de frente para o paciente, um funcionário de cada lado.
- Soltar as extremidades do forro.
- Segurar o forro com firmeza, cada funcionário em seu lado.
- Movimentar o paciente em direção a cabeceira, com um movimento único e ritmado.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Elevar as grades de proteção.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.
- Se o paciente estiver recebendo dieta enteral a elevação da cabeceira deve ser mantida em, no mínimo, 45°.
- Pausar dieta enteral durante o procedimento para evitar broncoaspiração.

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Melhorar o padrão respiratório.
- Prevenir broncoaspiração de dieta enteral.

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 017: Movimentação Para Um dos Lados.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- 02 Funcionários da equipe de enfermagem.
- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Posicionar-se ao lado do leito, em pé de frente para o paciente, um funcionário de cada lado.
- Segurar nas regiões laterais do forro com firmeza.
- Trazer o paciente para um dos lados, previamente combinado, com movimentos ritmados.
- Colocar travesseiros entre as regiões de contato ósseo.
- Colocar travesseiros na região dorsal do paciente proporcionando apoio.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Os funcionários que realizam o procedimento devem permanecer com uma das pernas a frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo o braço ao nível da cama.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

895

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 018: Posicionamento em Poltrona.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Travesseiro.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Colocar a poltrona ao lado do leito com as costas voltadas para o pé do leito.
- Travar as rodas da cadeira de rodas.
- Forrar a poltrona com um lençol.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar o paciente sentado na beira do leito, colocando um dos braços sob os ombros do paciente e o outro na região poplítea, o braço mais distante do paciente se apóia no ombro do funcionário, que com um impulso senta-o no leito.
- Calçar os chinelos no paciente.
- Posicionar as pernas de maneira afastadas, com um dos pés apontado para o lado da cama e o outro apontado para a poltrona / cadeira de rodas.
- Apoiar o joelho mais próximo do paciente com sua perna dianteira, mantendo a outra perna para trás de modo a oferecer uma boa base de apoio.
- Colocar os braços do paciente sobre os ombros do funcionário.
- Segurar a cintura do paciente.

- Sincronizar os movimentos com a contagem até três.
- Auxiliar o paciente a posicionar-se em pé.
- Virar o paciente para o lado oposto da poltrona / cadeira.
- Sentar o paciente na cadeira.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Colocar um travesseiro nas costas do paciente para apoio.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- Se o paciente for totalmente dependente, serão necessários dois funcionários para a transferência do leito para a poltrona, com um funcionário segurando a região torácica (passando os braços pela axila) e o outro os membros inferiores e quadril.
- Se o paciente apresentar uma instabilidade postural ou agitação motora, passar uma faixa (um lençol dobrado no sentido longitudinal) ao redor da região abdominal do paciente, amarrando as extremidades na parte de trás da cadeira.
- O funcionário que auxilia na transferência deve sempre manter os joelhos fletidos e a coluna ereta.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.
- Durante a transferência do paciente do leito para a poltrona pode-se usar o cinto de transferência ao redor da cintura

887

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 019: Posicionamento em Decúbito Lateral.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Travesseiro.
- Luvas de procedimento.
- Prescrição de enfermagem.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Posicionar-se ao lado do qual se quer virar o paciente.
- Manter as grades de proteção elevadas do lado oposto.
- Aproximar o paciente na extremidade oposta do leito.
- Virá-lo para o lado desejado com movimentos firmes e suaves.
- Colocar travesseiros em região dorsal do paciente para apoio.
- Flexionar o membro inferior que está por cima.
- Colocar um travesseiro entre os membros inferiores.
- Manter fletido o membro superior que está em contato com o colchão.

- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o procedimento realizado em prontuário, descrevendo a posição e o horário.
- Checar o procedimento em prescrição de enfermagem.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem a mobilização de pacientes acamados e dependentes.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Se o paciente for totalmente dependente, realizar toda a movimentação em dois funcionários, conforme a técnica descrita em movimentação do paciente para um dos lados.
- Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a cada 2 horas.
- A massagem de conforto com creme hidratante pode ser realizada durante as mudanças de decúbito, estimulando a circulação sanguínea.

Resultados Esperados

- Manter o paciente em posição confortável.
- Reduzir o risco de complicações pulmonares por estase.
- Prevenir a formação de úlceras por pressão.

Ações Corretivas

- Se o paciente ou o acompanhante recusar o procedimento, anotar em prontuário.

885

POP Nº: ENF. 020: Transferência do Leito Para a Maca
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- 04 funcionários da equipe de enfermagem.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.
- Prontuário hospitalar.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Forrar a maca com lençol.
- Posicionar o leito no centro do quarto.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Soltar o lençol de baixo do leito do paciente.
- Colocar a maca paralelamente ao leito.
- Travar as rodas da maca.
- Posicionar dois funcionários junto à maca, com os pés afastados, do lado em que o paciente será locomovido, um funcionário apóia a cabeça do paciente e segura na parte superior do lençol móvel enquanto o outro segura a parte inferior do lençol apoiando todo o tronco e as pernas do paciente.
- Posicionar outros dois funcionários ao lado do leito utilizando a mesma técnica descrita no item anterior.
- Transferir o paciente do leito para a maca em um movimento único e sincronizado.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Elevar as grades de proteção da maca.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.
- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.

- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o horário e o local para onde o paciente foi encaminhado em prontuário.

Manuseio de Material

- É de responsabilidade da equipe de enfermagem o transporte do paciente para setores internos, como raios-X e ressonância, aos finais de semana e durante o período noturno.
- Durante o horário administrativo a locomoção interna dos pacientes é realizada por funcionários do setor onde será realizado o exame.
- A transferência do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva ou para outra acomodação no Andar de Internação é sempre realizada pela equipe de enfermagem do setor.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.
- Os funcionários com mais força devem se posicionar ao lado da maca.

Resultados Esperados

- Transferir pacientes dependentes do leito para a maca utilizando técnica adequado.

POP Nº: ENF. 021: Transferência do Leito para a Maca em Bloco.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- 06 funcionários da equipe de enfermagem.
- Maca.
- Lençol.
- Luvas de procedimento.
- Prontuário hospitalar.

301

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou familiares.
- Forrar a maca com lençol.
- Posicionar o leito no centro do quarto.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Soltar o lençol de baixo do leito do paciente.
- Colocar a maca paralelamente ao leito.
- Travar as rodas da maca.
- Posicionar três funcionários junto à maca e os outros três funcionários ao lado do leito.
- Transferir o paciente do leito para a maca, com movimento de elevação, em um movimento único e sincronizado.
- Manter a privacidade do paciente, cobrindo-o com lençol ou cobertor.
- Elevar as grades de proteção da maca.
- Certificar do conforto e segurança do paciente.

- Deixar a unidade organizada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Desprezar as luvas em lixo contaminado.
- Anotar o horário e o local para onde o paciente foi encaminhado em prontuário.

Manuseio de Material

- O posicionamento dos seis funcionários ocorre de forma simétrica, com três de cada lado. A primeira pessoa coloca um braço sob o pescoço e ombros e o outro sob as costas; a segunda pessoa coloca um braço sob a cintura e o outro sob os quadris; e a terceira pessoa coloca um braço sob os quadris e o outro sob as pernas.
- É de responsabilidade da equipe de enfermagem o transporte do paciente para setores internos, como raios-X e ressonância, aos finais de semana e durante o período noturno.
- Durante o horário administrativo a locomoção interna dos pacientes é realizada por funcionários do setor onde será realizado o exame.

- A transferência do paciente para a Unidade de Terapia Intensiva ou para outra acomodação no Andar de Internação é sempre realizada pela equipe de enfermagem do setor.
- Se possível, ajustar a altura da cama para a realização do procedimento.
- Sempre se certificar das condições do piso evitando quedas durante a mobilização.

Resultados Esperados

- Transferir pacientes politraumatizados, em pós-operatório de laminectomia, ou que exigem imobilização da coluna vertebral, do leito para a maca, utilizando técnica adequada.

POP Nº: ENF. 022: Restrição Com Atadura De Crepe.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Atadura de crepe.
- Compressa não estéril.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Colocar os membros superiores do paciente em posição anatômica.
- Colocar compressa ao redor do membro para evitar lesão por fricção pelo uso da atadura.
- Adaptar a atadura de crepe no membro.
- Enfaixar as extremidades distais dos membros, em região de punhos.
- Deixar a outra extremidade da atadura livre e com sobra.
- Amarrar a extremidade da atadura livre na grade lateral do leito.
- Realizar o mesmo procedimento com o outro membro.
- Lavar as mãos.

- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

Manuseio de Material

- Sempre ajustar a contenção de modo que não permaneça nem muito apertada e nem muito frouxa.
- A utilização da compressa previne lesão no local de fricção da atadura com a pele.

Resultados Esperados

- Realizar a contenção física em pacientes com nível de consciência alterado.
- Prevenir a queda do leito de pacientes com quadros de agitação psicomotora.
- Prevenir que os pacientes pós-operados que estejam agitados ou poucos colaborativos retirem drenos, cateteres e sondas.

Ações Corretivas

- Caso a família não permita a realização da intervenção, comunicar ao médico responsável e anotar em prontuário.
- Se o membro contido apresentar cianose, afrouxar imediatamente a contenção realizada.
- Se houver escoriação após a retirada da contenção, comunicar a enfermeira de plantão para que ela avalie a integridade cutânea e realize a prescrição de enfermagem.

POP Nº: ENF. 023: Restrição Com Lençol.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Travesseiro.
- Lençol.

Passos Críticos

A) Restrição dos Ombros

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar um lençol em diagonal até formar uma faixa de 25 cm de largura.
- Colocar a faixa sob as costas do paciente.
- Passar a faixa pela axila.
- Cruzar a faixa sob o travesseiro.
- Amarrar as pontas da faixa na cabeceira da cama.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

B) Restrição do Abdome

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar 02 lençóis de forma longitudinal ou diagonal até formar, cada uma, uma faixa de 25 cm de largura.
- Colocar uma faixa sobre o abdome do paciente e a outra sob a região lombar.
- Torcer juntas as pontas do lado direito dos dois lençóis.
- Amarrar na barra lateral do leito.
- Realizar o mesmo procedimento para o lado esquerdo.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente no prontuário.

C) Restrição dos Joelhos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material necessário.
- Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante.
- Dobrar um lençol em diagonal.
- Colocar a faixa sob os joelhos.
- Passar a ponta do lado direito do lençol sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo.

- Passar a ponta do lado esquerdo do lençol sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito.
- Amarrar as extremidades livres na barra lateral do leito.
- Lavar as mãos.
- Anotar o procedimento realizado e as reações do paciente.

Manuseio de Material

- Sempre ajustar a contenção de modo que não permaneça nem muito apertada e nem muito frouxa, colocar as mãos entre a pele do paciente e o lençol para adequar a restrição.

Resultados Esperados

- Realizar a contenção física em pacientes com nível de consciência alterado.
- Prevenir a queda do leito de pacientes com quadros de agitação psicomotora.
- Prevenir que os pacientes pós-operados em agitação ou os pouco colaborativos retirem drenos, cateteres e sondas.

Ações Corretivas

- Caso a família não permita a realização da intervenção, comunicar ao médico responsável e anotar em prontuário.

POP Nº: ENF. 024: Irrigação Vesical.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Equipo de irrigação.
- Suporte de soro.
- Frasco de água destilada.

- Campo estéril.
- Luva estéril.
- Gazes.
- Frasco de Clorexidine aquosa.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material.
- Explicar o procedimento ao paciente (sonda Folley de três vias).
- Adaptar o equipo de irrigação ao frasco de água destilada.
- Retirar o ar do equipo.
- Colocar o frasco no suporte de soro.
- Abrir o campo estéril com a técnica adequada.
- Calçar a luva estéril.
- Realizar a desinfecção da 3ª via da sonda Folley com Clorexidine aquosa.
- Colocar a sonda Folley sobre o campo estéril.
- Conectar o equipo na 3ª via da sonda Folley.
- Abrir a infusão da água destilada.
- Controlar o gotejamento conforme prescrição médica.
- Observar o funcionamento do sistema de irrigação/drenagem.
- Observar formação de coágulos, obstrução da sonda, presença de bexigoma.
- Comunicar à enfermeira ou ao médico responsável qualquer anormalidade no procedimento.
- Desprezar o débito da bolsa coletora.
- Anotar em prontuário o volume infundido, o volume drenado e o aspecto do débito.

Manuseio de Material

- Preparar o material para a instalação do sistema de irrigação quando o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico para a realização de retirada de tumor de próstata.
- Manter a irrigação vesical contínua, instalando um novo frasco de água destilada antes do término do frasco em utilização para evitar a formação de coágulos no sistema.

907

Resultados Esperados

- Evitar a obstrução do fluxo da urina por coágulos, grumos e/ou sedimentos.

Ações Corretivas

- Em caso de obstrução do sistema de irrigação proceder a ordenha da sonda vesical, persistindo o problema realizar a desobstrução com seringa.
- Se o paciente apresentar bexigoma ou dor intensa comunicar à enfermeira ou ao médico responsável.

POP Nº: ENF. 025: Lavagem intestinal.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Solução prescrita
- Sonda retal.
- Forro.
- Vaselina ou xylocaína gel.
- Papel higiênico.
- Comadre.
- Biombo.
- Hamper.
- Gazes.
- Equipo de soro.
- Luvas de procedimento.
- Óculos de proteção
- Avental.
- Máscara facial.
- Suporte de soro.

- Sanito branco pequeno.
- Prescrição médica.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Reunir o material.
- Explicar a finalidade e as etapas do procedimento ao paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Colocar sobre a mesa de cabeceira a solução de glicerina, gazes e xylocaína.
- Colocar a comadre próxima ao leito.
- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o quadril e o joelho direitos flexionados (Posição de Sims), mantendo-o coberto.
- Colocar os forros sob as nádegas do paciente para proteger a cama.
- Adaptar o equipo de soro ao frasco de clister, retirando o ar do equipo.
- Colocar o frasco no suporte de soro, mais ou menos 45 cm acima do nível do leito.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Colocar a máscara de proteção.
- Colocar os óculos de proteção.
- Vestir o avental.
- Conectar a sonda retal a extremidade do equipo, retirando o ar dela.
- Lubrificar a sonda com xylocaína.
- Separar a prega interglútea com gazes expondo a região anal.
- Solicitar ao paciente que respire profundamente com a finalidade de promover maior relaxamento.
- Introduzir a sonda no reto, cerca de 8 a 10 cm, de forma lenta e cuidadosa, nunca forçando o procedimento.
- Abrir a pinça do equipo de soro e deixar a solução correr até o final, controlando o gotejamento conforme prescrição médica.
- Fechar a pinça do equipo.
- Retirar a sonda ao término da solução.
- Desprezar a sonda envolvida no papel higiênico e o frasco dentro do sanito branco.
- Orientar o paciente a reter a solução durante alguns minutos.

- Oferecer a comadre (ou encaminhar ao banheiro) deixando o papel higiênico em suas mãos
- Retirar a comadre e levar ao banheiro desprezando o conteúdo e lavando-a.
- Retirar as luvas de procedimento e a máscara de proteção, desprezando-os no sanito branco.
- Retirar os óculos de proteção, lavar com água e sabão e guardar no posto de enfermagem.
- Retirar o avental e colocar no hamper.
- Oferecer material para lavagem das mãos do paciente, se necessário.
- Deixar a unidade organizada e o paciente confortável.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário o horário, a quantidade de solução usada e o retorno.
- Checar procedimento na prescrição médica e anotar na folha de controles do paciente.

Manuseio de Material

- Se necessário, a sonda retal pode ser fixada com esparadrapo.
- Não permitir a entrada de ar no sistema.
- Controlar rigorosamente o gotejamento em clister gota a gota.
- Nunca forçar a introdução da sonda retal.

Resultados Esperados

- Realizar o preparo do cólon para cirurgias anais ou para colonoscopia.
- Tratar quadros de constipação intestinal e fecaloma.
- Realizar clister terapêutico em quadros de diarréia intensa.

Ações Corretivas

- Se o paciente se queixar de dor, diminuir ou interromper momentaneamente o fluxo do líquido.
- Quando o líquido não entrar por obstrução da sonda, realizar movimentos delicados com ela ou substitui se estiver obstruído.

POP Nº: ENF. 026: Lavagem Intestinal pela Colostomia.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Equipe de enfermagem**

Material Necessário

- Frasco com solução comercial para lavagem intestinal, ou solução conforme prescrição médica.
- Toalha ou forro.
- Sanito branco.
- Papel higiênico.
- Sonda retal nº: 14 ou 16, conforme o estoma.
- Equipo de soro.
- Gazes.
- Luvas de procedimento.
- Bolsa de colostomia.
- Xilocaína gel.
- Frasco de soro fisiológico 0,9% de 250 ml.
- Tesoura.
- Biombo.
- Comadre.

Passos Críticos

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.
- Reunir o material levando-o a unidade do paciente.
- Colocar biombos ao lado do leito para garantir a privacidade do paciente.
- Conectar a sonda retal na extremidade do equipo de soro.
- Posicionar o frasco da solução comercial para a lavagem intestinal no suporte de soro cerca de 45 a 50cm acima do nível da colostomia.

- Retirar o ar da extensão do equipo.
- Lubrificar a sonda retal usando gaze com gel anestésico.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Retirar a bolsa de colostomia e desprezar no sanito branco.
- Proceder a limpeza ao redor da colostomia com gaze e soro fisiológico a 0,9%.
- Segurar a sonda retal com auxílio de uma gaze.
- Introduzir a sonda retal pelo estoma cerca de 15 a 20cm.
- Segurar a sonda retal com uma gaze, já introduzida.
- Abrir a pinça do equipo da solução.
- Deixar a solução correr lentamente.
- Fechar a pinça quando terminar a solução, evitando a entrada de ar.
- Retirar a sonda clampando-a e puxando-a.
- Desprezar a sonda envolvida em papel higiênico e as gazes sujas no sanito branco.
- Proceder à limpeza ao redor da colostomia utilizando gaze e soro fisiológico, após o efeito satisfatório da lavagem.
- Providenciar a higiene do paciente.
- Secar a área ao redor da colostomia com gazes.
- Verificar o diâmetro do estoma.
- Recortar de forma anatômica a nova bolsa de colostomia.
- Encaixar a bolsa de colostomia ao estoma.
- Recolher o material e deixar a unidade em ordem.
- Providenciar para que o banheiro seja higienizado, em caso de utilização dele.
- Desprezar as luvas de procedimento no sanito branco.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário do paciente, a realização do procedimento, o efeito da lavagem, a quantidade e aspecto do líquido retornado.
- Checar o procedimento na prescrição médica.
- Anotar o retorno em folha de controle do paciente.

<u>Manuseio de Material</u>

- Antes da introdução da sonda pela colostomia, retirar o ar da extensão do equipo, evitando desta forma, distensão e cólica abdominal.

Resultados Esperados

- Realizar o preparo do cólon para cirurgias ou para colonoscopia.

Ações Corretivas

- Caso o paciente não possa ir ao banheiro, realizar o procedimento no próprio leito, levando uma comadre para desprezar o conteúdo, um forro e um plástico para colocar sob o local da colostomia.
- Havendo resistência durante a introdução da sonda retal, abrir a pinça do equipo de soro permitindo que corra um pouco da solução; se assim mesmo não resolver, não forçar a introdução, comunicar a enfermeira do setor.
- Havendo refluxo de grande quantidade de líquido, durante a infusão da solução, diminuir a pressão dele ou tentar introduzir a sonda mais 5cm.

POP Nº: ENF. 027: Sondagem Nasoenteral.
Sugerido por: **Equipe Técnica AHBB**
Executor: **Enfermeiro**

Material Necessário

- Sonda Nasoenteral.
- Tubo de xylocaína gel.
- Luvas de procedimento.
- Gaze.
- Micropore.
- Esparadrapo.
- Seringa 20 ml.
- Estetoscópio.